

# Комментарий к последней версии рекомендаций «Руководство по лечению дислипидемий», подготовленного Рабочей группой по лечению дислипидемий Европейского кардиологического общества (ЕКО) и Европейского общества по изучению атеросклероза (ЕОА) при участии Европейской ассоциации профилактики сердечнососудистых заболеваний и реабилитации

Кухарчук В.В.  
РКНПК МЗ и СР РФ, Москва

Читателю предлагается документ, в котором впервые подробно изложена проблема дислипидемии, как одного из важнейших факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и в первую очередь ИБС, которая продолжает оставаться ведущей причиной смерти в развитых и развивающихся странах мира. В подготовке рекомендаций приняли участие ведущие специалисты двух обществ – Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза, ученые с мировым именем не только в области атеросклероза, но также эксперты в областях первичной и вторичной профилактики ССЗ, метаболического синдрома и сахарного диабета. Авторы намеренно уходят от краткой формы изложения последних научных и практических достижений в области липидологии и профилактики ССЗ с целью дать практикующим врачам более детальные и глубокие представления о многочисленных нарушениях липидного обмена и связанных с ним заболеваний. В настоящее время весь мир с тревогой наблюдает за ростом таких факторов риска ССЗ как ожирение, метаболический синдром и сахарный диабет (СД) в популяции. Перечисленные состояния характеризуются выраженными нарушениями липидного обмена, которые имеют свои особенности диагностики и лечения. Достаточно сказать, что до недавнего времени повышенный уровень триглицеридов (ТГ) плазмы крови не считался опасным для развития атеросклероза, и все внимание уделялось в основном холестерину липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), как главному атерогенному фактору. Однако результаты исследований последних лет показали принципиально новые подходы к оценке липидных нарушений у больных с метаболическими нарушениями. В клинической практике начали оценивать новые липидные параметры, такие как уровень холестерина, не связанного с липопротеинами высокой плотности, уровень апопротеина В, соотношение апо В/апо А, количество липопротеи-

новых частиц, содержащих апопротеин В. Перечисленные параметры более точно отражают уровень атерогенных частиц в плазме крови, который может быть высоким несмотря на формально нормальные значения уровней общего ХС и ХС ЛПНП.

Однако, любые нарушения липидного обмена по большей части для своего клинического проявления требуют сопутствующих внешних факторов, которые хорошо известны как факторы риска. Собственно с изложения новых тенденций в оценке факторов риска и начинаются рекомендации. Что же нового в этом аспекте мы узнаем из рекомендаций? Прежде всего, авторы вносят изменения в интерпретацию таблицы оценки риска SCORE. Известно, что в США и Канаде для оценки риска ССЗ пользуются Фрамингемской шкалой, которая позволяет оценить риск развития ИБС в ближайшие 10 лет. В Европе для этой цели предложена шкала SCORE, по которой в отличие от Фрамингемской, оценивается риск смерти от ССЗ в течение ближайших 10 лет. Эта разница обусловлена большим разнообразием уклада жизни в Европейских странах и разным уровнем развития медицины, что может влиять на развитие коронарной болезни сердца. Поэтому оценка риска ССЗ в Европе по Фрамингемской шкале может существенно варьировать не только между различными регионами, но и отдельными странами. Вот почему в Европе за конечную точку события в течение ближайших 10 лет, взяли не развитие ИБС, а коронарную смерть, на констатацию которой не столь влияют ошибки в диагностике и разном уровне обследования и лечения больных в европейских странах. С другой стороны, разные подходы к оценке конечных точек в Европейских и американских рекомендациях вносят определенную путаницу при оценке риска, его классификации и выработки единой терапевтической стратегии. В настоящих рекомендациях сделана попытка нивелировать разницу между двумя существующими системами оценки риска.

Авторы Европейских рекомендаций предлагают с помощью шкалы SCORE оценивать риск не только развития фатального исхода заболевания, но и риск развития других сердечно-сосудистых событий, в частности ИБС. Оказывается, что если просто умножить на 3 у мужчин и на 4 у женщин показатель риска для фатального исхода по шкале SCORE, то полученное значение (в процентах) будет представлять показатель риска для развития ИБС. Авторы еще раз подчеркивают то обстоятельство, что система SCORE подходит для ее применения у пациентов без явной сердечно-сосудистой патологии, СД, хронических заболеваний почек или очень высокого уровня индивидуального риска, так как такие пациенты, без всякого расчета, относятся к группе высокого риска и нуждаются в интенсивной коррекции факторов риска.

Отдельно в рекомендациях рассматривается вопрос о молодых пациентах с высоким уровнем риска. Низкий абсолютный риск, который получается при формальном подсчете составляющих компонентов шкалы SCORE, может маскировать очень высокий, прогрессирующий с возрастом, относительный риск развития ССЗ, который требует активного вмешательства по изменению образа жизни и возможно, даже медикаментозной терапии. Поэтому таблица оценки абсолютного риска в рекомендациях дополнена таблицей относительного риска, которая помогает оценить его степень у лиц молодого возраста и своевременно начать превентивные мероприятия.

Другим важным новшеством настоящих рекомендаций является включение в систему оценки риска ССЗ показателя ЛПВП, который ранее не принимался в расчет, хотя многие специалисты считали его отсутствие в системе наиболее ее уязвимым и слабым местом. Специальная таблица, по сути приложение к таблице SCORE, с различными значениями уровня ХС ЛПВП должна помочь врачу более точно определить степень риска. Это особенно важно для ее уточнения у лиц, относящихся к категории низкого и умеренного риска развития ССЗ. Следует отметить, что такие биохимические показатели риска как триглицериды, высокочувствительный С-реактивный белок (вЧСРБ), гомоцистеин, липопротеин(а) и липопротеин-ассоциированная фосфолипаза А2 не включены в оценочную шкалу SCORE с оговоркой, что эти параметры оказывают лишь умеренное влияние на степень риска. Конечно, по этому поводу можно подискутировать с авторами рекомендаций, принимая во внимание тот факт, что в США и Канаде эти параметры, в особенности уровень вЧСРБ, липопротеина(а), уже учитываются при оценке риска ССЗ.

Хорошо известно, что СД - заболевание, в несколько раз увеличивающее риск развития инфаркта миокарда (ИМ), инсульта и диабетической ангиопатии почек, глазного дна и нижних конечностей. В новом документе рекомендуется при оценке риска по шкале SCORE у больных с СД, полученный

показатель умножить на 5 у женщин (именно во столько раз возрастает риск ССЗ у больных СД женщин) и на 3 у мужчин.

Что касается терапии нарушений липидного обмена, то по настоящим рекомендациям, она строится в зависимости от категории риска у конкретного пациента. Если до недавнего времени целевой уровень ХС ЛПНП для лиц с высоким риском составлял 2,5 ммоль/л, то сегодня считается целесообразным достигать уровня ХС ЛПНП равного или даже ниже 1,8 ммоль/л. Такой же низкий уровень ХС ЛПНП должен быть при проведении терапии у больных с очень высоким риском ССЗ.

Немедикаментозные мероприятия делают акцент на изменение диеты и повышение уровня физической активности. Диетические рекомендации изложены подробно и написаны таким образом, чтобы читатель мог понять, как должна строиться диета в зависимости от типа дислипидемии. Что касается пищевых добавок, то к их назначению рекомендуется прибегать в особых случаях. Авторы справедливо отмечают, что имеющаяся в настоящее время информация о функциональных продуктах питания (пищевых добавках) достаточно ограничена; основной проблемой является отсутствие в этой области надлежащих клинических исследований. Это положение также относится к растительным стеролам и станолам.

Что касается рекомендаций о повышении физической активности, то акцент делается на умеренное снижение массы тела и регулярные физические нагрузки аэробной направленности средней интенсивности, которые весьма эффективны для предотвращения развития абдоминального ожирения, метаболического синдрома и сахарного диабета 2 типа. Пациентам предложено рекомендовать ежедневные физические упражнения по 30 минут в день. К сожалению, что эти рекомендации, как и вообще рекомендации по физической активности, носят довольно общий характер, и врачу придется самому выбирать, какой вид физической активности приемлем для того или иного пациента в зависимости от его возраста, рода занятий, массы тела и т.д.

Особое место в рекомендациях уделено вопросам медикаментозной терапии. Подробно представлены все классы гиполлипидемических средств, особенности их назначения в зависимости от степени риска ССЗ и вида дислипидемии. С сожалением приходится констатировать, что в России отсутствуют такие эффективные гиполлипидемические средства, как никотиновая кислота (форма замедленного высвобождения), секвестранты желчных кислот, питавастатин, гемфиброзил. Остается надеяться, и к этому нужно приложить определенные усилия, чтобы вышеназванные препараты были зарегистрированы в России и появились в аптечной сети, тем более, что в настоящее время во всем мире все шире прибегают к назначению комбинированной терапии.

Большой интерес представляет раздел, посвященный коррекции нарушений липидного обмена при различных клинических ситуациях и в различных группах населения. Врач узнает об особенностях липид-корректирующей терапии у больных СД 1 и 2-го типов, у больных, перенесших трансплантацию органов, ВИЧ инфицированных, больных с наследственными нарушениями липидного обмена, острым коронарным синдромом и рядом других патологических состояний. Принципиально новым является положение о том, что сегодня мало ограничиваться достижением целевого уровня только для ХС ЛПНП, необходимо также ориентироваться на целевые уровни ХС, не связанного с липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), уровнями ХС ЛПВП и апо-В, в особенности у больных с ожирением, метаболическим синдромом и СД 2-го типа. В рекомендациях важное место занимают вопросы контроля эффективности и безопасности терапии. Показана периодичность проведения тестов по выявлению дисфункции печени и поражению мышечной ткани. Эти вопросы тесно увязываются с вопросами повышения приверженности к терапии с учетом того, что во многих странах отмечается низкая приверженность, в частности, к гиполипидемической терапии. Этот вопрос особенно актуален для развивающихся стран и стран с низким уровнем социально-экономического развития. В России, по данным отечественных наблюдательных исследований, уровень приверженности к терапии статинами составляет примерно 30% в крупных городах в то время как в остальных регионах зачастую не превышает 5% (данные исследования ОСКАР). По этим показателям мы находимся на уровне стран с низким социально-экономическим уровнем.

В рекомендациях есть некоторые места, которые носят дискуссионный характер. Например, рекомендация назначать омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты больным, перенесшим ИМ, с антиаритмической целью выглядит неубедительно. Такие данные были получены из итальянского исследования GISSI-Prevenzione study; однако дальнейшие исследования не подтвердили какой-либо антиаритмической активности этих препаратов. Их основное назначение - снижать уровень ТГ при назначении в высоких дозах. Касаясь вопроса об эффективности применения гиполипидемической терапии у больных с атеросклерозом артерий сетчатки, в рекомендациях констатируется, что соответствующих исследований на этот счет не проводилось. Странно, почему авторы не упоминают исследований FIELD и ACCORD, в которых было показано, что прием фенофибрата, в виде монотерапии или в комбинации с симвастатином, снижает не только частоту лазерной ревазуляризации сосудов у больных с диабетической ангиопатией сетчатки, но и предупреждает развитие этого осложнения.

В целом же хочется заключить, что Европейское общество кардиологов совместно с Европейским обществом атеросклероза подготовили всеобъемлющий документ по коррекции дислипидемии, как одного из основных факторов риска развития тяжелых сердечнососудистых осложнений. Эти рекомендации могут существенно помочь специалистам, работающим в области профилактики, диагностики и лечения атеросклероза, а также практическим врачам, кардиологам, эндокринологам для принятия решений в сложных ситуациях.