

Деякі аспекти сучасних рекомендацій з лікування дисліпідемій



Порушенню обміну ліпідів як чиннику модифікованого кардіоваскулярного ризику сьогодні приділяють велику увагу, про що свідчать нові європейські рекомендації з лікування дисліпідемій (консенсус Європейського товариства кардіологів і Європейського товариства атеросклерозу, 2011). 2011 року вийшли у світ нові рекомендації Асоціації кардіологів України, у яких подано оцінку терапевтичних підходів, які використовують під час лікування і профілактики дисліпідемій, з точки зору існуючих класів рекомендацій і рівнів доказовості. Прокоментувати новий документ ми попросили керівника відділу дисліпідемій Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України, доктора медичних наук, професора Олену Іванівну Мітченко.

– Сучасні рекомендації з лікування, діагностики і профілактики дисліпідемій свідчать про те, що корекції цього важливого чинника кардіоваскулярного ризику сьогодні приділяють особливу увагу. У новому керівництві принципи оцінки ризику визначені таким чином.

1. Пацієнти із установленим ССЗ, ЦД 2 типу, ЦД 1 типу з мікроальбумінурією, з дуже високими проявами тільки одного фактора ризику (загальний ХС >8 ммоль/л (320 мг/дл), ХС ЛПНЩ >6 ммоль/л (240 мг/дл), АТ >180/110 мм рт. ст.), хронічним захворюванням нирок (ХЗН) класифікуються як пацієнти з високим і дуже високим рівнем кардіоваскулярного ризику і потребують активної модифікації всіх факторів ризику.

2. Для всіх інших пацієнтів треба використовувати таблицю SCORE (рис. 1) з метою оцінки загального кардіоваскулярного ризику, оскільки дуже багато хворих мають комбінацію факторів ризику, що може призвести до несподівано високого рівня ризику, який негайно треба модифікувати. Індивідуальний 10-річний ризик серцево-судинної смертності визначається за таблицями SCORE відповідно до статі пацієнта, статусу курця, віку, артеріального тиску та рівня загального ХС (рис. 1).

Крім того, під час розробки оцінювальної шкали ризику SCORE для пацієнтів з дисліпідеміями запропоновано чотири таблиці залежно від рівня ХС ЛПВЩ (рис. 2-5).

У цілому, визначення ліпідного профілю рекомендують особам із установленою ішемічною хворобою серця, артеріальною гіпертензією (АГ), ЦД 2 типу, які мають індекс маси тіла >30 кг/м² (або об'єм талії >94 см у чоловіків і >94 см у жінок), з несприятливим родинним анамнезом стосовно раннього розвитку кардіоваскулярних захворювань, із ХЗН, родинною дисліпідемією, курцям. Крім того, можна орієнтуватися на вікові критерії, зокрема, доцільним є визначення ліпідного профілю у чоловіків віком понад 40 і в жінок віком понад 50 років.

Як сказано в рекомендаціях, найчастіше шляхом лабораторних досліджень визначають три складових ліпідного спектра: ЗХС, ТГ і ХС ЛПВЩ (обчислення дійсне при значеннях ТГ <4,5 ммоль/л). Показник ХС ЛПНЩ обчислюють за формулою Friedewald у ммоль/л: ХС ЛПНЩ = ЗХС – ХС ЛПВЩ.

Визначення прогностично значимого ХС ЛПНЩ рекомендовано здійснювати під час первинного аналізу ліпідного профілю до початку лікування. Останні показники (ТГ, ХС не-ЛПВЩ, апопротеїн В, апопротеїн (а) бувають необхідні в певних ситуаціях для здобуття додаткової інформації, уточнення тактики лікування або в разі високого кардіоваскулярного ризику.

При неможливості визначення ХС ЛПНЩ слід використовувати такі цільові рівні загального ХС згідно з Європейськими рекомендаціями (2007): менше 5 ммоль/л для загальної популяції, менше 4,5 ммоль/л для пацієнтів з високим ризиком та менше 4,0 ммоль/л для пацієнтів з дуже високим ризиком.

Головною метою більшості стратегій лікування дисліпідемій та індикатором відповіді на гіполіпідемічну терапію є ХС ЛПНЩ, цільові рівні якого визначають залежно від ступеня ризику в пацієнтів (табл. 1).

Основними препаратами для лікування гіперхолестеринемії є статини, які призначають у максимально рекомендованих або в максимально переносимих дозах для досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ (клас I, рівень доказовості А). Вибір препарату цієї групи доцільно здійснювати з урахуванням необхідного відсотка зниження ХС ЛПНЩ, який визначають за допомогою таблиці 2. У нових рекомендаціях з лікування дисліпідемій вказано на доцільність використання метааналізу ефективності статинів (рис. 6) під час вибору препарату і визначення його дози. Результати цього метааналізу свідчать про те, що найбільш вираженим гіполіпідемічним ефектом володіють аторвастатин і розувастатин. Аторвастатин – добре вивчений препарат, який володіє великою доказовою базою ефективності й безпеки. Сьогодні аторвастатин (Аторис) та розувастатин (Роксерс), як і інші статини, доступні українським пацієнтам завдяки появі на ринку якісних генериків, у тому числі у вигляді вищезазначених препаратів фірми KRKA. Між тим в Україні частота призначення статинів залишається дуже низькою, і ці препарати отримують не більше ніж 2% пацієнтів від усіх, які потребують гіполіпідемічної терапії. Проте цю ситуацію не можна виправдати економічною недоступністю статинів. Якщо ж урахувати, що лідируючі позиції у структурі аптечних продажів, як і раніше, утримують метаболічні препарати, то варто зробити висновок про недостатню роботу українських лікарів з пацієнтами, що призводить до невиправданих фінансових витрат хворих і держави, оскільки відмова від корекції важливого чинника ризику – дисліпідемії – збільшує можливість розвитку кардіоваскулярних катастроф, які є провідними причинами смертності й інвалідності в нашій країні. Як наступний крок ліпідознижувальної терапії запропоновано використовувати комбінацію статинів з фібратами (фенофібратом), секвестрантами жовчних кислот або нікотиновою кислотою (НаВ), а також інгібіторами абсорбції холестерину (ПвС). Нові рекомендації включають розділи зі зміни способу життя і дієтичного харчування, які сьогодні розглядають як самостійні чинники, що прямо або опосередковано (через АГ, рівні ліпідів і глюкози) впливають на атерогенез. Крім того, даються рекомендації з лікування пацієнтів із гіпертригліцеридемією, зниженим рівнем ХС ЛПВЩ, для особливих категорій хворих (похилого віку, із ЦД 2 типу, ХЗН, захворюванням периферичних артерій і т.д.).

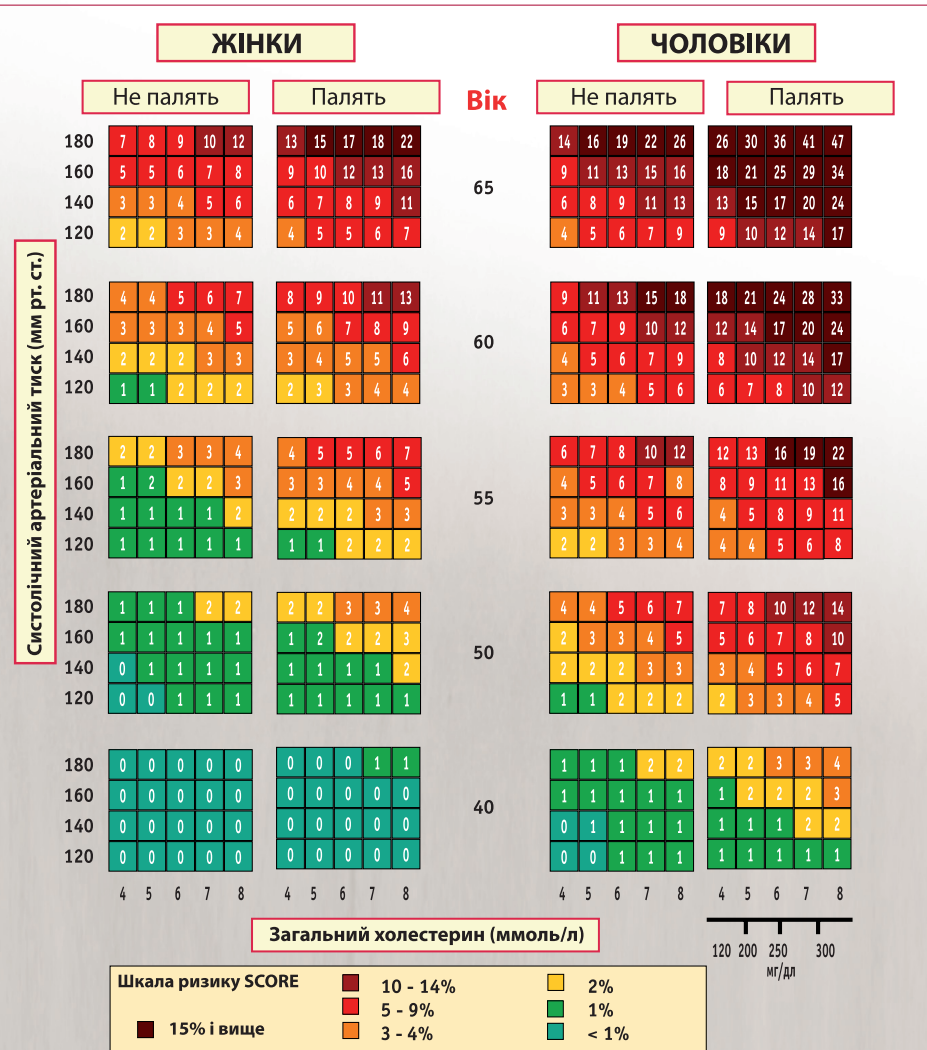


Рис. 1. 10-річний ризик фатальних серцево-судинних захворювань у європейських регіонах високого ризику з урахуванням статі, віку, систолічного артеріального тиску, рівня ЗХС і куріння. Щоб обчислити загальний серцево-судинний ризик (фатальних + нефатальних) серцево-судинних захворювань, результат треба помножити на 3 у чоловіків та на 4 – у жінок. Примітка: діаграма використовується лише для пацієнтів без явних серцево-судинних захворювань, ЦД, ХЗН або значного підвищення рівня тільки одного фактора ризику.

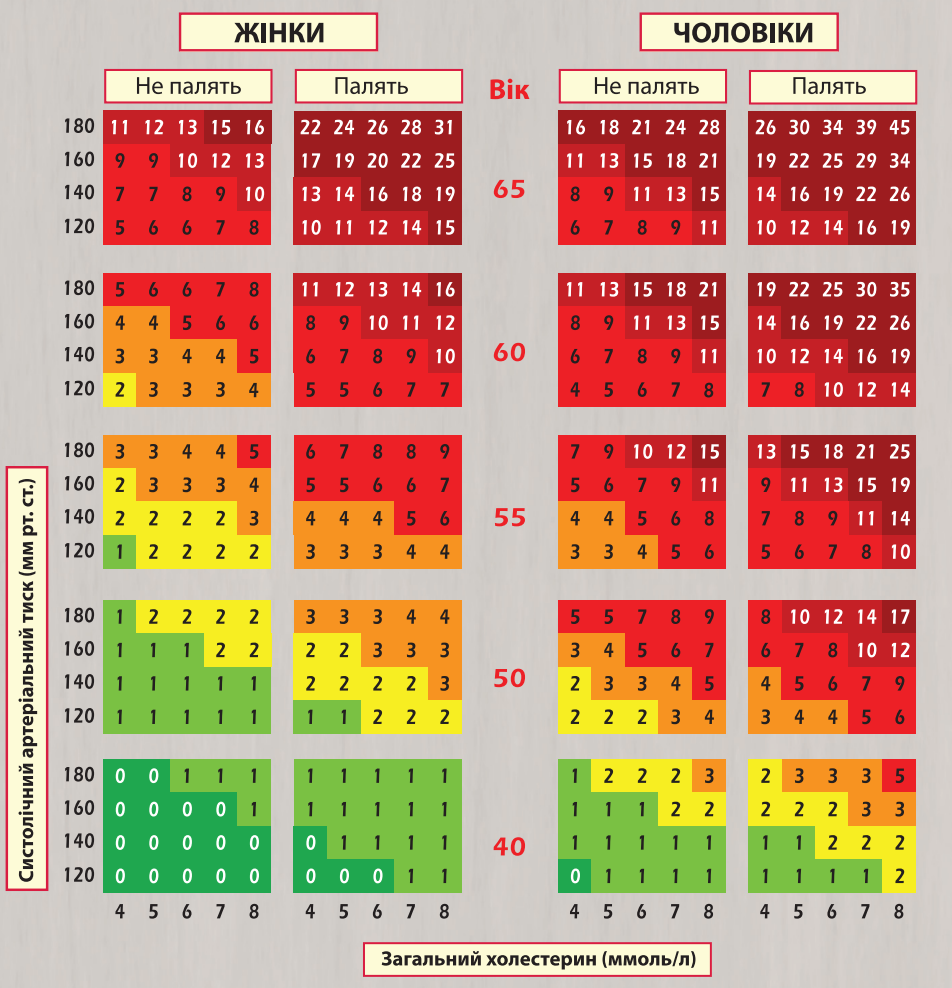
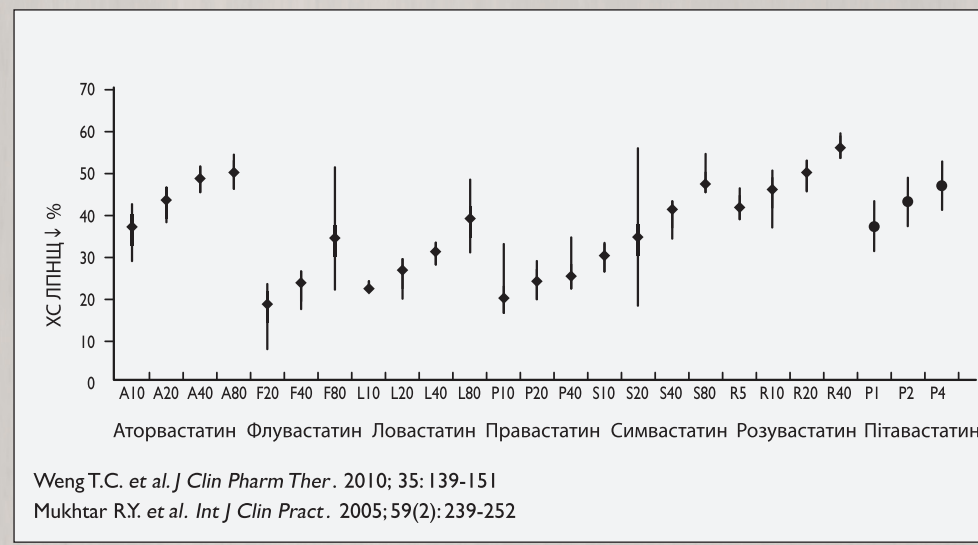
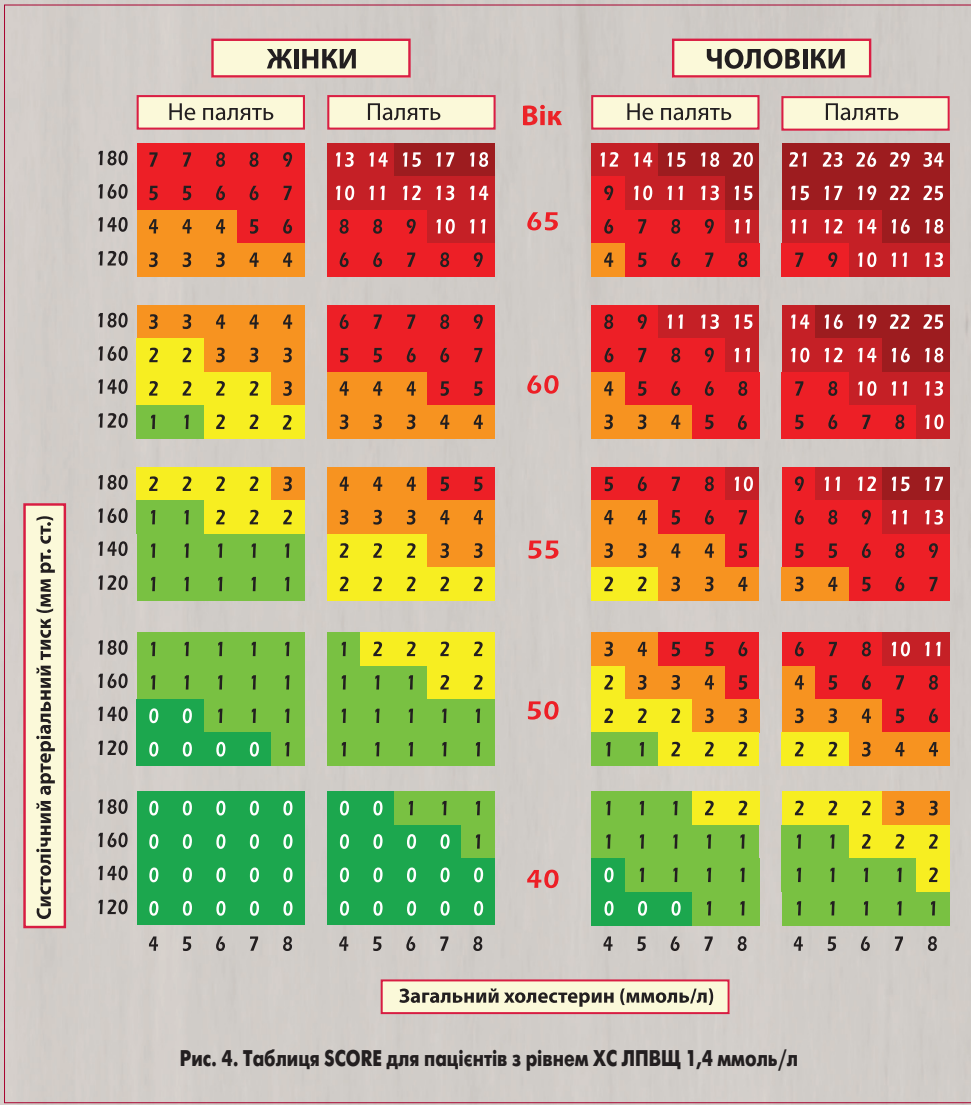
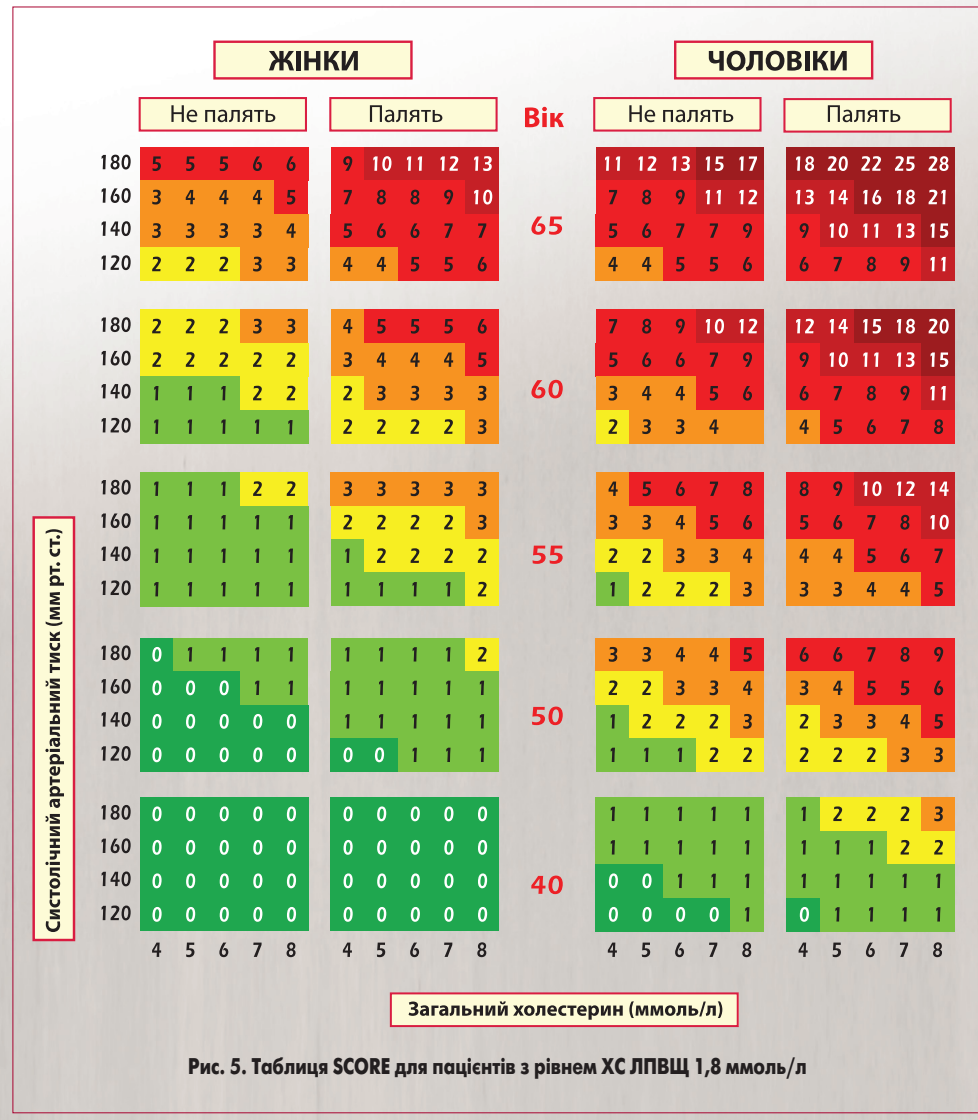
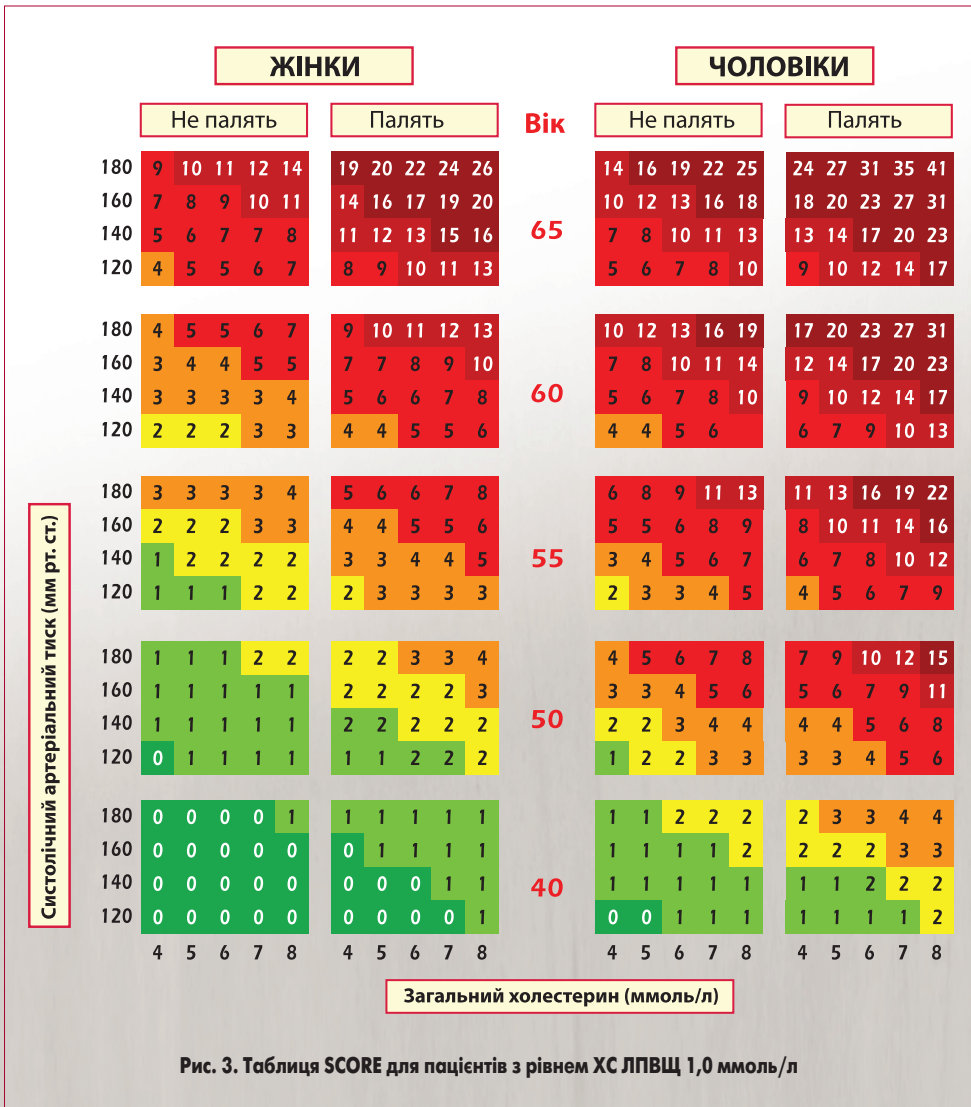


Рис. 2. Таблиця SCORE для пацієнтів з рівнем ХС ЛПВЩ 0,8 ммоль/л

Продовження на стор. 8.

Продовження. Початок на стор. 7.



Таблиця 2. Відсоток зниження рівня ХС ЛПНЩ, якого треба досягти, залежно від початкового рівня

| Початковий рівень ХС ЛПНЩ | % зниження для досягнення цільового рівня ХС ЛПНЩ | | | | |
|---------------------------|---|-------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | ммоль/л | мг/дл | <1,8 ммоль/л (70 мг/дл) | <2,5 ммоль/л (100 мг/дл) | <3,0 ммоль/л (115 мг/дл) |
| >6,2 | >240 | >70 | >60 | >55 | >55 |
| 5,2-6,2 | 200-240 | 65-70 | 50-60 | 40-55 | 40-55 |
| 4,4-5,2 | 170-200 | 60-65 | 40-50 | 30-45 | 30-45 |
| 3,9-4,4 | 150-170 | 55-60 | 35-40 | 25-30 | 25-30 |
| 3,4-3,9 | 130-150 | 45-55 | 25-35 | 10-25 | 10-25 |
| 2,9-3,4 | 110-130 | 35-45 | 10-25 | <10 | <10 |
| 2,3-3,4 | 90-110 | 22-35 | <10 | <10 | <10 |
| 1,8-2,3 | 70-90 | <22 | <10 | <10 | <10 |

Таблиця 1. Рекомендації щодо цільових рівнів ХС ЛПНЩ

| Рекомендації | Клас ^а | Рівень ^б |
|---|-------------------|---------------------|
| У пацієнтів з ДУЖЕ ВИСОКИМ серцево-судинним ризиком (встановлене серцево-судинне захворювання, ЦД 2 типу, ЦД 1 типу з ураженням органів-мішеней, помірне або тяжке ХЗН чи ризик за шкалою SCORE $\geq 10\%$) цільовий рівень ХС ЛПНЩ <1,8 ммоль/л (менше 70 мг/дл) і/або $\geq 50\%$ зниження, якщо досягнути цільових рівнів не вдалося | I | A |
| У пацієнтів з ВИСОКИМ серцево-судинним ризиком (значне підвищення одного фактора ризику, ризик за шкалою SCORE ≥ 5 до <10%) варто досягнути цільового рівня ХС ЛПНЩ <2,5 ммоль/л (менше 100 мг/дл) | IIa | A |
| У пацієнтів з ПОМІРНИМ серцево-судинним ризиком (ризик за шкалою SCORE ≥ 1 до <5%) варто досягнути цільового рівня ХС ЛПНЩ <3,0 ммоль/л (менше 115 мг/дл) | IIa | C |

