

О новой версии рекомендаций по коррекции дислипидемии с целью профилактики атеросклероза и его осложнений

В. В. Кухарчук

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, г. Москва

About the new version of recommendations for the correction of dyslipidemia in order to prevent atherosclerosis and its complications

V. V. Kukharchuk

Для цитирования: Кухарчук ВВ. Атеросклероз и дислипидемии. О новой версии рекомендаций по коррекции дислипидемии с целью профилактики атеросклероза и его осложнений. 2020;1(38):5-6. DOI: 10.34687/2219-8202.IAD.2020.01.0001

В настоящем номере читателю представлена новая версия Российских рекомендаций по коррекции дислипидемии, подготовленная экспертами Российского национального общества атеросклероза, Российского общества кардиологов и Российского общества эндокринологов. VI версия Рекомендаций была выпущена в 2017 году и, казалось бы, прошел небольшой срок, чтобы предлагать новую версию [1]. Однако для такого пересмотра есть веские причины. В 2019 году Европейское общество кардиологов и Европейское общество атеросклероза выпустили новую версию по коррекции дислипидемии, в которой отражены принципиально новые позиции по целевым уровням липидов и липопротеидов, по оценке сердечно-сосудистого риска [2]. Появились новые подходы к терапии дислипидемии в виде назначения моноклональных антител к пропротеин-конвертазе субтилизин/кексин типа 9 (PCSK9). Наконец, существенные изменения произошли в особенностях коррекции дислипидемии (ДЛП) у различных групп пациентов, в первую очередь у больных с сахарным диабетом (СД), семейной гиперхолестеринемией, пожилых, женщин и других категорий пациентов. Как в европейских, так и в российских рекомендациях выражается озабоченность сохраняющейся высокой распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В странах постсоветского пространства уровень смертности от ССЗ превышает 350 на 100 000 населения. Показатель очень высокий. Становится понятно, почему нужно адаптировать существующие рекомендации и внести в них информацию о последних достижениях в области диагностики, профилактики и терапии ДЛП.

Каковы же основные положения, представленные в настоящей версии рекомендаций? Прежде всего обозначены новые подходы к оценке категории риска. Если ранее врача ориентировали на оценку риска главным образом по показателям шкалы SCORE, то в новой версии рекомендаций в сомнительных

случаях рекомендуется прибегнуть к дуплексному сканированию сонных артерий и при наличии бляшки в этих сосудах переводить больного в категорию более высокого риска. Также важную роль в оценке риска может играть исследование МСКТ коронарных артерий с оценкой кальциевого индекса. Индекс коронарного кальция, превышающий 100 ед., свидетельствует в пользу очень высокого риска и дает основание к проведению коронарографии у такого пациента. В Европейских рекомендациях внесены принципиальные изменения и в шкалу SCORE. Расширен возрастной диапазон шкалы, и если раньше возраст ограничивался 65 годами, то теперь верхняя возрастная граница составляет 70 лет. Из оценки липидного профиля исчезла цифра 8 ммоль/л для общего холестерина (ХС), она поменялась на 7 ммоль/л. Такое нововведение понятно, поскольку уровень ХС > 8 ммоль/л автоматически относит пациента к категории очень высокого риска (как правило, такой уровень характерен для лиц с семейной гиперхолестеринемией). Очевидно, что эти изменения нашли отражение и в Российских рекомендациях.

Из дополнительных биохимических маркеров риска в Европейских рекомендациях указывается на уровень липопротеида (а) как важного маркера атеротромбоза при его превышении значения 50 мг/дл. В Российских рекомендациях наши эксперты считают, что пороговый уровень липопротеида (а) должен быть < 30 мг/дл. Эти цифры основаны на длительном изучении патогенной роли липопротеида (а) в Кардиологическом центре и в ряде других научно-исследовательских учреждений.

Наиболее важное событие последнего времени, нашедшее отражение в Европейских, а теперь и в Российских рекомендациях – изменение целевого уровня ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) для различных категорий сердечно-сосудистого риска. Если ранее для пациентов категории очень высокого риска целевой уровень составлял

1,8 ммоль/л, то теперь это значение снизилось до 1,4 ммоль/л. Новое значение основывается на результатах, полученных в последних рандомизированных клинических исследованиях FOURIER и ODYSSEY-OUTCOMES [3, 4]. В этих исследованиях изучались ингибиторы PCSK9 – эволокумаб и алирокумаб – на фоне интенсивной терапии статинами у больных с высоким сердечно-сосудистым риском и острым коронарным синдромом. Исследования показали наряду с выраженным снижением ХС ЛНП (в ряде случаев до уровня ниже 1 ммоль/л) дополнительное снижение частоты сердечно-сосудистых осложнений, таких как инфаркт миокарда и ишемический инсульт, а также снижение частоты ревазуляризации миокарда. В связи с этим в Российских рекомендациях впервые позиционируется новая категория риска – пациенты с экстремальным риском. В основном это больные, у которых, несмотря на терапию максимально высокими дозами статинов в комбинации с эзетимибом, в течение ближайшего года наблюдаются повторные сердечно-сосудистые осложнения. В предлагаемом VII пересмотре Рекомендаций указывается на возможность достижения в этих случаях целевого уровня ХС ЛНП < 1 ммоль/л.

В последней версии гораздо шире отражены особенности коррекции дислипидемии у отдельных групп пациентов, в частности у больных с СД. Распространенность СД стремительно растет в популяции и эффективное лечение этого заболевания – залог профилактики многочисленных сердечно-сосудистых осложнений, присущих СД. Последние годы

ознаменовались появлением новых классов гипогликемических средств, оказывающих существенное влияние на предотвращение сердечно-сосудистых осложнений. К ним, в частности, относятся селективные ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (эмпаглифлозин, дапаглифлозин), агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (лираглутид, дулаглутид). Время показывает, что кардиологи должны, конечно, совместно с эндокринологами, шире прибегать к назначению этих препаратов.

Наконец, представлены особенности коррекции ДЛП у женщин, пожилых лиц, больных с семейной гиперхолестеринемией, у больных с острым коронарным синдромом и у больных с интервенционными вмешательствами на коронарных артериях.

В заключение еще раз отметим, что нарушения липидного обмена являются одним из важных факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом. Своевременная и правильная диагностика дислипидемии – необходимый компонент рациональной профилактики и терапии атеросклероза. Предлагаемые рекомендации призваны помочь врачам, работникам здравоохранения организовать рациональные профилактические и лечебные мероприятия, которые позволят существенно снизить заболеваемость и смертность от атеросклероза и его осложнений. Редакция журнала будет благодарна за отзывы, комментарии, дискуссионные вопросы, которые, возможно, появятся у читателя при ознакомлении с этим документом.

Список литературы

1. Ezhov M.V., Sergienko I.V., Aronov D.M., Arabidze G.G., Akhmedzhanov N.M., Bazhan S.S., Balakhonova T.V., Barbarash O.L., Boytsov S.A., Bubnova M.G., Voevoda M.I., Galyavich A.S., Gornyakova N.B., Gurevich V.S., Drapkina O.M., Duplyakov D.V., Eryogin S.Ya., Zubareva M.Yu., Karpov R.S., Karpov Yu.A., Koziołova N.A., Kononov G.A., Konstantinov V.O., Kosmacheva E.D., Martynov A.I., Nebieridze D.V., Pokrovsky S.N., Ragino Yu.I., Skibitsky V.V., Smolenskaya O.G., Chazova I.E., Shalnova S.A., Shaposhnik I.I., Kukharchuk V.V. *Diagnosis and correction of lipid metabolism disorders in order to prevent and treat atherosclerosis. Atherosclerosis and dyslipidemia. 2017; 3 (28): 5–22. Russian (Ежов М.В., Сергиенко И.В., Аронов Д.М., Арабидзе Г.Г., Ахмеджанов Н.М., Бажан С.С., Балахонова Т.В., Барбараш О.Л., Бойцов С.А., Бубнова М.Г., Воевода М.И., Галевич А.С., Горнякова Н.Б., Гуревич В.С., Драпкина О.М., Дупляков Д.В., Ерёгин С.Я., Zubareva M.Yu., Карпов Р.С., Карпов Ю.А., Козиолова Н.А., Коновалов Г.А., Константинов В.О., Космачева Е.Д., Мартынов А.И., Небиеридзе Д.В., Покровский С.Н., Рагино Ю.И., Скибицкий В.В., Смоленская О.Г., Чазова И.Е., Шальнова С.А., Шапошник И.И., Кухарчук В.В. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Атеросклероз и дислипидемии. 2017; 3(28): 5–22).*
2. Mach F., Baigent C., Catapano A.L., Koskinas K.C., Casula M., Badimon L., Chapman M.J., De Backer G.G., Delgado V., Ference B.A., Graham I.M., Halliday A., Landmesser U., Mibaylova B., Pedersen T.R., Riccardi G., Richter D.J., Sabatine M.S., Taskiran M.R., Tokgozoglul., Wiklund O.; ESC Scientific Document Group. *2019ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias:lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020 Jan 1; 41 (1): 111–188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.*
3. Sabatine M.S., Giugliano R.P., Keech A.C., Honarpour N., Wiviott S.D., Murphy S.A., Kuder J.F., Wang H., Liu T., Wasserman S.M., Sever P.S., Pedersen TR; FOURIER Steering Committee and Investigators. *Further Cardiovascular Outcomes Research with PCSK9 Inhibition in Subjects with Elevated Risk (FOURIER) Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. N Engl J Med. 2017; 376: 1713–1722.*
4. Schwartz G.G., Steg P.G., Szarek M., Bhatt D.L., Bittner V.A., Diaz R., Edelberg J.M., Goodman S.G., Hanotin C., Harrington R.A., Jukema J.W., Lecorps G., Mabaffey K.W., Moryusef A., Pordy R., Quintero K., Roe M.T., Sasiela W.J., Tamby J.F., Tricoci P., White H.D., Zeiber A.M.; ODYSSEY OUTCOMES Committees and Investigators. *Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. N Engl J Med. 2018; 379: 2097–2107.*