

Результаты расшифровки

Дата: 13.02.2026

Пользователь: Женщина, 52 лет



pro-analysis.ru

Тип анализа

Липидный профиль (жиры крови)

Сводная таблица результатов

Показатель	Результат	Норма (из бланка)	Статус
Общий холестерин	6.2 ммоль/л	< 5.2 ммоль/л	ВЫШЕ
Холестерин ЛПНП («плохой»)	3.8 ммоль/л	< 3.0 ммоль/л	ВЫШЕ
Холестерин ЛПВП («хороший»)	0.9 ммоль/л	> 1.2 ммоль/л	НИЖЕ
Триглицериды	2.6 ммоль/л	< 1.7 ммоль/л	ВЫШЕ

Интерпретация отклонений

У вас сочетание:

- повышенный общий холестерин
- повышенный «плохой» холестерин (ЛПНП)
- пониженный «хороший» холестерин (ЛПВП)
- повышенные триглицериды

Такой профиль характерен для **атерогенной дислипидемии**, часто связанной с:

- набором веса, особенно в области талии (абдоминальное ожирение)
- повышенным давлением
- нарушением углеводного обмена (инсулинорезистентность, преддиабет)
- менопаузой (снижение защитного влияния эстрогенов)
- избытком сладкого и выпечки

Это состояние:

- повышает риск атеросклероза сосудов
- увеличивает вероятность инфаркта и инсульта в ближайшие годы, если ничего не менять

Общий холестерин — 6.2 ммоль/л (выше нормы)

- Отражает суммарный уровень всех фракций холестерина.
- Сам по себе важен меньше, чем соотношение ЛПНП/ЛПВП и уровень триглицеридов, но в вашем случае все три показателя неблагоприятны.

ЛПНП («плохой» холестерин) — 3.8 ммоль/л (выше нормы)

- Основной фактор риска атеросклероза.
- При наличии факторов риска (возраст >50, повышенное давление, лишний вес, возможное нарушение углеводного обмена) целевой уровень ЛПНП обычно **ниже 2.6 ммоль/л**, а иногда и **ниже 1.8 ммоль/л** (в зависимости от общего сердечно-сосудистого риска).

ЛПВП («хороший» холестерин) — 0.9 ммоль/л (ниже нормы)

- ЛПВП защищает сосуды, «выводя» холестерин.
- Низкий ЛПВП — дополнительный фактор риска инфаркта и инсульта, особенно в сочетании с высоким ЛПНП и триглицеридами.

Триглицериды — 2.6 ммоль/л (выше нормы)

- Часто повышаются при:
- избытке сладкого и быстрых углеводов
- абдоминальном ожирении
- инсулинорезистентности/преддиабете/диабете
- малоподвижном образе жизни
- Высокие триглицериды + низкий ЛПВП + повышенный ЛПНП — типичная картина **метаболического синдрома**.

Комплексная оценка

С учётом:

- возраста (52 года, менопауза)
- набора веса, особенно в области талии
- повышенного давления и одышки
- выраженных нарушений липидного профиля

Картина **подозрительна на метаболический синдром и высокий сердечно-сосудистый риск.**

Это не диагноз, но сочетание факторов говорит, что откладывать обследование и коррекцию нельзя.

Рекомендуемые дополнительные анализы и обследования

- 1. Глюкоза натощак и гликированный гемоглобин (HbA1c)**
 2. Оценка преддиабета/диабета и инсулинорезистентности.
 - 3. Инсулин натощак и индекс HOMA-IR (по назначению врача)**
 4. Для оценки инсулинорезистентности.
 - 5. Общий анализ крови**
 6. Общая оценка состояния, скрытые воспалительные процессы, анемия.
 - 7. Биохимия крови:**
 8. АЛТ, АСТ, ГГТ, щелочная фосфатаза, билирубин — оценка печени (на фоне лишнего веса возможен жировой гепатоз).
 9. Креатинин, мочевины, расчет СКФ — оценка функции почек.
 10. Глюкоза (если отдельно не сдавали).
 - 11. Гормоны щитовидной железы: ТТГ, свободный Т4**
 12. Гипотиреоз может способствовать набору веса и повышению холестерина.
 - 13. ЭКГ, при необходимости ЭхоКГ и УЗИ сосудов шеи**
 14. Оценка состояния сердца и сосудов.
 - 15. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД)**
 16. Для подтверждения гипертонии и подбора терапии.
-

К какому врачу обратиться

- 1. Кардиолог**
2. Оценка сердечно-сосудистого риска.
3. Решение вопроса о необходимости приёма статинов и других препаратов для снижения холестерина и давления.
- 4. Эндокринолог**
5. Оценка метаболического синдрома, инсулинорезистентности, преддиабета/диабета.

6. Коррекция веса, подбор терапии при необходимости.

7. Гинеколог (по менопаузе)

8. Обсуждение симптомов менопаузы, возможной гормональной или негормональной терапии, влияющей и на сосудистый риск.

Общие рекомендации (до визита к врачу)

Это не замена лечению, а базовые шаги, которые почти всегда безопасны и полезны:

1. Питание (особенно важно при тяге к сладкому):

2. Максимально ограничить:

- сладкое, выпечку, белый хлеб, сладкие напитки, соки
- колбасы, фастфуд, жареное, маргарин, кондитерские жиры

3. Увеличить:

- овощи (не картофель) — не менее 400–500 г/сутки
- цельнозерновые продукты (гречка, овсянка, бурый рис)
- рыбу 2–3 раза в неделю (особенно морскую жирную)
- растительные масла (оливковое, рапсовое) вместо сливочного в избытке

4. Белок в каждом приёме пищи (рыба, птица, бобовые, творог) — помогает снижать тягу к сладкому.

5. Режим приёмов пищи:

6. Регулярные приёмы пищи 3–4 раза в день, без длительных голодовок, которые провоцируют срывы на сладкое.

7. Сладкое, если совсем не получается исключить, — только после основного приёма пищи, в небольшом количестве.

8. Физическая активность (с учётом одышки):

9. Начать с ходьбы в комфортном темпе 20–30 минут в день, 5–6 раз в неделю.

10. Постепенно увеличивать длительность до 40–60 минут, ориентируясь на самочувствие.

11. Лестницу использовать как «тренажёр», но без фанатизма: если появляется выраженная одышка, боль в груди, перебои в сердце — остановиться и обсудить это с врачом.

12. Контроль давления:

13. Измерять АД дома 1–2 раза в день, записывать показатели.

14. При стойких значениях $\geq 140/90$ мм рт. ст. — обязательно очно к врачу для подбора терапии.

15. **Контроль веса и талии:**

16. Взвешивание 1 раз в неделю.

17. Измерение окружности талии: для женщин желательно $< 80-88$ см; больше — повышенный риск.

Если хотите, могу помочь составить более конкретный план питания и физической активности с учётом ваших жалоб и цели по весу.

▲ Важное уведомление

Данная расшифровка носит исключительно информационный характер и не является медицинской консультацией, диагнозом или рекомендацией к лечению. Интерпретация результатов анализов должна проводиться квалифицированным врачом с учётом вашей истории болезни и клинической картины.