



Цели гиполлипидемической терапии в свете современных международных рекомендаций



В этом году в Далласе (штат Техас, США) состоялась научная сессия Американской ассоциации сердца (АНА), на которой были представлены новые рекомендации по гиполлипидемической терапии у взрослых для снижения сердечно-сосудистого риска (АСС/АНА, 2013). Эти рекомендации являются в настоящее время предметом оживленных дискуссий и, безусловно, нуждаются в дополнительных комментариях специалистов.

Прокомментировать некоторые аспекты современных американских и европейских рекомендаций по проведению гиполлипидемической терапии мы попросили руководителя отдела дислипидемий ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктора медицинских наук, профессора Елену Ивановну Митченко.

На какие аспекты новых рекомендаций АСС/АНА по гиполлипидемической терапии вы хотели бы обратить внимание практических врачей в первую очередь?

— В руководстве АСС/АНА сформированы четыре группы пациентов, которым показано проведение терапии статинами с целью первичной и вторичной сердечно-сосудистой профилактики, а именно:

- больные с клинически манифестирующим атеросклеротическим сердечно-сосудистым заболеванием;
- лица с уровнем холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) $>4,9$ ммоль/л (например, с семейной гиперхолестеринемией);
- больные с сахарным диабетом в возрасте 40-75 лет и уровнями ХС ЛПНП 1,8-4,9 ммоль/л без признаков атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания;
- лица без наличия сердечно-сосудистого заболевания или сахарного диабета, но с уровнем ХС ЛПНП 1,8-4,9 ммоль/л и 10-летним риском атеросклеротического сердечно-сосудистого заболевания $\geq 7,5\%$.

Эти группы были сформированы на основании результатов рандомизированных контролируемых клинических исследований, в которых было показано, что у вышеперечисленных категорий больных польза от лечения статинами превосходит возможные риски. Четкие указания на то, каким пациентам следует назначать статины, безусловно, помогут практическому врачу быстрее определиться с тактикой ведения конкретного больного.

Как выглядят в рекомендациях АСС/АНА основные цели гиполлипидемической терапии и насколько они совпадают с таковыми в европейских рекомендациях?

— Именно этот момент и является сегодня предметом активного обсуждения среди кардиологов. В руководстве АСС/АНА 2013 года указания на конкретные целевые уровни ХС ЛПНП отсутствуют, и рекомендации касаются в основном интенсивности терапии статинами в зависимости от основной задачи лечения (первичная или вторичная профилактика сердечно-сосудистых событий) и уровня риска пациента.

В связи с этим эксперты Европейского общества атеросклероза (ЕАС) опубликовали комментарий, в котором

сравниваются американские и европейские рекомендации по лечению статинами (табл.).

Как можно увидеть из этой таблицы, в рекомендациях АСС/АНА только дважды встречается указание на конкретную цифру — снижение уровня ХС ЛПНП на 50% (при вторичной профилактике и при первичной — у больных с исходным уровнем ХС ЛПНП $>4,9$ ммоль/л). Между тем, в европейских рекомендациях по лечению дислипидемий 2011 г., а также в руководствах 2012-2013 гг. по ведению пациентов высокого и очень высокого риска (с ишемической болезнью сердца, острым коронарным синдромом, сахарным диабетом) указаны конкретные жесткие липидные цели, и тенденции к их смягчению не наблюдается. Согласно этим рекомендациям целевыми у больных высокого и очень высокого риска являются значения ХС ЛПНП $<1,8$ ммоль/л, у пациентов умеренного риска — $<2,5$ ммоль/л.

Кроме того, в руководстве IAS (2013) сделан акцент на роли дополнительных липидных целей в лечении пациентов высокого риска. Например, указывается на то, что ХС липопротеинов очень низкой плотности обладает дополнительным атерогенным потенциалом. В связи с этим в качестве вторичной цели проведения гиполлипидемической терапии следует рассматривать снижение уровня ХС не-ЛПВП (определяется путем вычитания ХС ЛПВП от общего ХС). Оптимальный уровень этого показателя для первичной профилактики составляет $<3,4$ ммоль/л.

Какие из современных рекомендаций по гиполлипидемической терапии, по вашему мнению, более удобны для использования в клинической практике?

— На мой взгляд, наиболее четкими и, следовательно, удобными в использовании являются европейские рекомендации по лечению дислипидемий 2011 года. Наличие конкретных липидных



Е.И. Митченко

уровней ХС ЛПНП в повседневной клинической практике удастся достичь менее чем в 30% случаев. Причины могут быть разные, но факт остается фактом — условия и отношение врачей и пациентов к лечению статинами в специально спланированных клинических исследованиях и в реальной жизни кардинально отличаются. Возможно, авторы рекомендаций АСС/АНА по гиполлипидемической терапии решили несколько упростить задачи

Таблица. Сравнение рекомендаций ESC/EAS (2011) и АСС/АНА (2013) по гиполлипидемической терапии

	ESC/EAS (2011)	АСС/АНА (2013)
Вторичная профилактика	Цель: ХС ЛПНП $<1,8$ ммоль/л или снижение по меньшей мере на 50%. Если цель не может быть достигнута со статинами, может быть рассмотрен вопрос о назначении комбинации гиполлипидемических препаратов	Высокие дозы статинов. Если снижение ХС ЛПНП на 50% невозможно, то может быть рассмотрен вопрос о назначении комбинации гиполлипидемических препаратов
Непереносимость статинов при вторичной профилактике	Уменьшить дозу статинов, рассмотреть вопрос о назначении комбинированной терапии	Умеренная или низкая доза статинов, рассмотреть вопрос о назначении комбинированной терапии
Первичная профилактика при уровне ХС ЛПНП $>4,9$ ммоль/л	Цель: ХС ЛПНП $<2,5$ ммоль/л. Если цель не может быть достигнута, то показано максимально возможное снижение ХС ЛПНП с использованием комбинированной терапии в максимально переносимых дозах	Высокие дозы статинов, направленные на снижение уровня ХС ЛПНП по меньшей мере на 50%. Если это недостижимо, рассмотреть вопрос о назначении комбинированной терапии
Первичная профилактика при сахарном диабете	Сахарный диабет с другими факторами риска или повреждениями органов-мишеней Цель: ХС ЛПНП $<2,5$ ммоль/л Неосложненный сахарный диабет Цель: ХС ЛПНП $\leq 1,8$ ммоль/л или уменьшение по меньшей мере на 50%	При сахарном диабете с высоким риском: высокая интенсивность терапии статинами При сахарном диабете с низким риском: умеренная интенсивность терапии статинами
Первичная профилактика. Высокий риск	SCORE $\geq 5\%$, риск фатальных сердечно-сосудистых событий Цель — ХС ЛПНП $<2,5$ ммоль/л	Суммарный риск осложнений $>7,5\%$: умеренная и высокая интенсивность терапии статинами Риск сердечно-сосудистых событий 5-7,5%: умеренная интенсивность терапии статинами

Сохранились ли указания на целевые уровни ХС ЛПНП в рекомендациях по лечению дислипидемий Международного общества атеросклероза (IAS), которые были опубликованы в 2013 году?

— Да, в новом руководстве IAS в качестве оптимального при первичной кардиоваскулярной профилактике рекомендован уровень ХС ЛПНП $<2,6$ ммоль/л. В этих же рекомендациях имеются указания на степень интенсификации медикаментозной терапии в зависимости от уровня риска, а включение гиполлипидемических препаратов в схему жизнепасающей терапии рекомендовано уже при наличии умеренного риска.

целей, таблиц SCORE, модифицированных в зависимости от уровня липидов, четкое распределение больных по категориям риска делают данное руководство наиболее привлекательным. Мне кажется, уходить от целевых уровней липидов сегодня рано — сначала врачам необходимо научиться относиться к интенсивной статинотерапии как к современному стандарту ведения пациентов высокого и очень высокого риска.

Какова, на ваш взгляд, причина отказа американских экспертов от конкретных целевых значений ХС ЛПНП?

— Как показывают данные эпидемиологических исследований, целевых

статинотерапии для лечащих врачей, которые должны быть убеждены в достижимости желаемых результатов. Частое отсутствие успеха в выполнении поставленных задач снижает в первую очередь приверженность врачей к назначению препаратов, а этого нельзя допускать ввиду роли статинов в улучшении прогноза пациентов высокого риска. Будущее покажет, какой подход более приемлем, на сегодня же следует стремиться к тем целевым уровням, которые были определены в авторитетных рандомизированных клинических исследованиях.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

3