


РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
Министерство здравоохранения Забайкальского края

государственное автономное учреждение здравоохранения
«ЗАБАЙКАЛЬСКАЯ КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»
672038, г.Чита, ул. Коханского, д. 7
тел. (302-2) 72 02 71, 28 20 95
E-mail: priem@kkb.chita.ru

от 03.12.2025 г. № 875 -о

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач
С.Н. Капустин

Информационное письмо

**О совершенствовании профилактики,
диагностики и лечения дислипидемий для
эффективной борьбы с атеросклерозом и его
сердечно-сосудистыми осложнениями**

Заведующий отделением ОАР ОКС

Д.О. Ростовцев

О совершенствовании профилактики, диагностики и лечения дислипидемий
для эффективной борьбы с атеросклерозом и его сердечно-сосудистыми
осложнениями

Актуальность: Дислипидемия (ДЛП) – ключевой модифицируемый фактор риска атеросклероза, лежащего в основе ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркта миокарда (ИМ), ишемического инсульта и заболеваний периферических артерий. Несмотря на доказанную эффективность липидснижающей терапии, в РФ сохраняются проблемы: недостаточный охват скринингом, поздняя диагностика, неадекватная интенсивность терапии и низкая приверженность лечению, что ведет к высокой распространенности и смертности от атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний (АССЗ).

Цель: Унификация подходов к выявлению, стратификации риска и коррекции дислипидемий на всех уровнях оказания медицинской помощи для снижения заболеваемости и смертности от АССЗ.

Ключевые направления работы:

1. Диагностика и скрининг: кому, когда и как?

- **Обязательный скрининг:** Всем взрослым ≥ 18 лет не реже 1 раза в 5 лет (в рамках диспансеризации). Пациентам из групп высокого и очень высокого риска – ежегодно.
- **Базовый липидный профиль («Липидная триада»):** Определение в сыворотке крови натощак (9-12 часов):
 - Общий холестерин (ОХС)
 - Холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) – основная цель лечения.
 - Холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП)
 - Триглицериды (ТГ)
- **Расчетные показатели:**
 - $\text{ХС не-ЛПВП} = (\text{ОХС} - \text{ХС-ЛПВП})$. Вторичная цель терапии.
 - Коэффициент атерогенности (КА) = $(\text{ОХС} - \text{ХС-ЛПВП}) / \text{ХС-ЛПВП}$.
- **Расширенная диагностика (по показаниям):** Липопротеин(а) – Lp(a) (однократное пожизненное определение), аполипопротеин В (АpoВ), электрофорез липопротеинов (при подозрении на наследственные ДЛП).

2. Стратификация сердечно-сосудистого риска (ССР) – основа для выбора тактики

Классификация пациентов по категориям риска (ESC/EAS Guidelines, 2019, адаптированные в РФ):

- Очень высокий риск: Наличие установленного АССЗ (ИБС, инсульт, поражение периферических артерий), СД с поражением органов-мишеней, тяжелая ХБП (СКФ <30 мл/мин/1.73 м²), SCORE $\geq 10\%$.
- Высокий риск: Значительно повышенные отдельные факторы риска (например, семейная гиперхолестеринемия – СГХС), СД (без поражения органов-мишеней) длительностью >10 лет, ХБП 3 стадии, SCORE в диапазоне 5-9%.
- Умеренный риск: SCORE в диапазоне 1-4%.
- Низкий риск: SCORE $<1\%$.

Примечание: SCORE – системная оценка коронарного риска.

3. Целевые уровни липидов в зависимости от категории риска

Основная стратегия – «чем выше риск, тем ниже цель». Лечение, нацеленное на достижение целевых уровней, доказанно снижает риск событий.

Категория риска	Основная цель: ХС-ЛПНП					Вторичная цель: ХС не-ЛПВП
Очень высокий	$<1,4$ ммоль/л и исходного*	снижение	$\geq 50\%$	от		$<2,0$ ммоль/л
Высокий	$<1,8$ ммоль/л и исходного	снижение	$\geq 50\%$	от		$<2,6$ ммоль/л
Умеренный	$<2,6$ ммоль/л					$<3,3$ ммоль/л
Низкий	$<3,0$ ммоль/л					-

* Двойной критерий: Необходимо и достичь целевого уровня, и снизить ХС-ЛПНП минимум на 50% от исходного для пациентов очень высокого риска (например, при вторичной профилактике).

4. Тактика лечения: ступенчатый подход и комбинированная терапия

- Базис терапии – статины: Препараты первого выбора для снижения ХС-ЛПНП. Титрация дозы до достижения цели. Не отменять при миалгиях! Рассмотреть снижение дозы, временную отмену, переход на другой статин или добавление коэнзима Q10. При истинной непереносимости – альтернативные препараты.
- Комбинированная терапия (при недостижении цели на максимально переносимой дозе статина):
 - Эзетимиб (ингибитор всасывания холестерина) – первая линия для комбинации.
 - При очень высоком риске и неконтролируемом ХС-ЛПНП ($\geq 1,8$ ммоль/л) на фоне статина+эзетимиба – добавить ингибитор PCSK9 (алирокумаб, эволокумаб). Особые показания: СГХС, непереносимость статинов, прогрессирование АССЗ на терапии.
- При гипертриглицеридемии ($\text{TГ} \geq 2.3$ ммоль/л): После достижения цели по ХС-ЛПНП рассматривать назначение омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (высоких доз икозапент этила), фибратов (с осторожностью в комбинации со статинами).

5. Особые формы дислипидемий

- Семейная гиперхолестеринемия (СГХС): Активное выявление методом каскадного скрининга в семьях. Цель ХС-ЛПНП – $< 1,4$ ммоль/л у взрослых. Показана ранняя и агрессивная терапия, часто с применением комбинаций (статины + эзетимиб + ингибиторы PCSK9).
- Дислипидемия при СД: Чаще смешанного типа ($\uparrow \text{TГ}$, $\downarrow \text{ЛПВП}$, мелкие плотные ЛПНП). Терапия статинами показана большинству пациентов с СД старше 40 лет независимо от исходного уровня ХС-ЛПНП. Приоритет – контроль ХС-ЛПНП.
- Дислипидемия при ХБП: Статины (кроме тяжелой терминальной ХБП). Фибраты противопоказаны при СКФ < 30 мл/мин.

6. Организационные мероприятия для улучшения помощи

- Внедрение в работу терапевта/кардиолога: Алгоритмов стратификации риска и «калькуляторов риска» (SCORE, ESC/EAS).
- Образование пациентов: Создание «Школ для пациентов с дислипидемией». Акцент на пожизненном характере терапии, так как атеросклероз – хроническое прогрессирующее заболевание.

- **Контроль приверженности:** Регулярный опрос по методике MMAS-8, объяснение безопасности и цели терапии.
- **Преемственность:** Четкое указание в выписном эпикризе из стационара категории риска, целевого уровня ХС-ЛПНП и плана терапии для участкового врача.
- **Скрининг Lp(a):** Рассмотреть включение в обследование пациентов с преждевременным АССЗ или отягощенным семейным анамнезом.

Рекомендации медицинским организациям:

1. Обеспечить доступность базового липидного профиля в первичном звене.
2. Провести циклы обучения для врачей по интерпретации липидограммы и современным принципам назначения липидснижающей терапии.
3. Внедрить в электронные медицинские карты (ЭМК) шаблоны с автоматическим расчетом SCORE и указанием целевых уровней липидов.
4. Организовать консультативную помощь врачам-кардиологам или липидологам для ведения пациентов с резистентными и наследственными формами ДЛП.

Своевременная диагностика, правильная оценка риска и достижение целевых уровней липидов являются краеугольным камнем в профилактике и лечении атеросклероза, позволяя существенно увеличить продолжительность и качество жизни пациентов.

Ответственные за исполнение: Руководители медицинских организаций, заведующие терапевтическими и кардиологическими отделениями, главные внештатные специалисты-терапевты и кардиологи.

Приложения (рекомендуемые):

1. Алгоритм диагностики и лечения дислипидемии для врача первичного звена (схема).
2. Таблица целевых уровней ХС-ЛПНП в зависимости от категории риска (памятка).
3. Шкала SCORE для расчета сердечно-сосудистого риска.
4. Памятка для пациента «Что нужно знать о холестерине и лечении статинами».