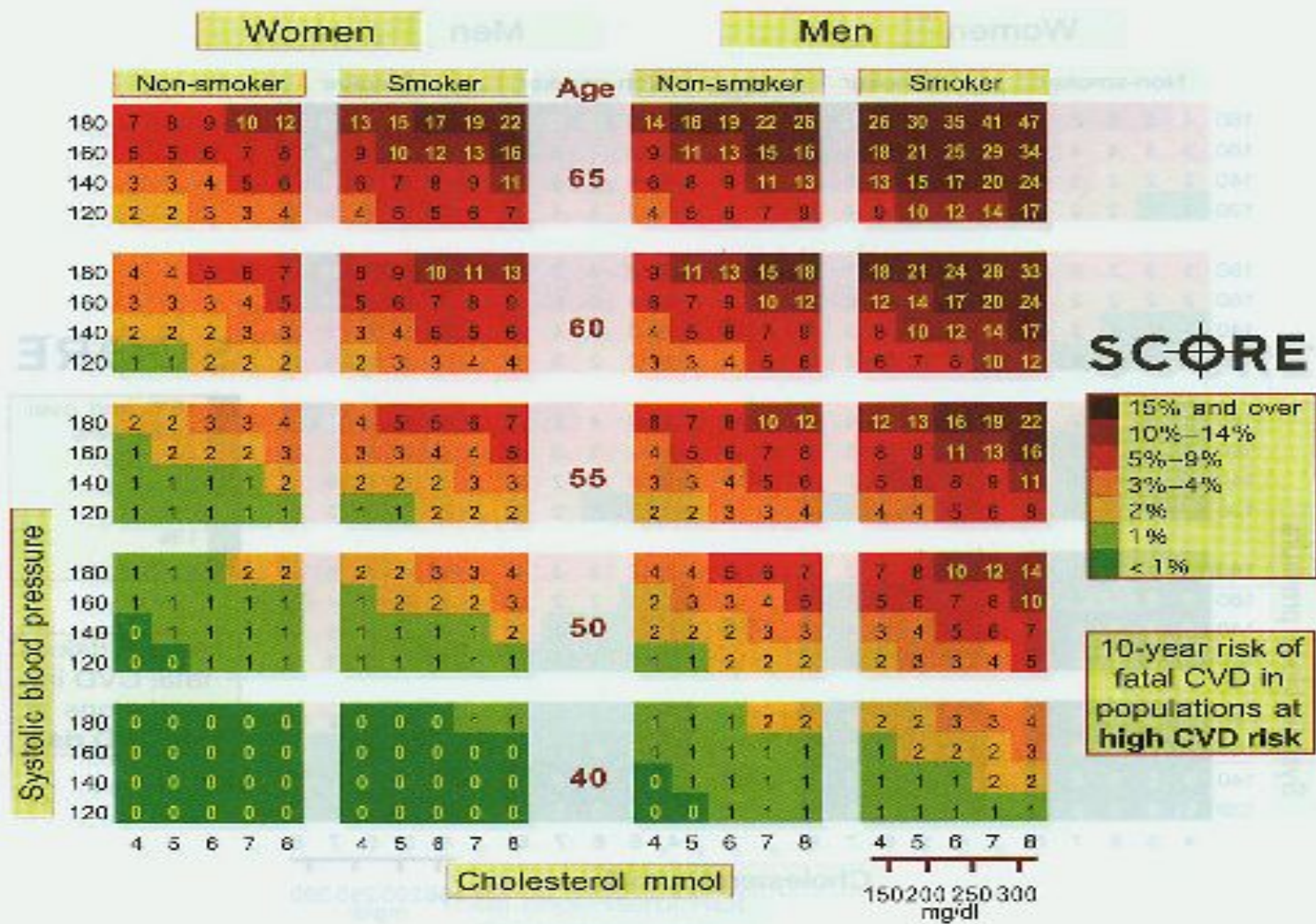




# **Возможности современной терапии в коррекции сердечно-сосудистого риска**

Концепция факторов риска –основная концепция профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

# Новая модель для оценки риска – SCORE (для стран Европы с высоким риском)





## ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Приложение № 2 к приказу Департамента здравоохранения от 28.06.06 №405  
Медицинский журнал  
Стационарного больного №2530

Больная Гришина Л.А., 51 год, профессия- брошюровщица, находилась на стац. лечении в 10 невро.от. ГКБ № 63 г. Москвы с 15.04.10г. по 30.04.2010г.

**Диагноз при поступлении:** "Остеохондроз поясничного отдела позвоночника".

**Диагноз при выписке:** «Дорсопатия. Остеохондроз шейного и поясничного отделов позвоночника. Люмбагоишалгия слева. Цервикобрахиалгия слева (плексопатия слева). Полиартропатия. Гипертоническая болезнь I ст.

**Узловой коллоидный зоб I ст. Эутиреоз.»**

**Жалобы:** на боли в поясничном отделе позвоночника с иррадиацией в левую ногу, усиливавшиеся при движении. Болезненность в руках. Головные боли.

**Anamnesis morbi:** Последние несколько лет отмечает боли в области поясницы с иррадиацией в левую ногу, а также боли в руках и головные боли. Практически постоянно с целью купирования болезненности принимала обезболивающие (в т.ч. «Трамал»). Отмечается ухудшение состояния в марте, в связи с чем пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства, где была назначена терапия. Ввиду отсутствия положительного эффекта была направлена на госпитализацию в ГКБ 63 - по Ф2.

**Anamnesis vitae:** живет в семье. Страдает хроническим панкреатитом. Другие хронические заболевания осердцан и трахеи отрицает.

**Трудовой анамнез:** по специальности - брошюровщица, в настоящее время работает по специальности. В течение последнего года л/н не имела. На догоспитальном этапе л/н имела с 26 марта 2010г. по поводу настоящего заболевания, серия-ВЦ, номер-7049160.

**Аллергологический анамнез** со слов больной не отрицает.

**Эпид.анамнез:** за пределы РФ не выезжала, контакт с инфекционными больными отрицает.

**Общее состояние** при поступлении средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пульсация сосудов стоп сохранена. Выраженные отеки в области коленных суставов, а также предлодочной. Косино-мышечная система без видимой патологии. ЧДД 16 в мин. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧСС - 78 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Зев не гипертрофирован, язык обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется, стул нормальный. Длительно отрицает.

**Неврологический статус:** обиходные симптомы - головная боль, менингеальные знаки нет. ЧМНГ: обоняние ориентировочно не нарушено. Зрение OD=OS, поля зрения ориентировочно не изменены. Глазные яблоки OD=OS, зрачки OD=OS, фотореакция - живая; конвергенция достаточная с 2х сторон. Движения глазных яблок в полном объеме. Лицо симметрично. Слух D=S, установочный нестатус в крайних отделах. Глотание не нарушено, глоточные рефлексы - живые. Движения плеч и кистей головы сохранены. Язык по средней линии. Рефлексы срадного автоматизма не обнаружены.

Парезов нет. Сухожильные рефлексы abs. Мышечный тонус не изменен. Патологические пирамидные знаки не определяются. Нарушения чувствительности не выявлено. Болезненность при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек в области грудного и поясничного отделов позвоночника. Умеренное ограничение движений в поясничном отделе позвоночника. Положительный симптом Ласкега слева.

Координаторные пробы: выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга не устойчива в виду выраженного бокового синдрома.

ВНЧ: в сознании, контактирует, ориентирована в месте, времени и в собственной личности. Эмоциональн лабильна.

**Результаты клинико-диагностического обследования при выписке:**

Общ.ан. крови: Нb -168, Л -8,5, П -4, Сегм -70, Лимф -20, М -3, СОЭ -5 мм/ч

Общ.ан. мочи: уд.вес -1019, реакция - кислая, белок, глюкозы нет, Л -1-1 в п/зр. Эр -нет в п/зр.

Бихим.ан. крови: о.белок -78, мочевины-5,6, билирубин общ -15,6, мочевая кислота 271,6, АлАТ -53,0, АсАТ -24,0, глюкоза -5,8 ммоль/л.

ИФА на сифилис от 19.04.2010г. - специфические АТ не обнаружены.

ЭКГ-ритм синусовый, ЧСС 109 в мин. Возможно незначительно гипертрофия левого желудочка.

Изменения предсердного компонента. Изменения в нижней стенке, возможно кардиофиброз. На фоне сохраняются изменения в нижней стенке, возможно кардиофиброз.

ЭХО-КГ- массовая функция хорошая. Грубой органической патологии не выявлено.

Лучевая нагрузка: 1,6 +0,4 мЗв

Rg-трафия пояснично-крестцового отдела позвоночника- умеренная деформация L1-L2-L3 по типу остеохондроза. Деструкции или компрессии нет.

Б-ная Г-на, 51 год. Диагноз: Дорсопатия, люмбагоишалгия, цервикалгия, полиартропатия. Гипертоническая болезнь I ст.

Узловой зоб, эутиреоз.

Несколько лет боли в пояснице с иррадиацией в левую ногу, боли в руках, головные боли. Постоянно принимала обезболивающие, в т.ч. Трамал.

Рост 158 см, вес 98,3 кг, ОТ 114, ИМТ 39,4 кг/м<sup>2</sup>

Кожные покровы обычной окраски, В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца тихие, ритмичные. ЧСС=78 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень у края реберной дуги.

Парезов нет. Болезненность при пальпации остистых отростков и паравертебральных точек в области грудного и поясничного отделов позвоночника.



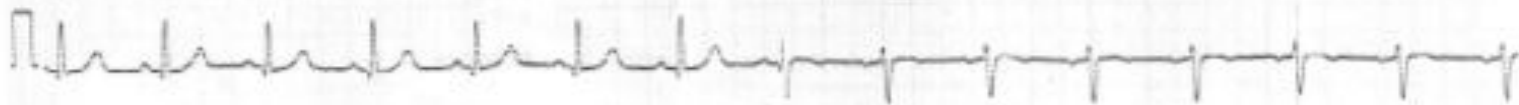
Гришина И.А. 2010

0'04"

x1 25mm/s 35Hz

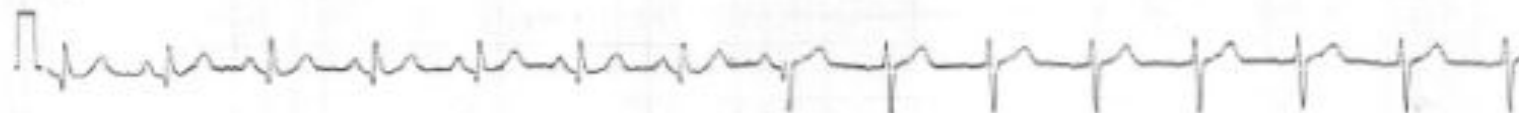
x1 85bpm

V1



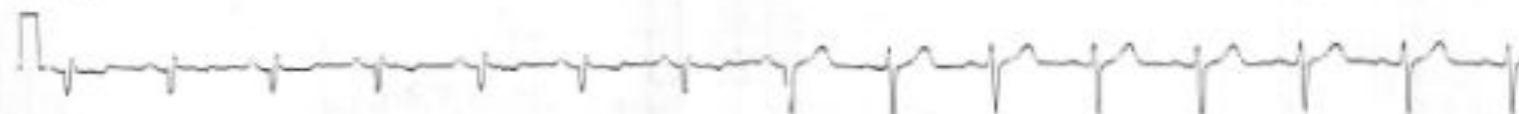
II

V2



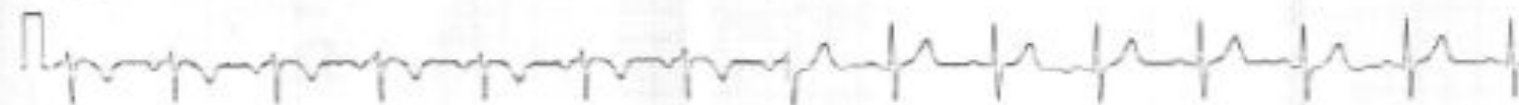
III

V3



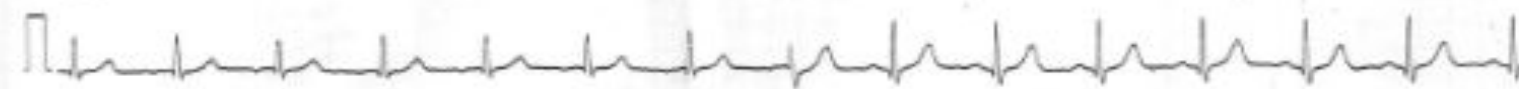
aVR

V4



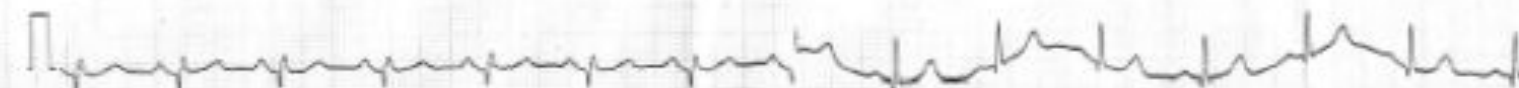
aVL

V5



aVF

V6



- ОАК: Нь 168, Л. 8,5 П. 4, С/Я 70, Лимф. 20, М. 3, СОЭ 5 мм/ч
- ОАМ: уд. вес 1019, р-ция кисл., белок отр., глюк. отр., Л. -0-1, Эр. отр.
- Б/Х: об. белок 78 г/л, мочевины 5,6, мочевины к-та 471 мкмоль/л, АЛТ 53, АСТ 24, глюк. 5,8 ммоль/л
- Эхо-КГ: грубой органической патологии не выявлено. ФВ лж 52%.
- ЭКГ – ритм синусовый, 100 в мин. Возможно незначительная гипертрофия левого желудочка. Изменения предсердного компонента. Рубцовые изменения в нижней стенке. При повторной ЭКГ на вдохе сохраняются изменения в нижней стенке, возможно кардиофиброз.

R-графия шейного отдела позвоночника- Выпрямление лордоза с остеохондрозом С4-С5-С6.  
УЗИ органов брюшной полости и почек: Жировая дистрофия печени, поджелудочной железы. Мелкие кисты лоханочного синуса правой почки.  
Конс. гинеколога: Опущение матки 1-2ст. Опущение стенок влагалища.  
Конс. эндокринолога: Узловой коллоидный зоб 1ст. Эутиреоз. Рекомендовано контроль УЗИ щитовидной железы по мж, наблюдение эндокринолога.  
Конс хирурга, данных за хирургическое заболевание нет.  
Проведено лечение в соответствии с Московскими городскими стандартами стационарной мед.помощи Код стандарта 066.260 Шифр по МКБ М 54.4 : амитриптилин, дексазон +новокаин +анальгин в/в, вентер, мидакалм.  
Проведен курс новокаиновых блокад, курс ФТ- магнитотерапия, электрофорез зуфиллина, новокаина, массаж грудного отдела позвоночника и левой руки.

Состояние при выписке: удовлетворительное, сохраняются боли в левой ноге при движении.  
Трудоспособность: временно утрачена.  
Рекомендации: 1. Прием НПВП при усилении болевого синдрома, регулярный прием гипотензивных препаратов под контролем АД.  
2. Ограничение употребления поваренной соли в пищу.  
3. Спать на ортопедической подушке, курсы физиотерапии. ЛФК постоянно.  
3. Диспансеризация и наблюдение врачами-специалистами- неврологом, эндокринологом, терапевтом поликлиники.

Выдан больничный лист, серия ВЧ, номер 166.ВУ06 в пол-ку 01.05.2010г

Лечащий врач Добрынина А.А.

и.о.Зав.отд Сергина М.В.

R-графия позвоночника:  
выпрямление лордоза с  
остеохондрозом С4-С5-С6  
УЗИ: жировая инфильтрация  
печени, поджелудочной  
железы. Мелкие кисты  
лоханочного синуса правой  
почки.  
Эндокринолог: узловой  
коллоидный зоб, эутиреоз.  
Рекомендовано контроль УЗИ  
ЩЖ , наблюдение  
эндокринолога.  
Рекомендовано: прием НПВС  
при болях, регулярный прием  
гипотензивных препаратов,  
ограничение поваренной  
соли.





- Последние 3-4 дня колебания АД, боли в обл. сердца, слабость, головокружение, потемнение в глазах, сухость во рту. Госпитализирована.
- Кожные покровы обычной окраски, пастозность стоп и голеней. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 68 уд/мин, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет ПЖК, мягкий, б/б. Печень у края реберной дуги.

PCHEM0011133

DATE: 16/08/2012  
RUN # : 94  
SEQ.# : 94

TIME: 17:10

WBC : 9.0  $10^9/mm^3$  MCV : 82  $um^3$   
RBC : 5.13  $10^{12}/mm^3$  MCH : 29.1  $pg$   
HGB : 14.9  $g/dl$  MCHC : 35.3  $H g/dl$   
HCT : 42.2 % RDW : 13.3 %  
PLT : 227  $10^9/mm^3$  MPV : 7.8  $um^3$   
PCT : .178 % PDW : 13.8 %

DIFF #  
%LYM: 28.3 % #LYM: 2.5  $10^9/mm^3$   
%MDN: 7.6 % #MDN: 0.6  $10^9/mm^3$   
%GRA: 64.1 % #GRA: 5.9  $10^9/mm^3$

INDEX DATE 20/08/2012 08:34 INDEX 11 PRINTED 20/08/2012 PRINTED 12:20

S.ID GRISHINA 44378/5 S.NO. 0283 TYPE SERUM

Patient

TEST	RESULT	NORMAL
ALT	29 U/L	0-40
AST	19 U/L	0-37
K	5.7 H mmol/L	3.5-5.3
Na	144 mmol/L	136-146
Cl	107 H mmol/L	98-110

## Анализы 16.08.12.

Гемоглобин	149
Эритроциты	5,13
Лейкоциты	9,0
Тромбоциты	227
АЛТ	29
АСТ	19
Калий	5,7
Натрий	144
Хлор	107

● Об. Билирубин	8 мкмоль/л
● Глюкоза	4,71 ммоль/л
● Об. Белок	67 г/л
● Креатинин	83 мкмоль/л
● ЛДГ	237
● АЛТ	29
● АСТ	19
● Об. Холестерин	5,59 ммоль/л
● ХС-ЛПВП	0,88 ммоль/л
● ХС-ЛПНП	4,16 ммоль/л
● ТГ	1,21 ммоль/л
● Калий	5,4 ммоль/л
● Натрий	144 ммоль/л
● СКФ	66,3 мл/мин

**Б/Х ан. крови от  
17.08.12**

ГКБ имени С. П. Боткина  
ОТДЕЛЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ  
ЭХОКАРДИОГРАФИЯ (LOGIQ 3 PRO)

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТ 22.08.2012:

Ф.И.О. Гришина Л.А.  
Отделение 5 к.о.

Дата рождения 1958 г.р.  
№ истории болезни 44378

		Нормальные значения
АО	34 мм	(21-40 мм)
ЛП	40*46 мм	(40*48 мм)
КДР	46 мм	(46-56 мм)
МЖП	12 мм	(11 мм)
ЗСЛЖ	12 мм	(11 мм)
ФВ %	71%	(более 50 % по Тейхольн)
ПН	36*43 мм	(38*46 мм)
ПЖ	21 мм	(до 30 мм в М-режиме)
Ствол ЛА	26 мм	(до 28 мм)

#### Протокол исследования.

Стенка аорты уплотнена, аорта не расширена в восходящем отделе. Створки аортального, митрального и трикуспидального клапанов уплотнены, амплитуда раскрытия створок достаточная. Полости сердца не расширены. Незначительная гипертрофия стенок левого желудочка, МЖП S-образной формы, выходной тракт левого желудочка свободен. Локальная сократимость не нарушена. Систолическая функция миокарда ЛЖ сохранена. Жидкость в плевральных полостях не определяется, в полости перикарда «следы» жидкости.

**Д-ЭхоКГ:** незначительная пульмональная, митральная и трикуспидальная регургитация. Диастолическая дисфункция левого желудочка по модели замедленной релаксации (I типа). Р сист. в легочной артерии по трикуспидальной регургитации 28 мм рт ст.

**Заключение:** стенка аорты уплотнена, аорта не расширена в восходящем отделе.

Створки аортального, митрального и трикуспидального клапанов уплотнены, амплитуда раскрытия створок достаточная. Незначительная пульмональная, митральная и трикуспидальная регургитация без дилатации полостей сердца. Незначительная гипертрофия стенок левого желудочка. Локальная сократимость не нарушена. Систолическая функция миокарда ЛЖ сохранена, диастолическая дисфункция левого желудочка I типа. Жидкости в плевральных полостях не определяется, в полости перикарда «следы» жидкости. Давление в системе ЛА не повышено.

Врач Едингарова О.М.

АО 34, ЛП 40\*46, КДР 46, МЖП 12, ЗСЛЖ 12, ФВ 71%, ПП 36\*43, ПЖ 21, Ствол ЛА 26.

Стенка аорты уплотнена, аорта не расширена в восходящем отделе. Створки АК, МК и ТК уплотнены, амплитуда раскрытия достаточная.

Незначительная ЛР, МР и ТР без дилатации полостей.

Незначительная гипертрофия ЛЖ. Локальная сократимость не нарушена. Систолическая функция ЛЖ сохранена,

диастолическая дисфункция I типа. Жидкости в плевре нет, в полости перикарда следы жидкости. Давление в ЛА не повышено.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО  
ОТДЕЛА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Дата 28.08.12

Ф.И.О. Гринина Л.А. 53 года

визуализированы дистальный отдел плечеголового ствола, подключичные, общие, наружные и внутренние сонные, позвоночные артерии (сегменты V1 и V2).

**Справа:** Брахиоцефальный ствол диаметром 10мм, просвет свободный. Стенки ОСА атеросклеротически утолщены, ТКИМ=1.0мм. Просвет ОСА, ВСА, НСА чистый. Анатомический ход ОСА, ВСА, НСА не нарушен. Показатели кровотока в норме, без локальных изменений кровотока. ЛСК max в ОСА 82см/с, ВСА 76см/с, НСА 71см/с.

ПА диаметром 4.8мм, устье не изменено, кровоток антеградный, ход ПА в превертебральном отделе (V1) и в каналах поперечных отростков шейных позвонков (V2) непрямолинейный, без значимых извитостей, max ЛСК в V1 - 48см/с, min в V2 - 31см/с.

ПКА: анатомический ход не нарушен, просвет свободный, кровоток во всех отделах магистральный неизмененный.

**Слева:** Стенки ОСА атеросклеротически утолщены, ТКИМ=1.0мм. Просвет ОСА, ВСА, НСА чистый. Анатомический ход ОСА, ВСА, НСА не нарушен. Показатели кровотока в норме, без локальных изменений кровотока. ЛСК max в ОСА 79см/с, ВСА 72см/с, НСА 70см/с.

ПА диаметром 3.1мм, устье не изменено, кровоток антеградный, ход ПА в превертебральном отделе (V1) и в каналах поперечных отростков шейных позвонков (V2) непрямолинейный, без значимых извитостей, max ЛСК в V1 - 40см/с, min в V2 - 17см/с.

ПКА: анатомический ход не нарушен, просвет свободный, кровоток во всех отделах магистральный неизмененный.

**Заключение**

Атеросклероз брахиоцефальных артерий без гемодинамически значимого стенозирования экстракраниального отдела

Деформация хода обеих позвоночных артерий в интравертебральном отделе со снижением кровотока.

Врач Ульяпова Л.В.



УЗДГ БЦА 28.08.12

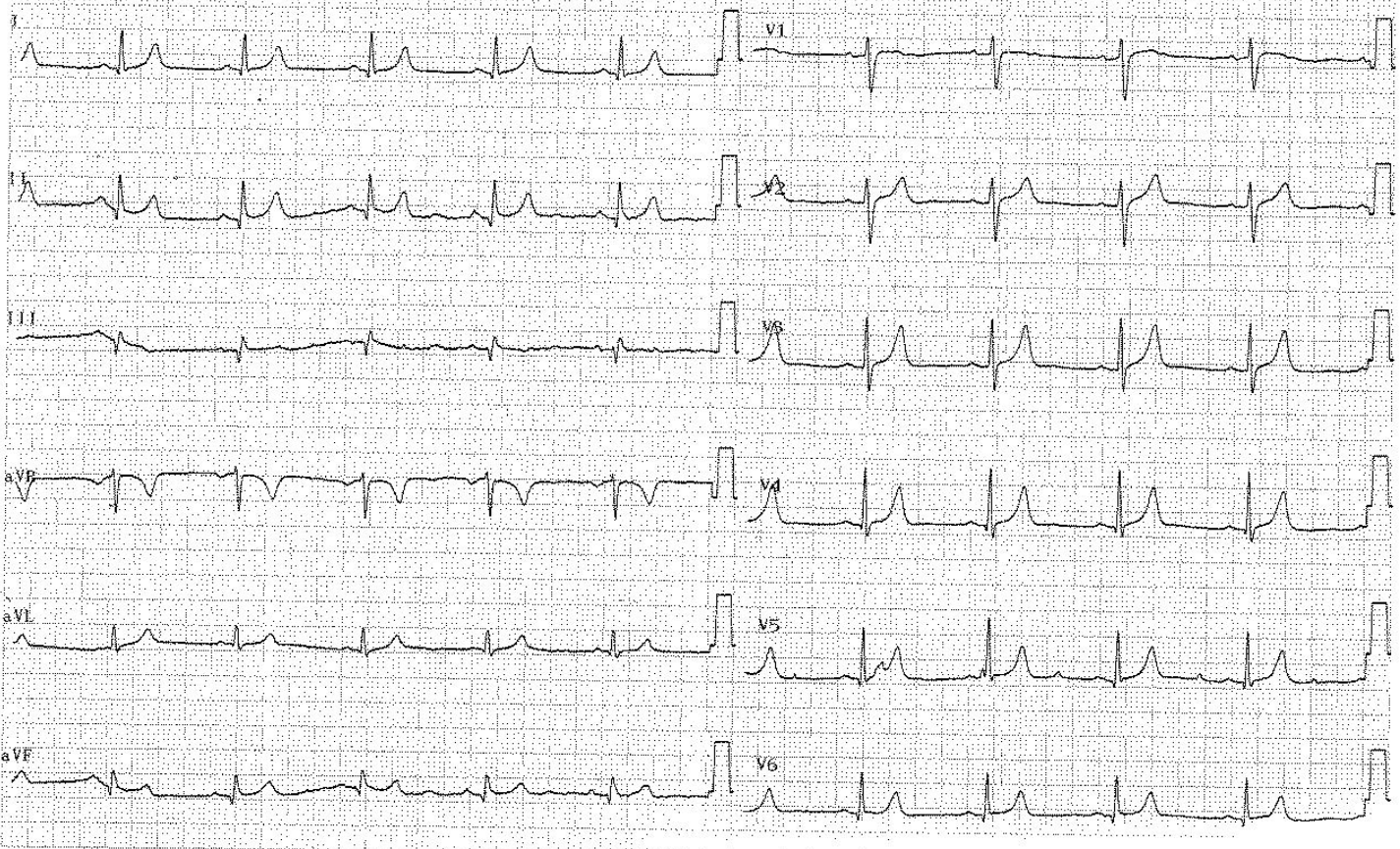
Единичные мелкие атеросклеротические бляшки брахиоцефальных артерий без гемодинамически значимого стенозирования . ТИМ 1,0 – 1,1 мм. Деформация хода обеих позвоночных артерий в интравертебральном отделе со снижением кровотока.



ФИО: ID: Пол: Муж. Дата рожд: лет см кг 20, Авг 2012 10:41 62 врш

ммHg Палата Лек. преп. 1: Лек. преп. 2:

10 мм/мV 25 мм/с Фильтр 35 Гц H 50 д 10 мм/мV



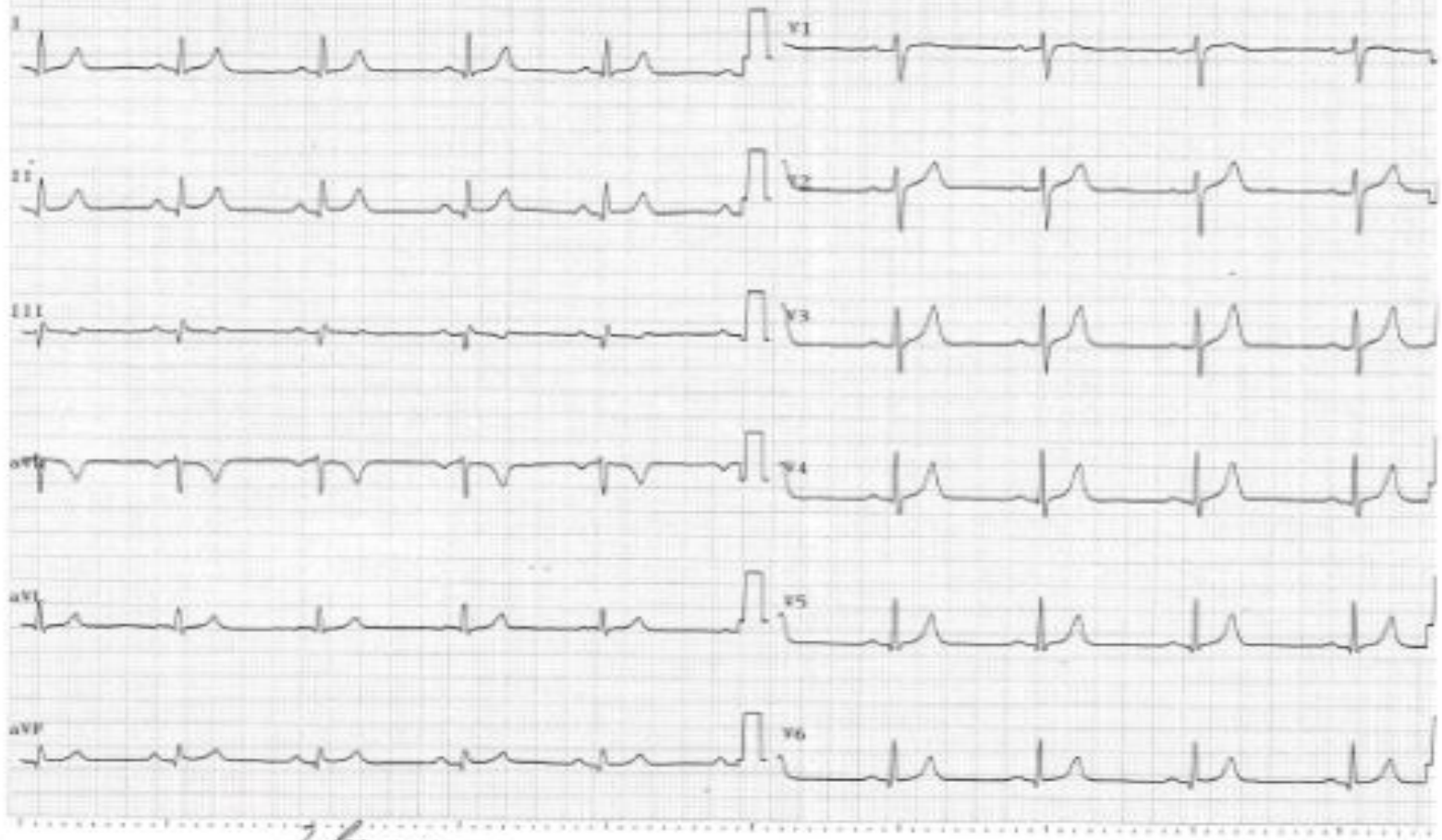
Шинель АФ

ФИО: *Гришина Л.А.*  
Пол: Муж.    ДАТА РОЖД: *53* лет

СВ / Палата    кг    28. Авг 2012    9:53    60 лет  
№ИДг    Лек. преп. 1:    *NYU 370*  
Лек. преп. 2:

10 мм/мВ    25 мм/с    Фильтр 35 Гц    И 50 м

10 мм/мВ



*Гришина*

**Какой по Вашему  
мнению диагноз у  
больной и как ее следует  
лечить?**



# Выписка от 31.08.12.

Президентство Москвы  
Комитет здравоохранения

г. Москва  
Герцезская клиническая больница им. С.П.БОТКИНА  
Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5  
тел. 915-01-55

Приложение №7 к приказу  
Департамента здравоохранения  
от 28.06.96 № 493

Медицинская карта стационарного  
больного № 44278

## Выписной эпикриз

Больная Гришина Л.А. Возраст 53 лет  
Находившаяся на стационарном лечении в ГКБ им. С.П. Боткина с 16.08.12г. по 31.08.12г. в § кардиологическом отделении.

Фон: Гипертоническая болезнь III ст, высокого риска. Дислипидемия.  
Осложнения: ИК ПА.  
Сопутствующие: ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия III ст, субкомпенсации. Распространенный остеохондроз. Деформирующий спондилез шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника. Кистозно-деструктивный перикардит. Коксартроз левого тазобедренного сустава. Узловой зоб. Эутиреоз. Ожирение I ст. Хронический бронхит. Хронический гастрит. Хронический панкреатит. Образование левого аневризма.

Жалобы при поступлении: на общую слабость, сердцебиение, одышку, онемение ног.  
Анамнез: Длительное время страдает артериальной гипертонией с макс. цифрами АД 230/120 мм.рт.ст., привычные цифры АД 160-170/90-100 мм.рт.ст. Повышение АД сопровождается головными болями, головокружениями, болями в сердце. ОНМК в анамнезе отрицает. Много лет выраженный остеохондроз, спондилез поясничного (шейный, поясничная область). Ранее предлагалась оперативное лечение, от которого отказалась. В январе 2012г по данным ЭКГ говорили о перенесенном инфаркте миокарда. Несколько лет беспокоит ноющая тупая боль в области сердца с иррадиацией в левую руку при эмоциональных, физических нагрузках, купируется самостоятельно. Нитратами не купируется. Одышка при быстрой ходьбе. Часто эпизоды сердцебиения. Пастозность голеней, стоп. Перебои в работе сердца не ощущает. Принимает лекарственные препараты: Корвар 2,5 мг/сут, Нолпред, Индапамид, Пазитин. Ухудшение состояния в течение последних 3-4 дней, когда стала отмечать колебания АД (от 90-100/60 до 160/100 мм.рт.ст), боли в области сердца, одышка, отеки на ногах, сердцебиение, сопровождающиеся выраженной общей слабостью, головокружением, потемнением в глазах, сухостью во рту, чувством онемения в левой ноге. 16.08.12г в связи с отсутствием положительной динамики вызвана бригадой СМП. Доставлена в ГКБ им.С.П. Боткина. Госпитализирована в § кардиологическое отделение.

Состояние при поступлении: средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-88уд/мин, АД-105/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Моченосудисание свободное, безболезненное. Пастозность голеней и стоп.  
Состояние при выписке: удовлетворительное, на фоне проводимой терапии ангинозных болей не было, явления ИК не выражены, гемодинамика стабилизировалась на уровне АД-120-130/80 мм.рт.ст, ЧСС-60-68уд/мин. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД-16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС-62уд/мин, АД-120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Моченосудисание свободное безболезненное. Периферических отеков нет.

Проведено обследование и лечение в соответствии с Московскими городскими стандартами стационарной медицинской помощи. МЭС 69.090 МКБ 1 20.8  
Стоя №10. Режим: постельный->палатный->общий. нитраты, в-блокаторы, иАПФ, мочегонные, антиагреганты, в-блокаторы, сосудистые препараты, ЛФК.

## Результаты клинико-диагностического обследования при выписке:

### Общ. анализ крови:

Дата	Гемоглобин	Эритроциты	Тромбоциты	Лейкоциты	П.%	С.%	Э.%	Б.%	М.%	Л.%	СОЭ, мм/ч
16.08.12г.	149	5.13	227	9.0	Нейт. р-64.1				7.6	28.3	
17.08.12г.	148	4.84	251	8.2	67.9		1.3	0.9	6.8	23.1	42

### Биохимический анализ крови:

Дата	17.08.12	20.08.12	Нормативы
Билирубин, ммоль/л	8		5-21
Глюкоза, ммоль/л	4.71		4.1-5.9
Общий белок, г/л	67		66-82
Мочевина, ммоль/л	5.5		2.8-7.2
КФК, Ед/л	83		0-171
ЛДГ, Ед/л	227		0-248
Холестерин, ммоль/л	5.59		3.0-5.2
Триглицериды, ммоль/л	1.2		0.0-1.7
Креатинин, ммоль/л	83		58-127

Диагноз: Гипертоническая болезнь II ст., медикаментозно скорректирована до целевых значений. Субклинический атеросклероз сонных артерий. Дислипидемия Ожирение III ст. Риск 4. Дорсопатия, люмбаго, цервикалгия, полиартропатия. Узловой зоб, эутиреоз.

## Поражение органов-мишеней

при ГБ (Рекомендации ВНОК и РМОАГ по АГ, 2010)

### Сосуды

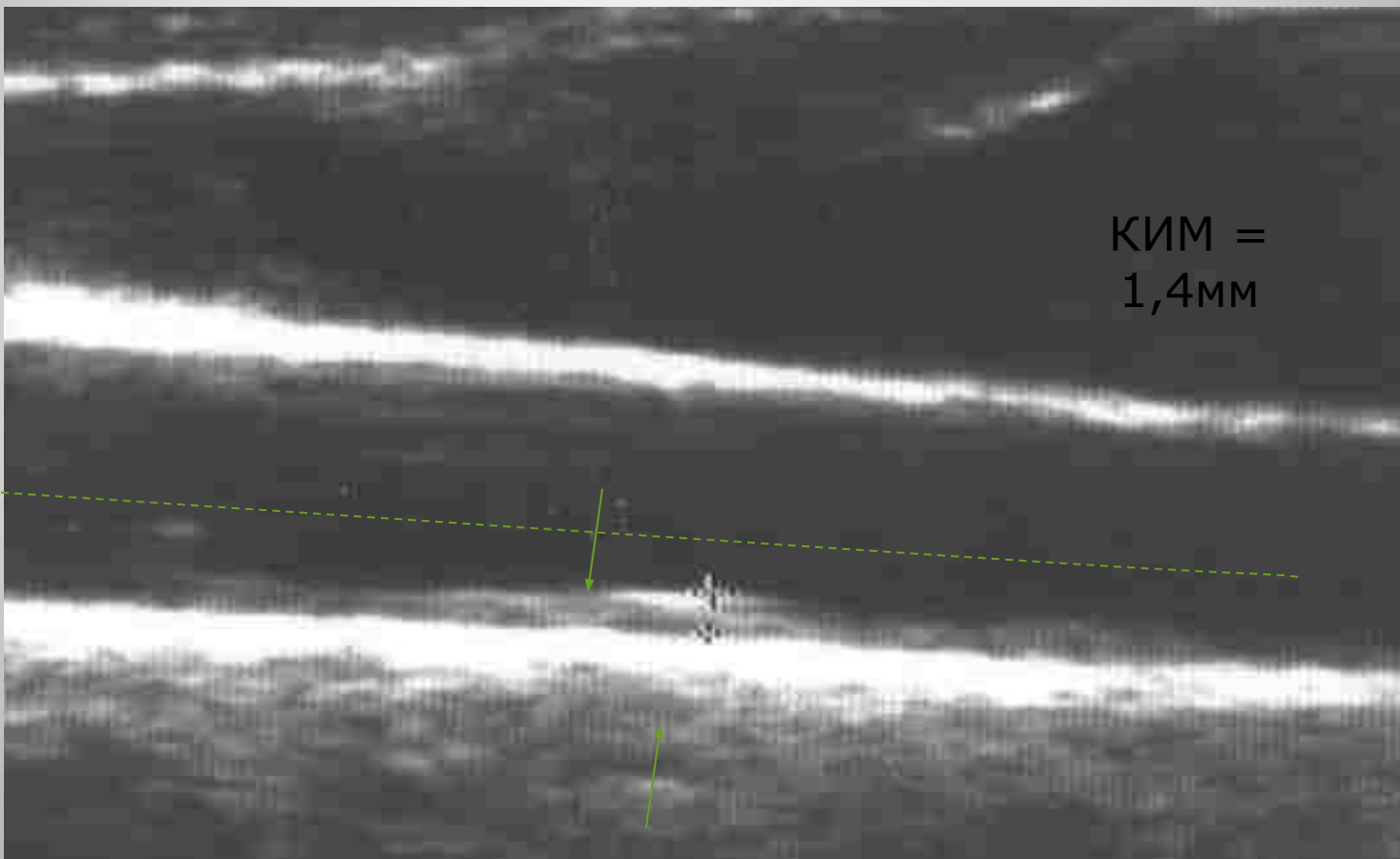
- УЗ признаки утолщения стенки артерии (ТИМ  $> 0,9$  мм) или атеросклеротические бляшки магистральных сосудов
- Скорость пульсовой волны от сонной к бедренной артерии  $> 12$  м/с
- Лодыжечно/плечевой индекс  $< 0,9$



## Возрастные нормы ТИМ

Возраст (лет)	ТИМ (мм)	ТИМ порог
до 30	$0,52 \pm 0,04$	
30-40	$0,56 \pm 0,02$	до 0,7
40-50	$0,60 \pm 0,04$	до 0,8
Более 50	$0,67 \pm 0,03$	до 0,9

# Утолщение комплекса интима-медиа + АСБ



## Пациенты очень высокого риска (Рекомендации ESC/EAS по лечению дислипидемий (2011 г))

- **Наличие сердечно-сосудистого заболевания, подтвержденного с использованием инвазивных или неинвазивных методик (коронарной ангиографии, радионуклидной визуализации, стрессовой эхокардиографии, обнаружение бляшек в сонных артериях при ультразвуковом исследовании), наличие в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ), острого коронарного синдрома (ОКС), выполнение реваскуляризации коронарных артерий (методом чрескожного коронарного вмешательства) или аортокоронарного шунтирования (АКШ) и других процедур реваскуляризации артерий, перенесенный ишемический инсульт или наличие заболевания периферических сосудов.**

# Лечение

АЛТ, Ед/л	29	0-45
АСТ, Ед/л	19	0-35
Калий, ммоль/л	5,7	3,5-5,1
Натрий, ммоль/л	144	126-146
Сг, ммоль/л	107	95-110

## Общ. анализ мочи:

Дата	Уд.вес	Реакция	Белок	Сахар	Лейк.	Эритроц.	Цили.
20.08.12г.	1089	кислая	-	-	0-1	-	-

## Прочие лабораторные исследования:

Анти HCV, HBs-Ag, антитела к ВИЧ, ИФА на сифилис: отрицательный.

Протромбиновая активность от 20.08.12г.: 120% (80-100), МНО 0,88.

Липидемический профиль: 9ч-4,5, 13ч-3,8, 18ч-5,7 ммоль/л.

На ЭКГ при поступлении: Ритм синусовый, предельный с ЧСС 70уд/мин. Поворот ЭОС вдоль продольной оси по часовой стрелке. Синдром ранней реполяризации. ЭКГ при выписке: без изменений.

Консультация невролога от 20.08.12г.: Заключение: ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия Пот, субкомпенсация.

Распространенный остеоартроз. Деформирующий спондилоартроз. Коксартроз левого тазобедренного сустава.

Плечелопаточный периартроз. Рекомендовано: Назначения лечащего врача ЛФК.

ЭХО-КГ от 22.08.2012г.: ГРЖ-21мм; АО-34мм; ЛП-40\*46мм; МЖП-12мм; ЗСЛЖ-12мм; ПП-36\*43мм; КДР-46мм; Ствол-26мм; ФВ-71 %. Стенка аорты уплотнена, аорта не расширена в восходящем отделе. Створки аортального, митрального и трикуспидального клапанов уплотнены, амниотуда раскрытия достаточна. Полости сердца не расширены. Незначительная гипертрофия стенок левого желудочка, МЖП S-образной формы, выходящий тракт левого желудочка свободен. Локальная сократимость не нарушена. Системическая функция миокарда ЛЖ не снижена. В полости перикарда «сладкая» жидкости, в легочных синусах жидкости нет. ДЭХО-КГ: незначительная пульмональная, митральная и трикуспидальная регургитация. Дистальная дисфункция ЛЖ по модели замедленной релаксации (1 типа). Р сист в ЛА по трикуспидальной регургитации 28мм рт.ст.

Суточное мониторирование ЭКГ от 21.08.12г.: За период суточного мониторирования регистрировался синусовый ритм со средней ЧСС-70уд/мин, мин. ЧСС-49уд/мин, макс. ЧСС-116уд/мин. Зарегистрировано: 10 суправентрикулярных экстрасистол, в т.ч. 1 триггер. Пароксизмальных эктопических ритмов и длительных пауз не зафиксировано. Нарушений внутрисердечной проводимости не выявлено. Случаев болевой и диагностически значимой бессимптомной ишемии миокарда не зафиксировано. Диагностически значимых эпизодов удлинения интервала QT не зафиксировано.

УЗДС брахиоцефальных артерий 20.08.12г.: Заключение: Атеросклероз БЦА без гемодинамически значимого стенозирования экстракраниального отдела. Деформация хода обеих позвоночных артерий в интравертeбральном отделе со снижением кровотока.

Консультирована сотрудница кафедры.

Выписана с улучшением

Рекомендовано: наблюдение кардиолога, невролога, эндокринолога, гинеколога по месту жительства.

Соблюдение диеты с ограничением соли, животных жиров. Контроль уровня холестерина, липопротеинов, триглицеридов крови. Контроль АСТ, АЛТ, КФК через 1 месяц от начала терапии статинами.

УЗД шитовидной железы 1-2р/год, контроль ритмов щитовидной железы: ТТГ, Т3, Т4, антитела к ТПО.

Режим свободный с дозированными физическими нагрузками.

Диета гипохолестериновая, гипокалорийная, ограничение поваренной соли и продуктов, богатых пуринами.

Лозартан 100 мг\*1 раз утром  
Амлодипин 10 мг 1 раз в день

Розувастатин 20 мг\* 1 раз вечером

АСК 100 мг\* 1 раз после ужина

Назначения ортопеда, невролога

## Комбинации более эффективны !!!

- Терапия антигипертензивными препаратами одинаково профилактирует осложнения ИБС и инсульты у людей с повышенным и нормальным АД при его начальном уровне более АД 110 и 70 мм рт.ст., независимо от наличия ССЗ. У всех б-ных от 60-69 лет с исходным ДАД 90 мм рт ст назначение 2-3-компонентной терапии в половинной стандартной дозе препаратов уменьшало риск осложнений ИБС на 46%, инсультов на 62%. Монотерапия обладает в 2 раза меньшей эффективностью

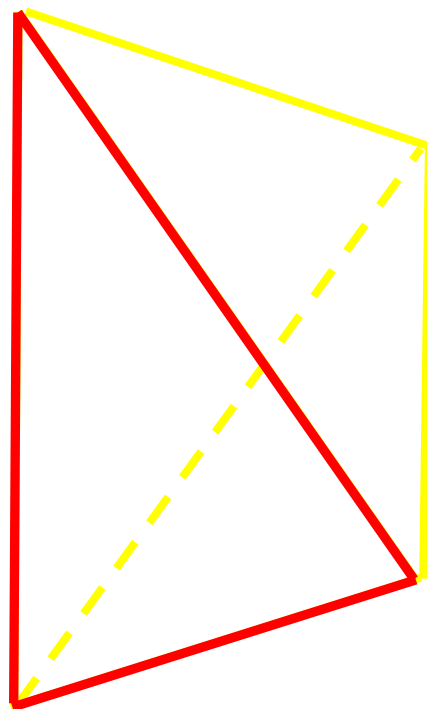
*Law MR et al, 2009 meta analyses of 147 trials*



# Пересмотр рекомендаций ЕОК/ЕОАГ 2009г. ВНОК 2010 г.: «Более» предпочтительные комбинации

тиазидный диуретик

блокатор рецепторов  
ангиотензина



— Предпочтительные  
- комбинации

Реже используемые

## Показания к предпочтительному назначению сартанов

ВНОК, 2001

- Кашель при приеме ИАПФ

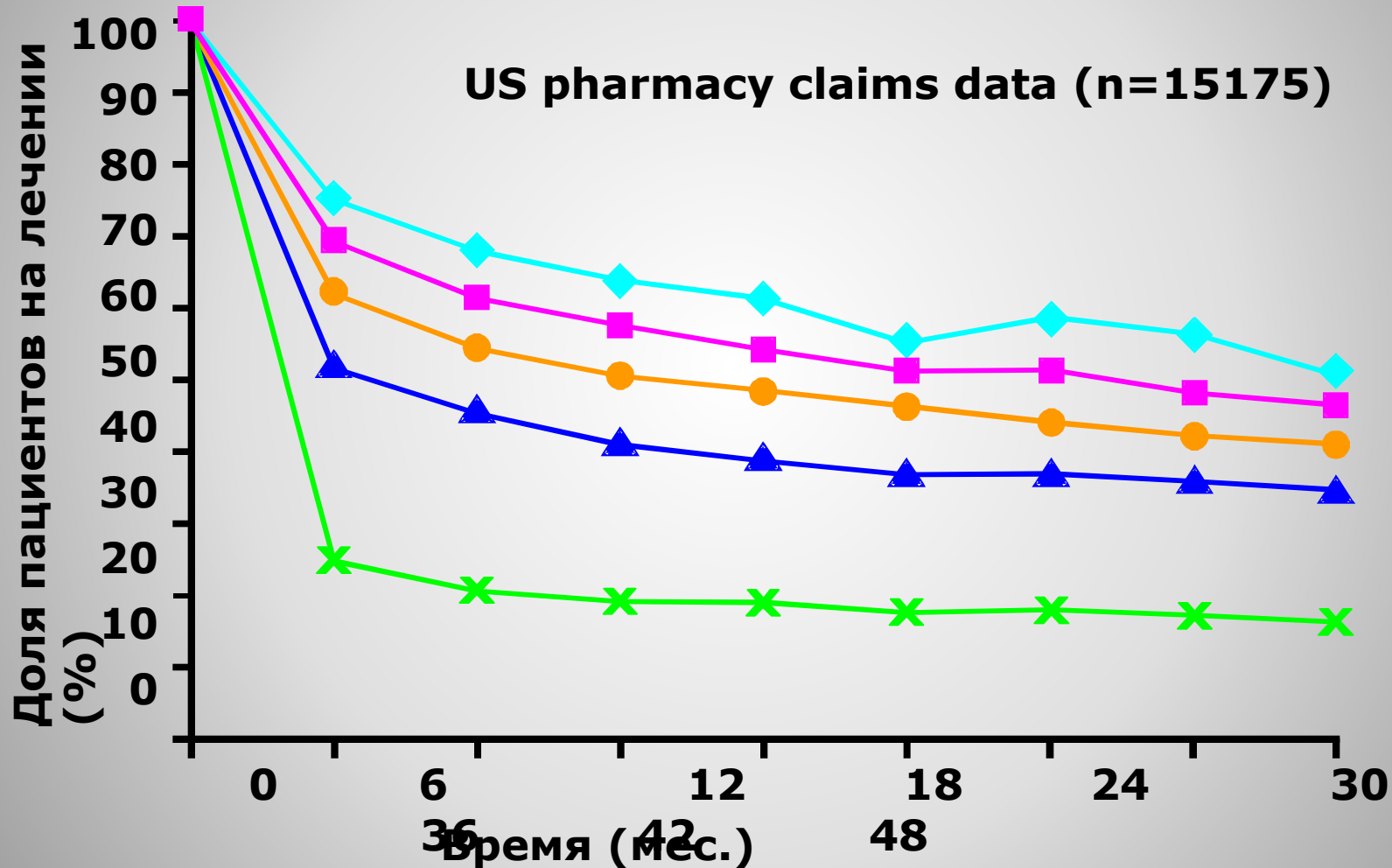
ВНОК, 2004

- **ГЛЖ;**
- Диабетическая нефропатия при СД I и II типа;
- Диабетическая МАУ;
- Протеинурия;
- Кашель при приеме ИАПФ

**ВНОК, 2010**

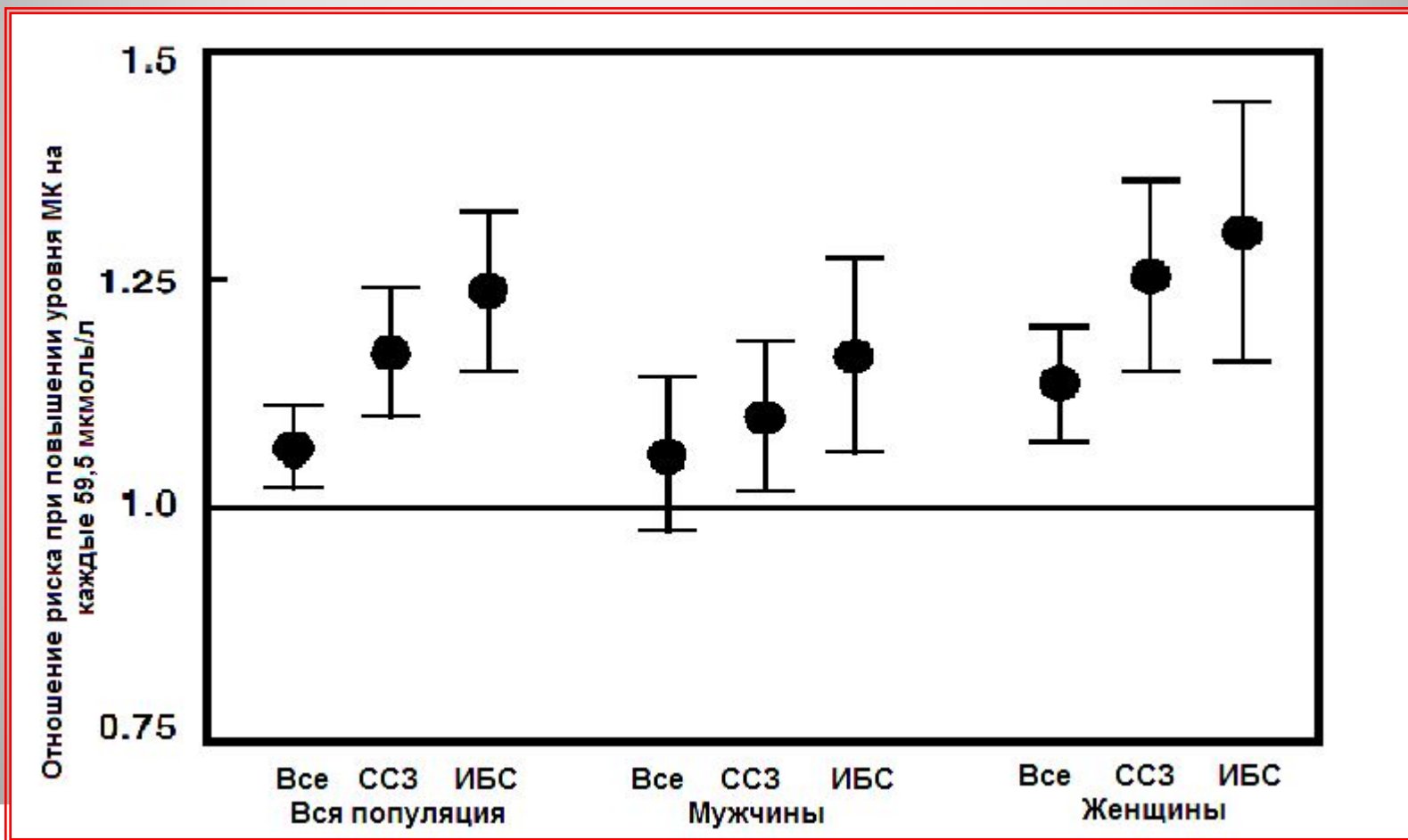
- **ГЛЖ; дисфункция левого желудочка**
- Диабетическая нефропатия ;
- **Недиабетическая нефропатия**
- Диабетическая МАУ;
- Протеинурия;
- Кашель при приеме ИАПФ;
- Метаболический синдром;
- Сахарный диабет
- ХСН;
- Перенесенный ИМ- **заменен на ИБС;**
- Фибрилляция предсердий (пароксизмальная форма)
- **Пожилые**

# Приверженность к лечению в течение 4 лет наблюдения



◆ БРА (ARБ)   
 ■ АПФ (ACE)   
 ● АК (Thiazide diuretics)   
 ▲ Бета-блокаторы   
 × Тиазидные диуретики

# Связь между повышением концентрации мочевой кислоты в крови и риском смерти сердечно-сосудистых заболеваний



Fang et al. JAMA  
2000;283:2404-2410

# LIFE

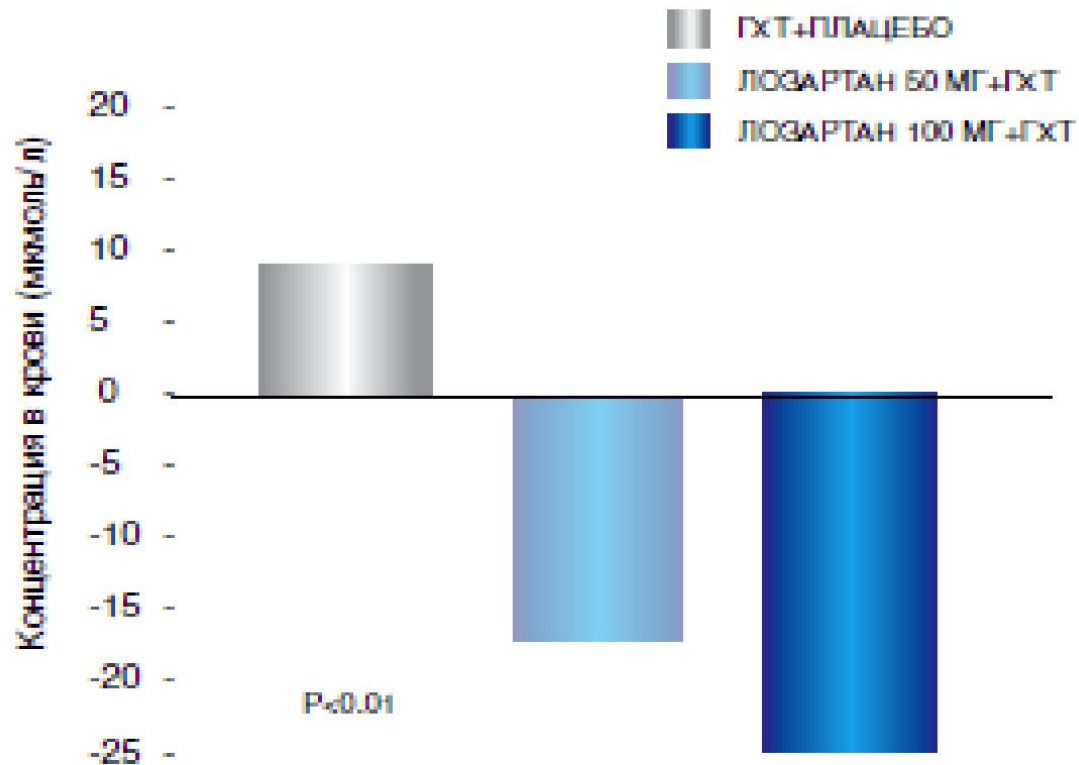
## Лозартан по сравнению с ателололом снижал уровень мочевой кислоты



Adapted from Høieggen A et al Kidney Int  
2004;65:1-9.



# Снижение уровня мочевой кислоты носит дозозависимый характер



**Аргументация оптимального  
выбора - комбинации с  
Амлодипином**

# Prognostic significance of visit-to-visit variability, maximum systolic blood pressure, and episodic hypertension

*Peter M Rothwell, Sally C Howard, Eamon Dolan, Eoin O'Brien, Joanna E Dobson, Bjorn Dahlöf, Peter S Sever, Neil R Poulter*

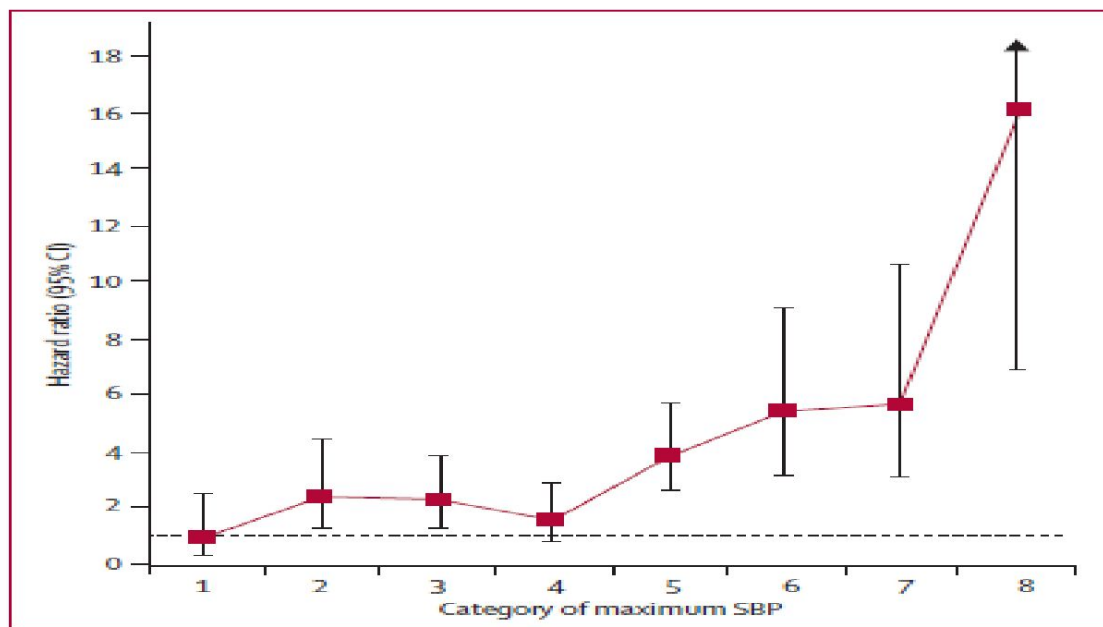
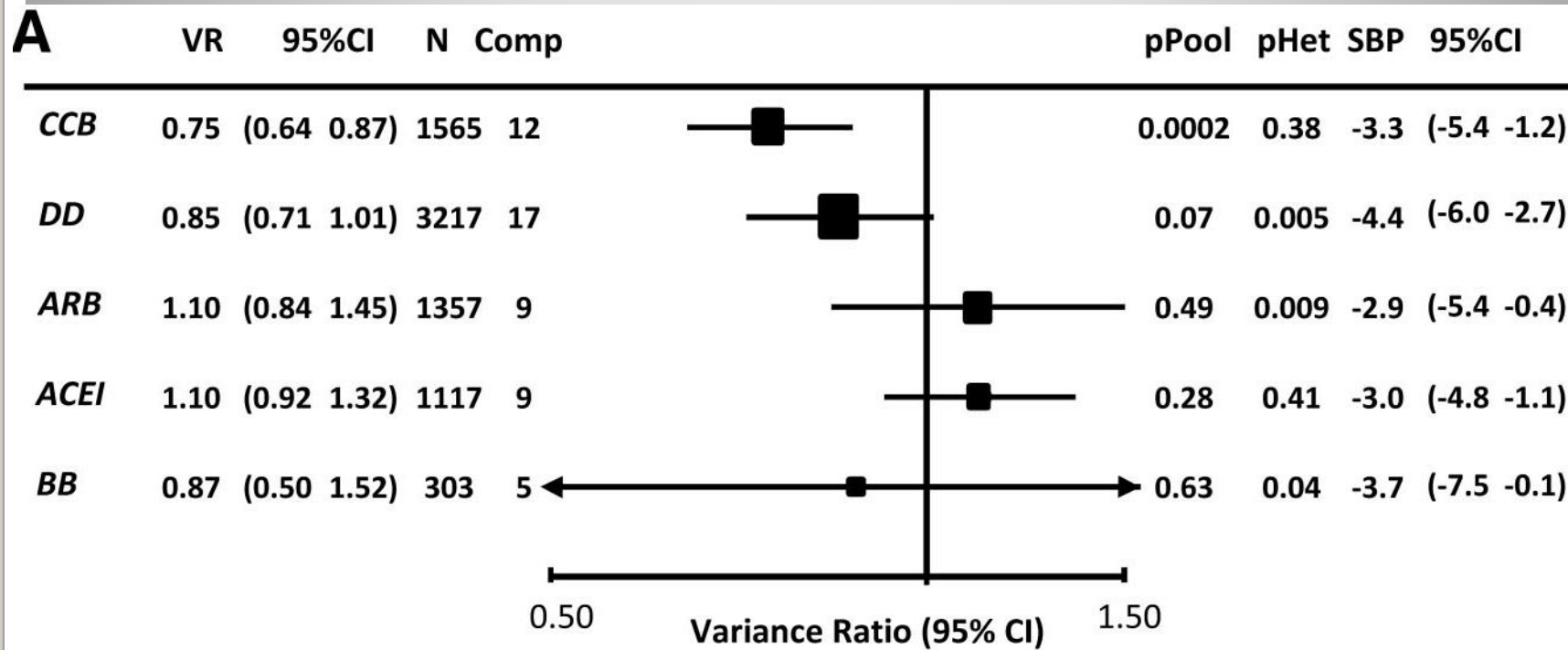


Figure 2: Hazard ratios for risk of any subsequent stroke by categories of maximum SBP of the first seven measurements of blood pressure during the first 2 years of follow-up in the UK-TIA trial, adjusted for mean SBP during the same period

Lancet 2010

Исследование UK-TIA  
Максимальное САД  
по данным  
двухлетних измерений

Отношение рисков инсульта по категориям максимального АД из 7 измерений АД в первые 2 года наблюдения в исследовании UK-TIA, с коррекцией на

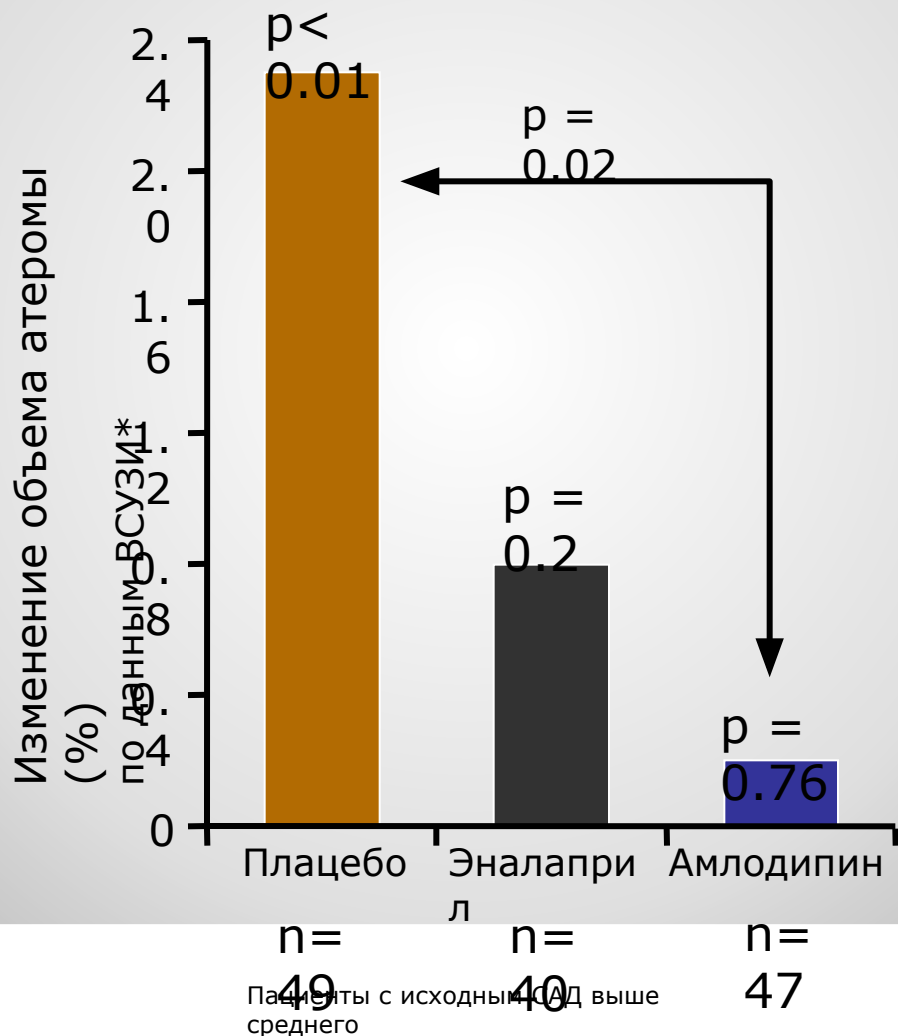


**Эффект от присоединения различных классов антигипертензивных препаратов на вариабельность АД**





# Амлодипин предотвращает прогрессирование атеросклероза (исследование CAMELOT)



# Польза статинов в первичной профилактике ССЗ ?

Исследование	Исх. Хн ЛНП*	Дост. Хн ЛНП*	Длит. годы	Первичн. цель	ОР снижения (%)
Первичная профилактика WOSCOPS AFCAPS/TexCAPS	5.0 (192)	3.7 (142)	4.9	ИМ+ИБС	31
	3.9 (150)	3.0 (115)	5.2	смерть	36
	3.4 (131)	2.3 (90)	3.3	ИМ+ИБС смерть + ИС ИМ+ИБС	36
ASCOT				смерть	
Первичная/вторичная профилактика HPS ALLHAT-LLT	3.4 (131)	2.7 (104)	5.0	ИМ+ИБС	24
	(146)	(104)	4.8	смерть	NS
Общая смертность					

В 2008 году завершилось исследование JUPITER

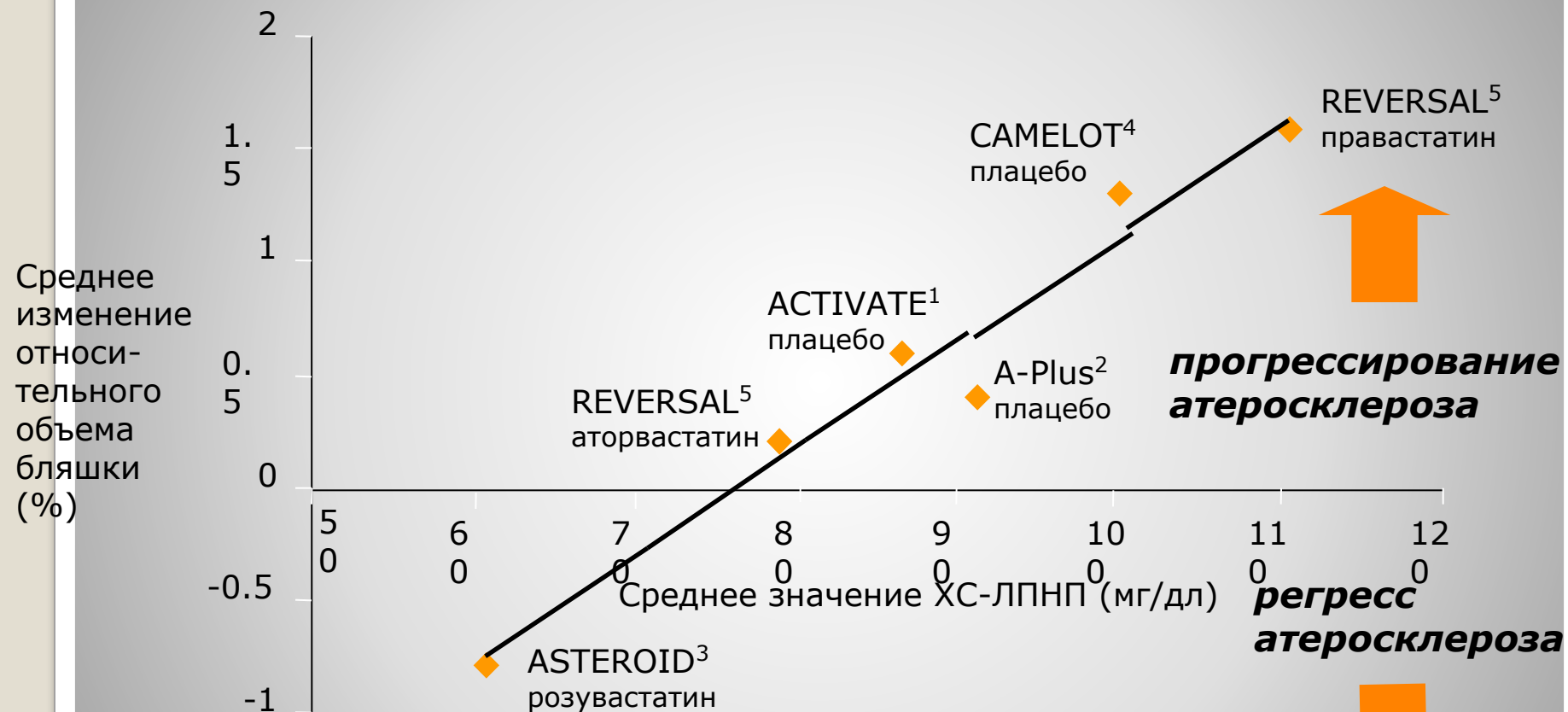
**Какого целевого уровня ХС ЛПНП необходимо достичь у больной?**

- 1. 1,8 ммоль/л**
- 2. 2,5 ммоль/л**
- 3. 3 ммоль/л**

**Снижение ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП (%)  
в зависимости от использования различных доз  
статинов (P.J.Barter, 2010, Database Voyager)**

Препарат	Доза (мг)	N <sup>a</sup>	Динамика показателя от исходного (среднее значение) %	
			ХС-ЛПНП	ХС-ЛПВП
Розувастатин	5	670	-38.8 (0.9)	5.5 (0.8)
	10	11,690	44.1 (0.6)	6.1 (0.5)
	20	3,554	49.5 (0.5)	7.0 (0.4)
	<b>40</b>	<b>2,983</b>	<b>54.7 (0.4)</b>	<b>7.9 (0.4)</b>
Аторвастатин	10	7,837	35.5 (0.6)	4.5 (0.5)
	20	3,908	41.4 (0.5)	3.5 (0.5)
	40	1,324	46.2 (0.5)	2.4 (0.5)
	80	2,072	50.2 (0.4)	2.3 (0.4)
Симвастатин	10	165	27.4 (1.4)	4.2 (1.3)
	20	2,929	33.0 (0.6)	5.0 (0.6)
	40	548	38.9 (0.9)	5.0 (0.8)
	80	479	45.0 (1.0)	5.3 (0.9)

## Регресс атеросклеротической бляшки на фоне терапии статинами



†В исследованиях ASTEROID and REVERSAL изучались статины. В исследованиях A-PLUS, ACTIVATE и CAMELOT изучались другие гиполипидемические препараты, но в этих исследованиях была группа плацебо, в которой многие пациенты получали статины в качестве сопутствующей терапии - 62%, 80% and 84%, соответственно.

1 Nissen S et al. N Engl J Med 2006;354:1253-1263. 2 Tardif J et al. Circulation 2004;110:3372-3377. 3 Nissen S et al. JAMA 2006;295 (13):1556-1565

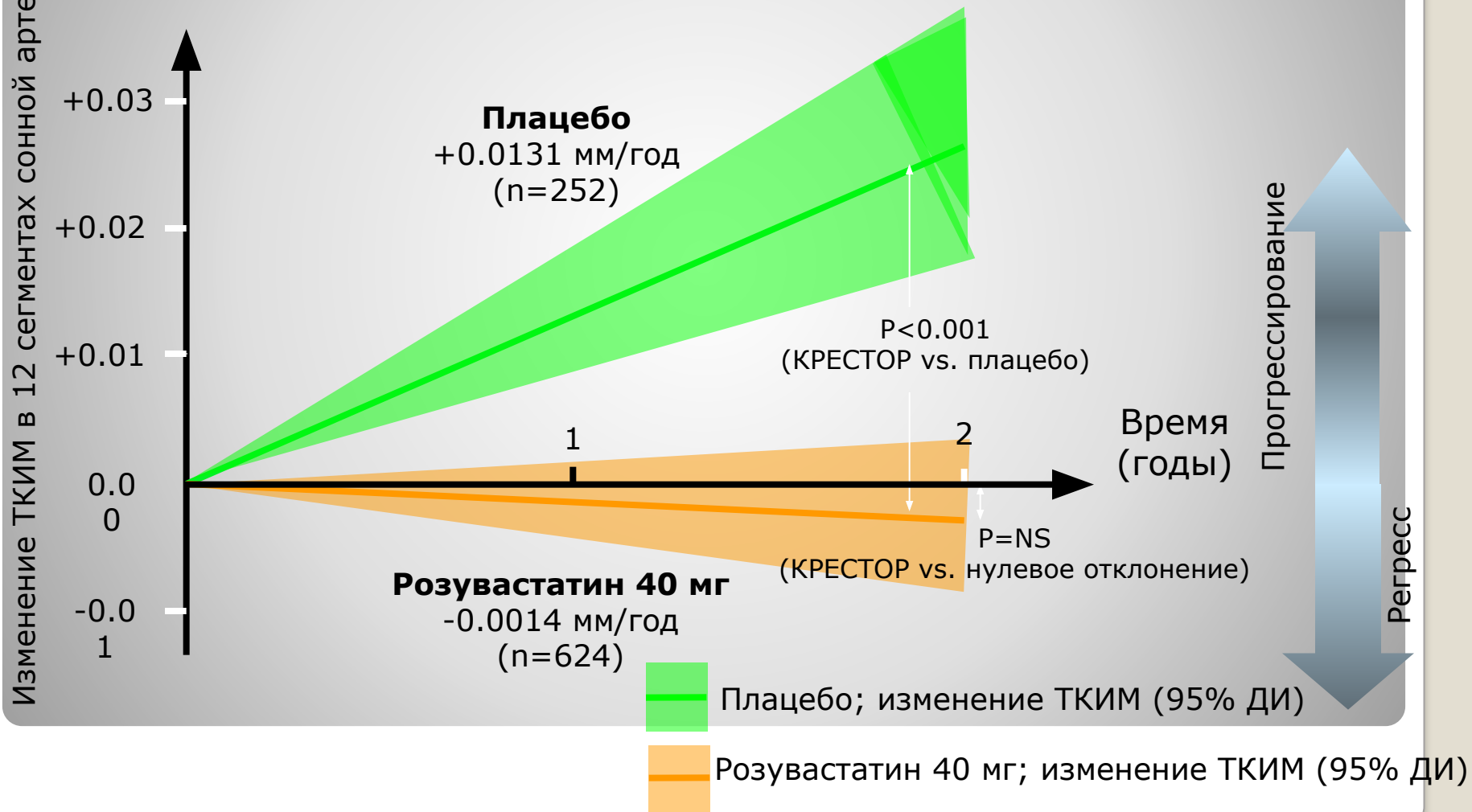
4 Nissen S et al. JAMA 2004;292: 2217-2225. 5 Nissen S et al. JAMA 2004; 291:1071-1080



# МЕТЕОР – Основной критерий оценки:

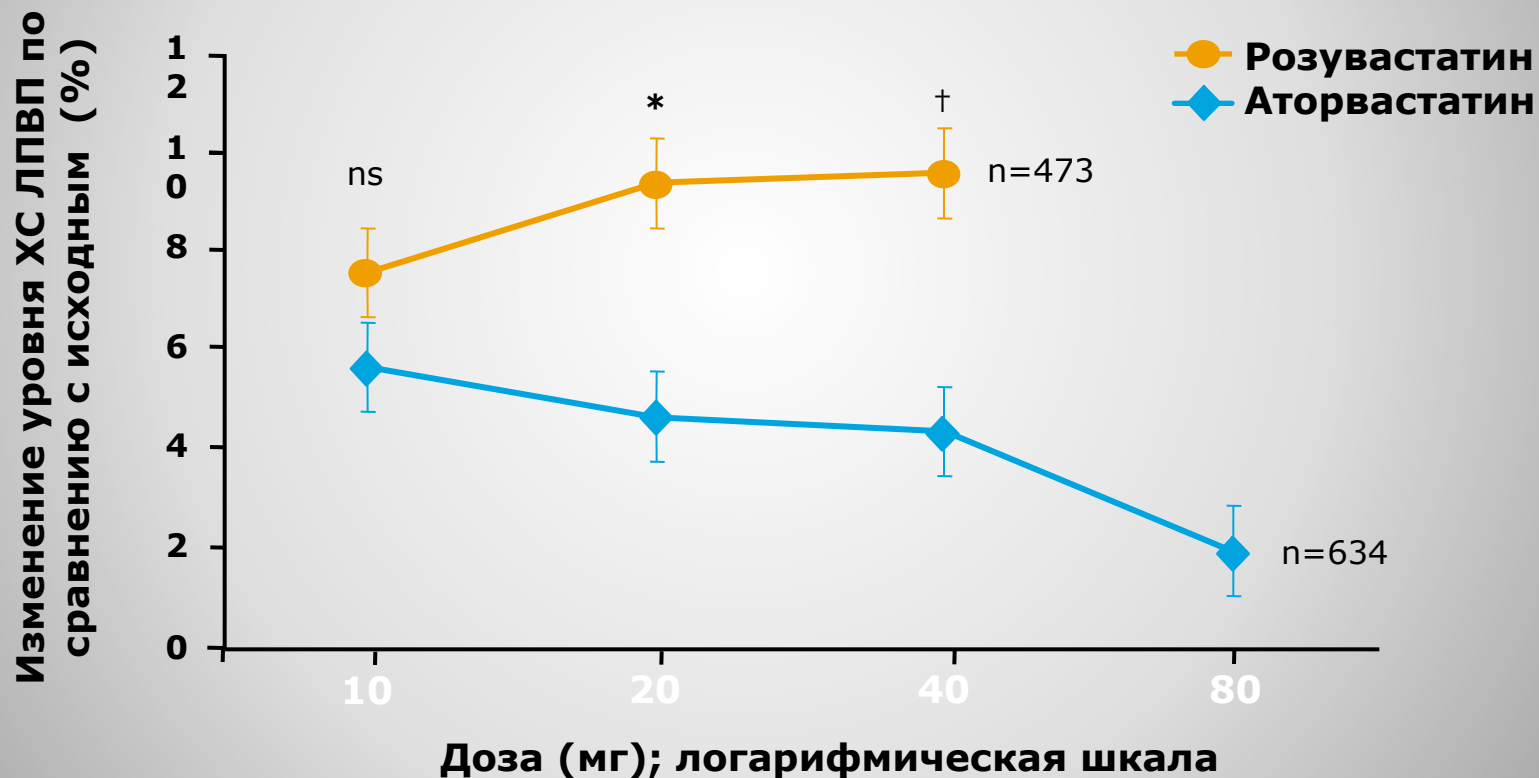
## Изменение максимальной ТКИМ в 12 сегментах сонных артерий

### Розувастатин vs плацебо



# Розувастатин по сравнению с аторвастатином – влияние на уровень ХС ЛПВП в диапазоне доз

## Исследование STELLAR

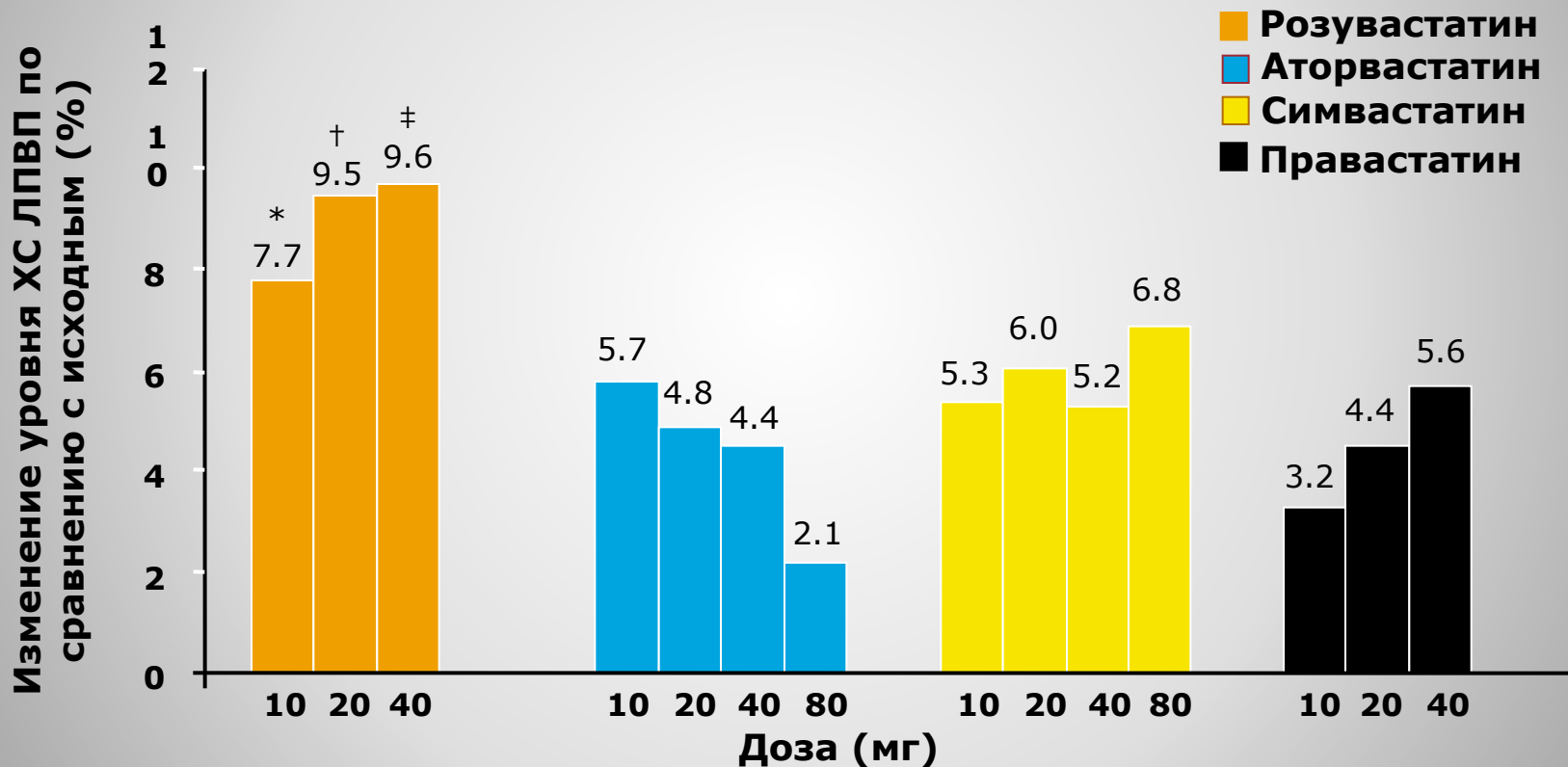


\* $p < 0.002$  vs аторвастатин 20, 40 и 80 мг

† $p < 0.002$  vs аторвастатин 40 и 80 мг

# Розувастатин и другие статины – изменение уровня ХС ЛПВП

Исследование STELLAR



\* $p < 0.002$  vs правастатин 10 мг

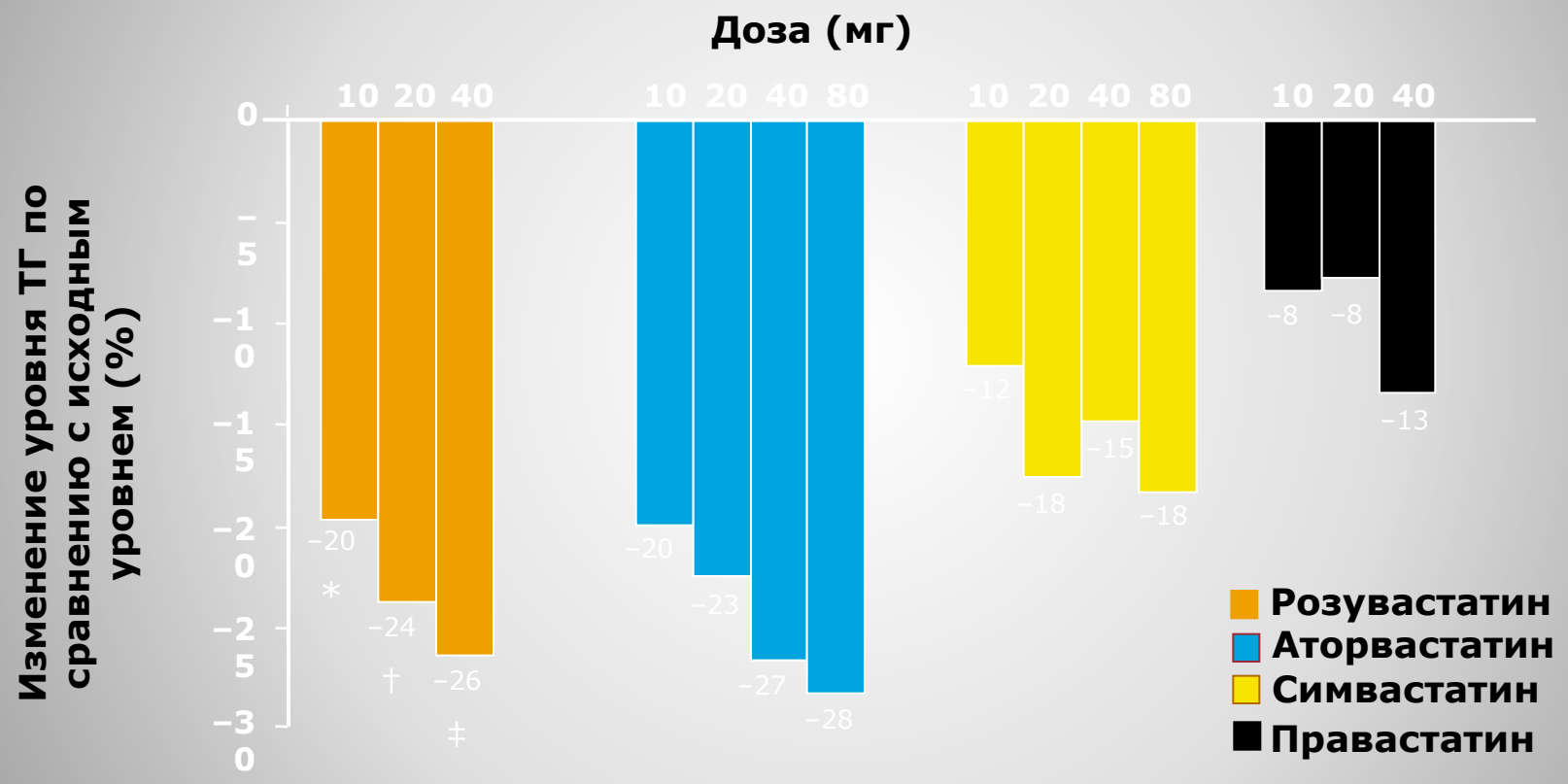
† $p < 0.002$  vs аторваcтатин 20, 40, 80 мг; симваcтатин 40 мг; правастатин 20, 40 мг

‡ $p < 0.002$  vs аторваcтатин 40, 80 мг; симваcтатин 40 мг; правастатин 40 мг

Результаты в популяции ITT (intention-to-treat)

# Розувастатин по сравнению с другими статинами – влияние на уровень триглицеридов

## Исследование STELLAR



\*p<0.002 vs правастатин 10, 20 мг  
 †p<0.002 vs симвастатин 40 мг; правастатин 20, 40 мг  
 ‡p<0.002 vs симвастатин 40 мг; правастатин 40 мг

# СРБ – надежный предиктор сердечно-сосудистых осложнений (по сравнению с другими маркерами)

**Липопротейн (а)**

**Гомоцистеин**

**Интерлейкин-6**

**ОХС**

**ХС ЛПНП**

**sICAM-1**

**SAA**

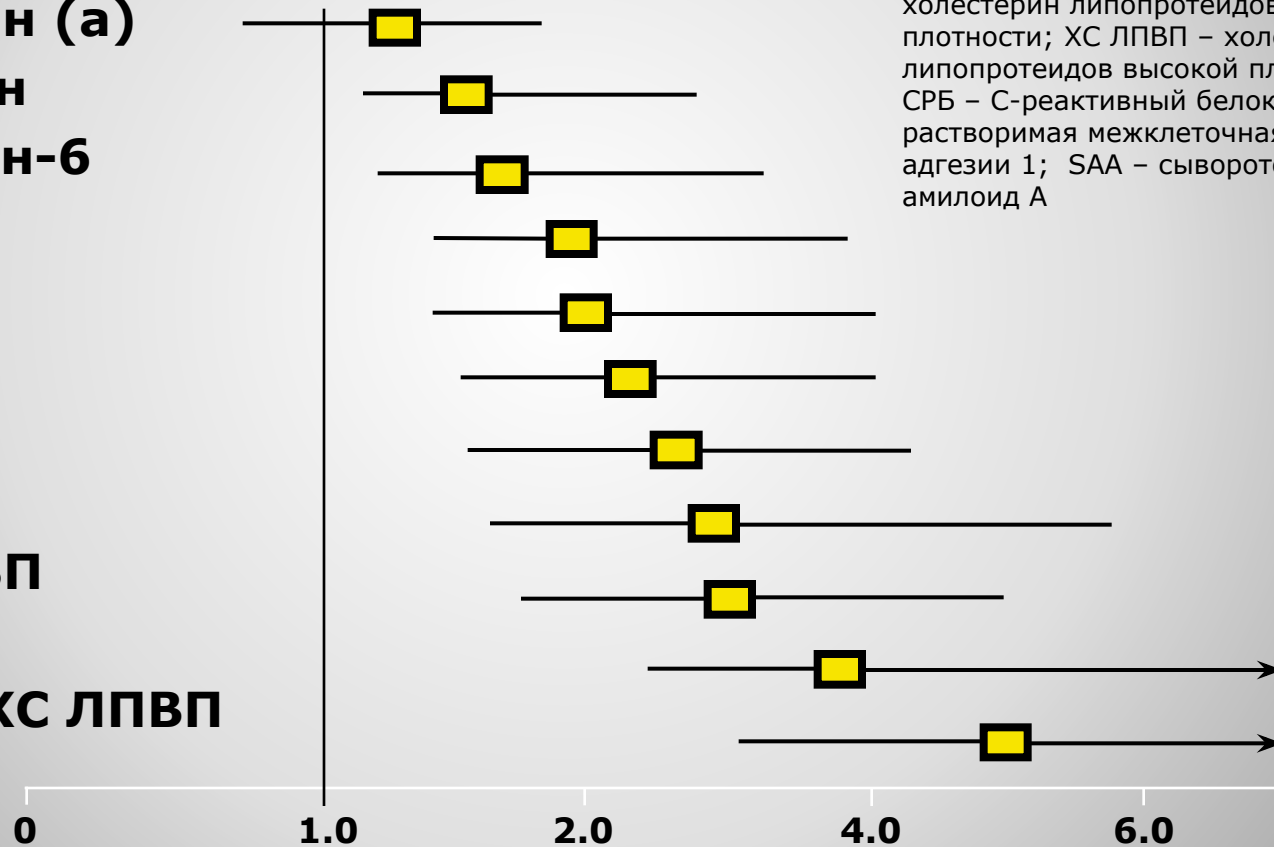
**АпоВ**

**ОХС:ХС ЛПВП**

**СРБ**

**СРБ + ОХС:ХС ЛПВП**

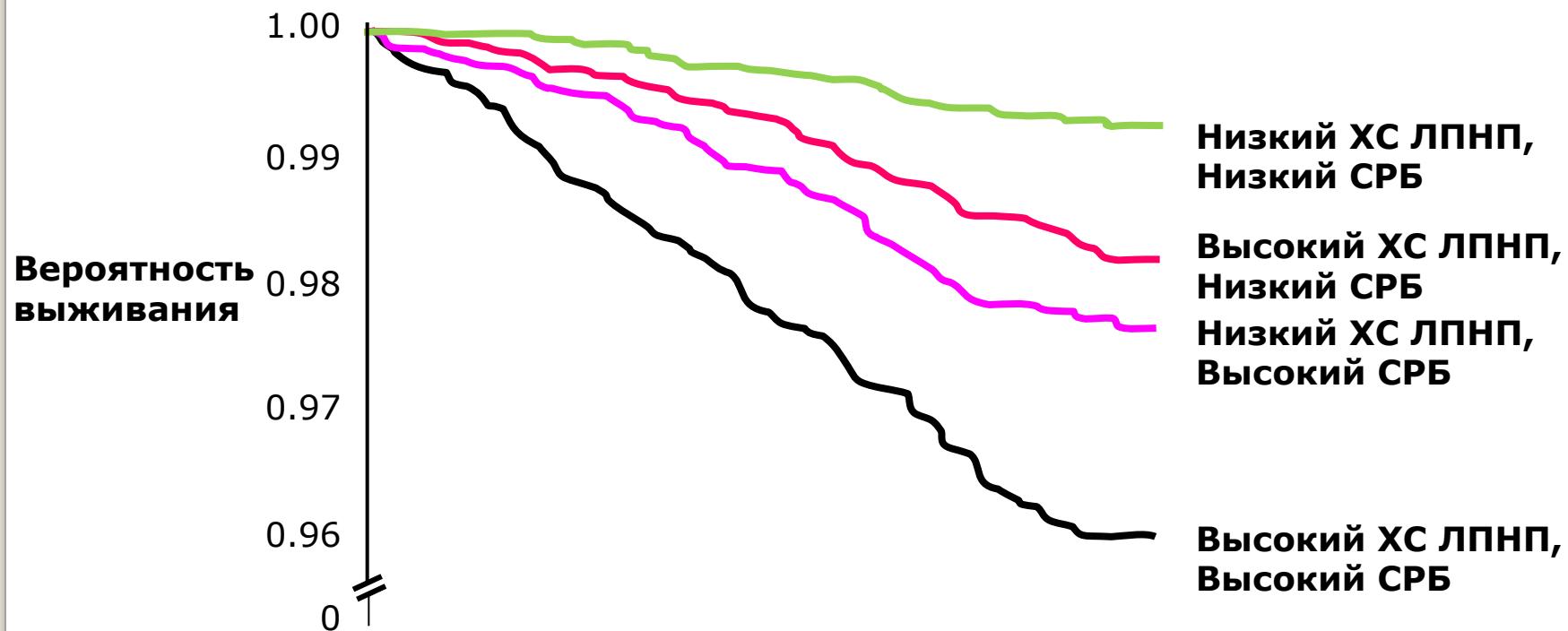
ОХС – общий холестерин; ХС ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности; ХС ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности; СРБ – С-реактивный белок; sICAM-1 – растворимая межклеточная молекула адгезии 1; SAA – сывороточный амилоид А



**Относительный риск  
сердечно-сосудистых осложнений в будущем**



# Выживаемость среди женщин в зависимости от уровней ХС ЛПНП и СРБ

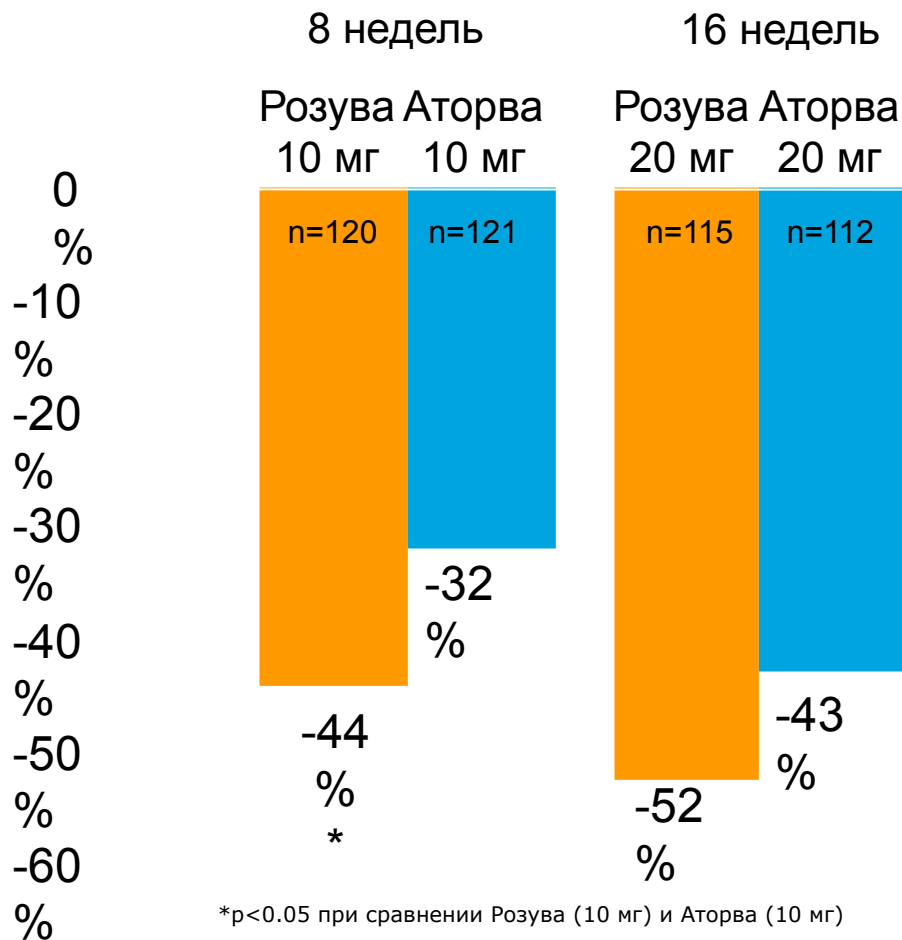


CV=cardiovascular; hsCRP=high-sensitivity C-reactive protein; LDL-C=low-density lipoprotein cholesterol  
Median LDL-C=3.2 mmol/L (124 mg/dL)  
Median CRP=1.5 mg/L

# Влияние статинов на уровень СРБ

Результаты исследования ANDROMEDA с участием больных СД 2-го типа; подгруппа с исходным уровнем С-РБ  $\geq 2$  мг/л

Снижение концентрации С-РБ по сравнению с исходным уровнем, %



\* $p < 0.05$  при сравнении Розува (10 мг) и Аторва (10 мг)

Во всех подгруппах выявлено существенное снижение по сравнению с исходным уровнем

- ANDROMEDA – рандомизированное исследование с двойным слепым контролем, в котором участвовали 509 больных сахарным диабетом 2-го типа.
- Влияние на уровни С-РБ и липидов оценивались проспективно.
- Самое выраженное снижение уровня С-РБ отмечалось у пациентов с исходно наиболее высокой концентрацией С-РБ.

# JUPITER

Эффективность и безопасность  
розувастатина у пациентов без ССЗ и  
повышенным уровнем СРБ

Rosuvastatin to Prevent Vascular Events in Men and Women  
with Elevated C-Reactive Protein

Paul M. Ridker, M.D., Eleanor Danielson, M.I.A., Francisco A.H. Fonseca, M.D., Jacques Genest, M.D.,  
Antonio M. Gotto, Jr., M.D., John J.P. Kastelein, M.D., Wolfgang Koenig, M.D., Peter Libby, M.D.,  
Alberto J. Lorenzatti, M.D., Jean G. MacFadyen, B.A., Børge G. Nordestgaard, M.D., James Shepherd, M.D.,  
James T. Willerson, M.D., and Robert J. Glynn, Sc.D., for the JUPITER Study Group\*

17802 пациентов

ХС-ЛПНП < 3,4 ммоль/л (130 мг/дл),

в среднем - 108 мг/дл

С-РБ  $\geq$  2,0 мг/л

# JUPITER: первичная профилактика розувастатином при повышенном С-РБ

Розувастатин 20 мг

Снижение ХС-ЛПНП на 50%,

в среднем до 55 мг/дл.

Снижение С-РБ на 37%

Первичная конечная точка:  
инфаркт, инсульт, коронарная реваскуляризация,  
госпитализация в связи с нестабильной стенокардией,  
сердечно-сосудистая смерть

# JUPITER – Дизайн исследования

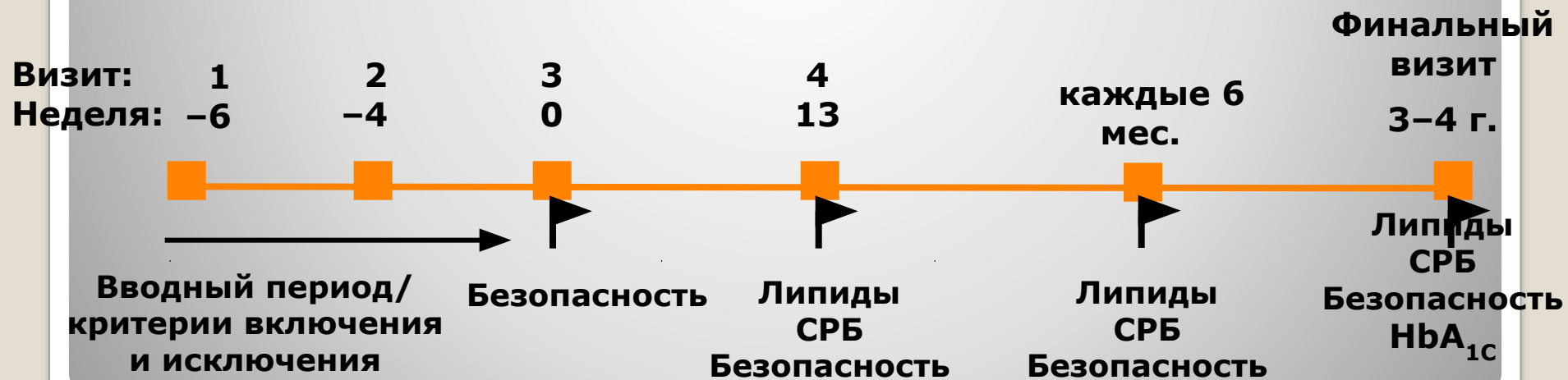
Пациенты (n~15,000)  
без ИБС в анамнезе  
ХС ЛПНП <3.36 ммоль/л  
(130 мг/дл)  
СРБ ≥2.0 мг/л  
мужчины >55 лет,  
женщины >65 лет

розувастатин 20 мг  
(n~7500)

плацебо (n~7500)

Критерии оценки:

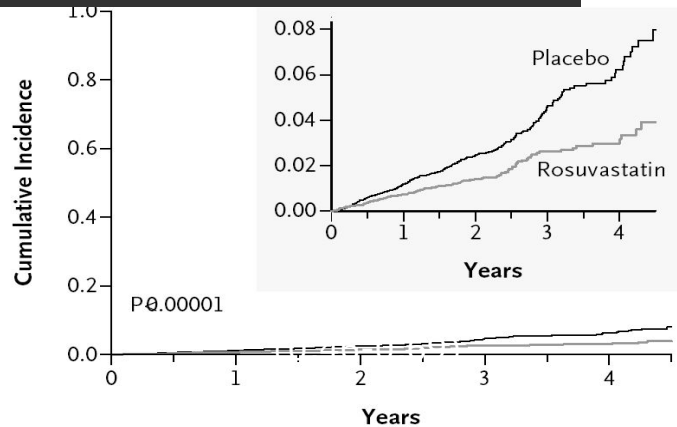
Время до наступления первого сердечно-сосудистого осложнения (смерть, инсульт, ИМ, госпитализация по поводу нестабильной стенокардии или для артериальной реваскуляризации)



ИБС – ишемическая болезнь сердца; СРБ – С-реактивный белок; ИМ – инфаркт миокарда;  
ХС ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности

# JUPITER: результаты

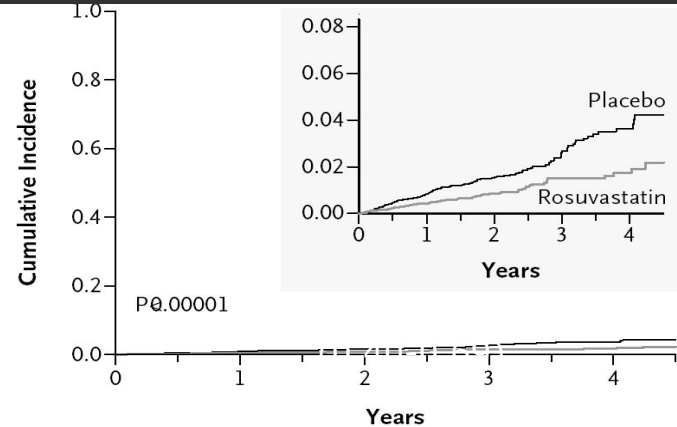
## Комбинированная конечная точка



### No. at Risk

Rosuvastatin	8901	8631	8412	6540	3893	1958	1353	983	538	157
Placebo	8901	8621	8353	6508	3872	1963	1333	955	531	174

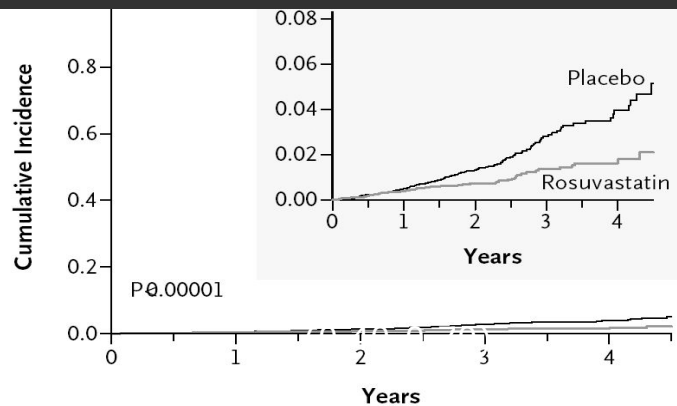
## Инфаркт, инсульт или с-с смерть



### No. at Risk

Rosuvastatin	8901	8643	8437	6571	3921	1979	1370	998	545	159
Placebo	8901	8633	8381	6542	3918	1992	1365	979	547	181

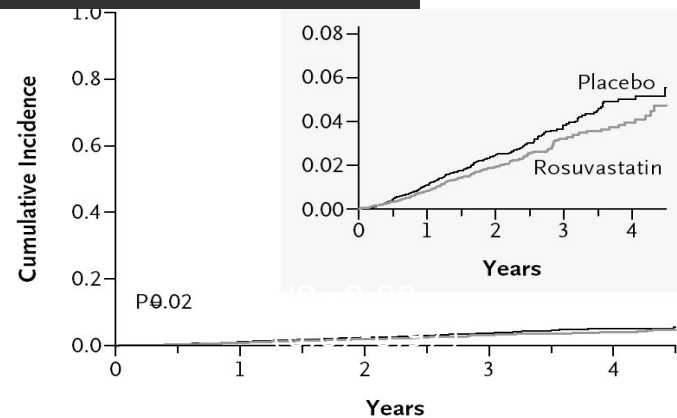
## Реваскуляризация или нестабильная стенокардия



### No. at Risk

Rosuvastatin	8901	8640	8426	6550	3905	1966	1359	989	541	158
Placebo	8901	8641	8390	6542	3895	1977	1346	963	535	176

## Смерть от всех причин



### No. at Risk

Rosuvastatin	8901	8847	8787	6999	4312	2268	1602	1192	676	227
Placebo	8901	8852	8775	6987	4319	2295	1614	1196	681	246



# JUPITER: скорость снижения риска СС событий от начала рандомизации

Время от начала  
рандомизации

P value

6 мес



0.02  
9

12 мес



<0.001

18 мес



<0.001

2 года



<0.001

2.5 года



<0.001

3 года



<0.001

0.  
1

1

Hazard ratio  
(95% CI)

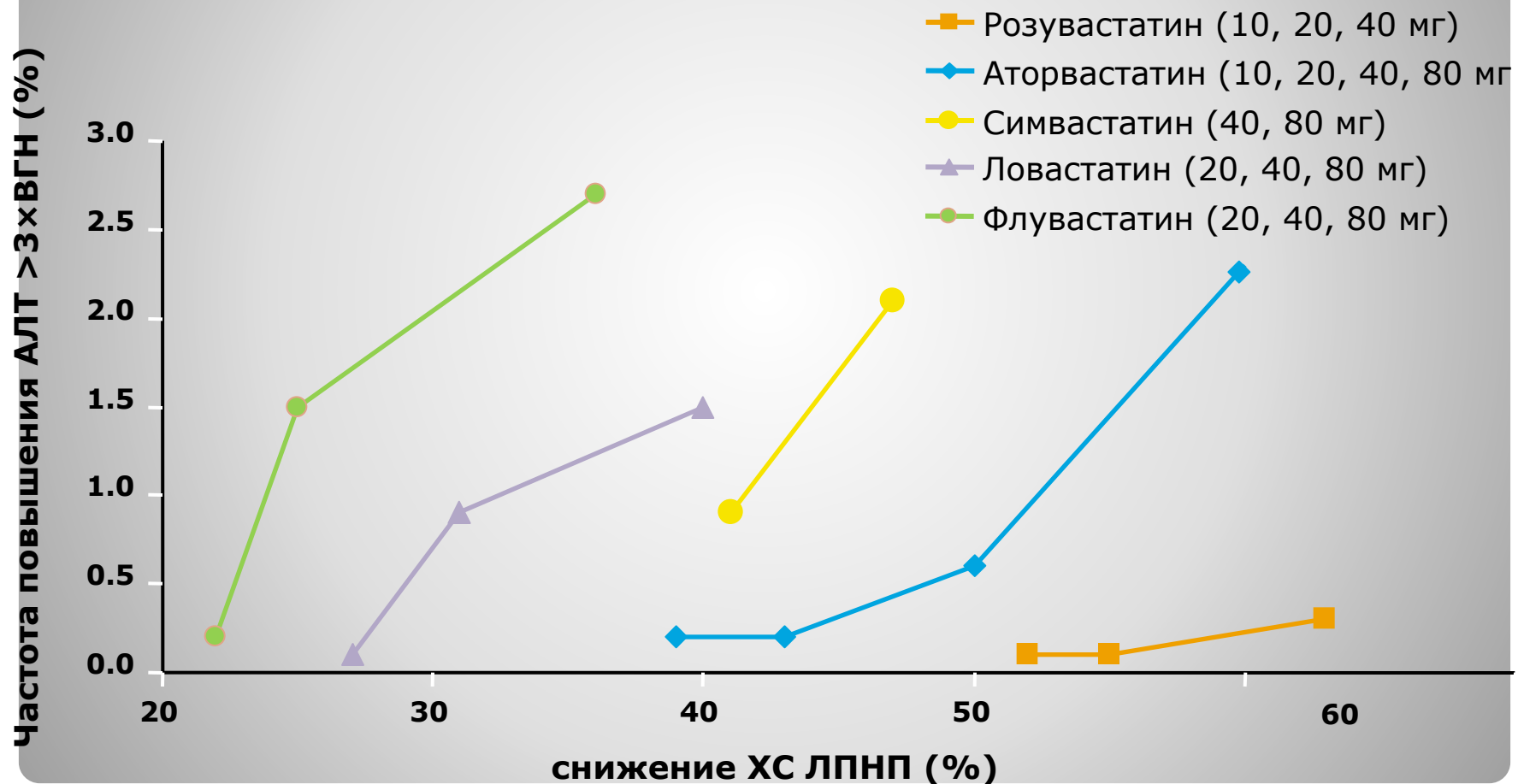
# JUPITER: неблагоприятные побочные явления

Event	Rosuvastatin	Placebo	P
Любое п/я	1,352 (15.2)	1,337 (15.5)	0.60
Мышечная слабость	1,421 (16.0)	1,375 (15.4)	0.34
Миопатия	10 (0.1)	9 (0.1)	0.82
Рабдомиолиз	1 (0.01)*	0 (0.0)	--
Рак	298 (3.4)	314 (3.5)	0.51
Смерть от рака	35 (0.4)	58 (0.7)	0.02
Геморрагический инсульт	6 (0.1)	9 (0.1)	0.44
СКФ <small>мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> за 12 мес</small>	66.8 (59.1-76.5)	66.6 (58.8-76.2)	0.02
АЛТ > 3 ВГН	23 (0.3)	17 (0.2)	0.34

# Безопасность розувастатина;

## влияние на печень – соотношение польза:риск

Частота повышения АЛТ >3 x ВГН и степень снижения ХС ЛПНП<sup>1,2</sup>



ВГН – верхняя граница нормы; АЛТ - аланинаминотрансфераза

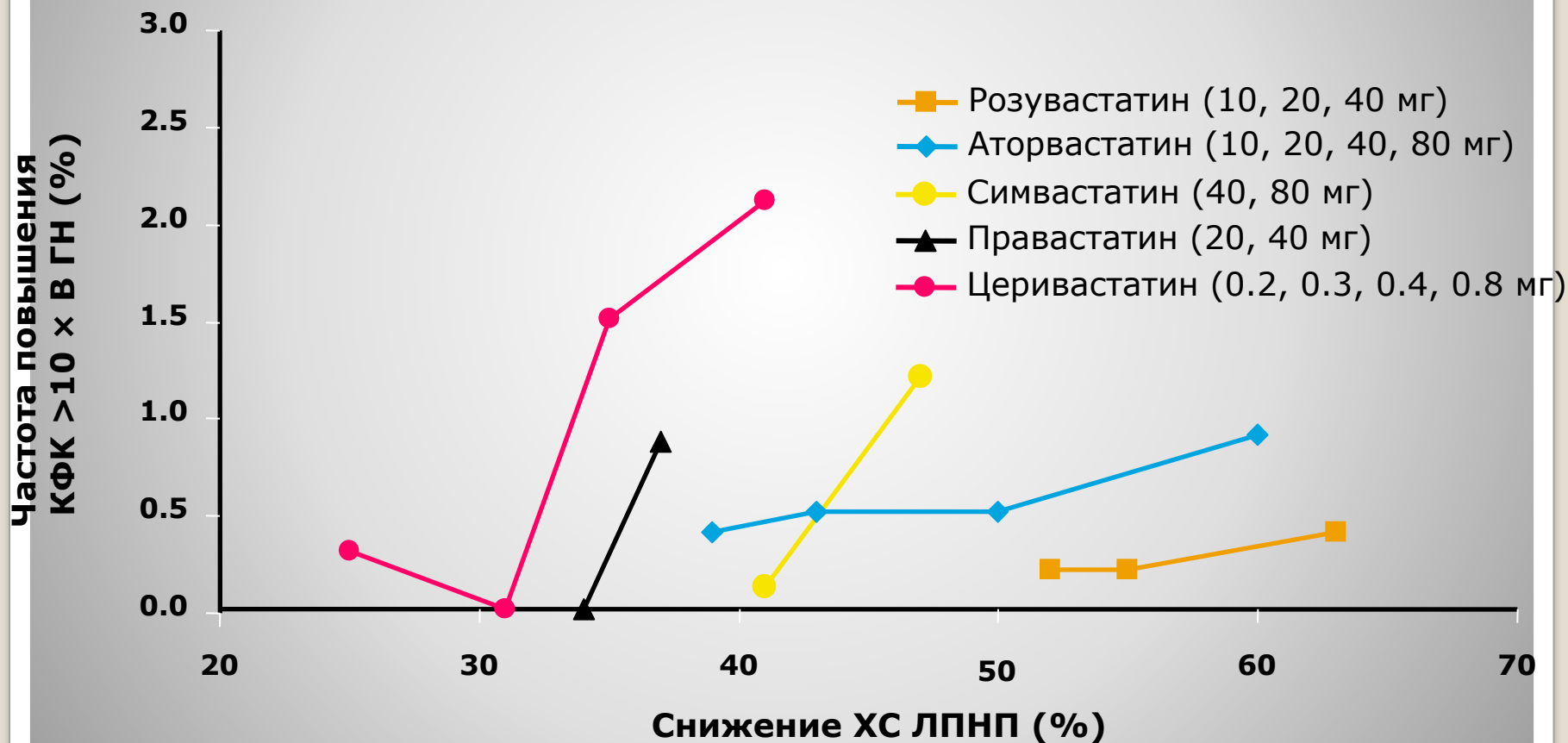
Стойкое повышение АЛТ - повышение >3 x ВГН при 2 последовательных измерениях

1. Brewer H *Am J Cardiol* 2003;92(Suppl):23K-29K

2. Davidson M *Exp Opin Drug Saf* 2004;3 (6):547-557

# Безопасность розувастатина; влияние на скелетную мускулатуру – соотношение польза:риск

Частота повышения КФК  $>10$  x ВГН и степень снижения ХС ЛПНП<sup>1,2</sup>



ВГН – верхняя граница нормы; КФК - креатинфосфокиназа

1. Brewer H *Am J Cardiol* 2003;92(Suppl):23K-29K

2. Davidson M *Exp Opin Drug Saf* 2004;3 (6):547-557

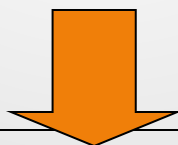
**Следует ли назначить больной аспирин для профилактики СС событий?**

1. Нет
2. Да

- Применение аспирина в низких дозах (75-100 мг в сутки) рекомендуется при наличии перенесенного ИМ, МИ или ТИА, если нет угрозы кровотечения. Низкая доза аспирина также показана пациентам старше 50 лет с умеренным повышением уровня сывороточного креатинина или с очень высоким риском ССО даже при отсутствии других ССЗ. Для минимизации риска геморрагического МИ, лечение аспирином может быть начато только при адекватном контроле АД.

## Аспирин и АГ

(Рекомендации ВНОК и РМОАГ, 2010)



**Назначение аспирина показано**