

Основные положения нового варианта клинических рекомендаций по ведению лиц с гиперхолестеринемией Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации кардиологов от 2018 г.

Источник: Grundy S.M., Stone N.J., Bailey A.L., et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2018 Nov 8. pii: S0735-1097(18)39034-X. doi: 10.1016/j.jacc.2018.11.003. [Epub ahead of print]

ККА	— кальцификация коронарных артерий
СД	— сахарный диабет
ССЗОА	— сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные атеросклерозом
ФР	— факторы риска
ХС ЛПНП	— холестерин липопротеинов низкой плотности
PCSK9	— пропротеинконвертаза субтилизина/кексина 9-го типа (proprotein convertase subtilisin/kexin 9)

1. У всех людей в течение всей жизни обращайтесь особое внимание на важность соблюдения здорового образа жизни, направленного на профилактику осложнений заболевания сердца. Здоровый образ жизни приводит к уменьшению риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом (ССЗОА), во всех возрастных группах. У молодых лиц соблюдение здорового образа жизни может снизить риск формирования факторов риска (ФР) и становится основой для снижения риска развития ССЗОА. У молодых лиц 20—39 лет оценка риска развития ССЗОА в течение всей жизни помогает обсуждению риска при общении молодого человека с врачом и привлекает внимание к важности мероприятий по изменению образа жизни. Во всех возрастных группах изменение образа жизни становится главным подходом к первичной профилактике у лиц с метаболическим синдромом.

2. У больных с клиническими проявлениями ССЗОА показано снижение концентрации холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) с помощью высокоинтенсивного или максимального режима приема статинов. Чем в большей степени снижается концентрация ХС ЛПНП, тем более выраженным будет последующее снижение риска. При применении максимально переносимого режима приема статинов следует добиваться снижения концентрации ХС ЛПНП на 50% или более.

3. У лиц с очень высоким риском развития осложнения ССЗОА следует использовать пороговый уровень ХС ЛПНП в крови 1,8 ммоль/л при решении вопроса о добавлении к статинам гиполипидемических средств, относящихся к другим классам. Риск считается очень высоким в случае наличия в анамнезе сочетания нескольких тяжелых осложнений ССЗОА или 1 тяжелого осложнения ССЗОА в сочетании с несколькими условиями, определяющими высокий риск (**блок 1**). У лиц с очень высоким риском развития осложнений ССЗОА можно считать обоснованным добавление эзетимиба к максимально переносимой дозе статина при сохранении концентрации ХС ЛПНП 1,8 ммоль/л или бо-

лее. В случае сохранения концентрации ХС ЛПНП на уровне 1,8 ммоль/л или более у лиц с очень высоким риском, несмотря на применение максимально переносимой дозы статина в сочетании с эзетимибом, добавление ингибитора пропротеинконвертазы субтилизина/кексина 9-го типа (proprotein convertase subtilisin/kexin 9 — PCSK9) представляется обоснованным, несмотря на отсутствие определенных данных о безопасности их использования в течение длительного периода (более 3 лет) и низкую экономическую эффективность по данным цен в середине 2018 г.

4. У больных с тяжелой первичной гиперхолестеринемией (концентрация ХС ЛПНП 4,9 ммоль/л и более) следует начинать применение высокоинтенсивного режима терапии статином без расчета риска развития осложнений ССЗОА в течение 10 лет. Если концентрация ХС ЛПНП сохраняется на уровне 2,6 ммоль/л и более и у больного имеется несколько факторов, которые увеличивают последующий риск развития осложнений ССЗОА, можно учитывать добавление к терапии ингибитора PCSK9, несмотря на отсутствие определенных данных о безопасности их использования в течение длительного периода (более 3 лет) и низкую экономическую эффективность по данным цен в середине 2018 г.

5. У больных в возрасте 40—75 лет с сахарным диабетом (СД) и концентрацией ХС ЛПНП в крови 1,8 ммоль/л и более следует начинать умеренно интенсивный режим приема статинов без расчета риска развития осложнений ССЗ в течение 10 лет. У больных с СД, у которых имеется более высокий риск, особенно при наличии многих ФР или у больных с СД в возрасте 50—75 лет представляется обоснованным использование высокоинтенсивного режима приема статинов с целью снижения концентрации ХС ЛПНП на 50% и более.

6. У взрослых лиц в возрасте 40—75 лет при обследовании с целью решения вопроса о первичной профилактике осложнений ССЗОА врачу до начала применения статинов следует обсуждать с пациентом результаты оценки риска. Обсуждение риска должно включать предоставление информации о следующем: наиболее значимые ФР (например, таких, как курение, повышенный уровень артериального давления, концентрации ХС ЛПНП, гликированного гемоглобина, если его определение приемлемо, а также расчетного риска развития осложнения ССЗОА в течение 10 лет); наличие «усиливающих факторов» (см. п. 8 и **блок 2**); возможные преимущества изменения образа жизни и терапии статинами; предпочтения пациента или его роль в принятии совместного решения.

7. У взрослых лиц в возрасте 40—75 лет без СД, у которых концентрация ХС ЛПНП составляет 1,8 ммоль/л или более при риске развития осложнений ССЗАО в течение 10 лет 7,5% или более следует начинать применение умеренно интенсивного режима терапии статинами, если мнение, сформированное в ходе обсуждения терапии, будет в пользу приема статина. Факторы, усиливающие основание для приема статинов («усиливающие факторы») приведены в п. 8. Если риск не уточнен, учитывайте возможность оценки кальцификации коронарных артерий (ККА) с целью повышения специфичности оценки риска (см. п. 9). Если показан прием статинов, снижайте концентрацию ХС ЛПНП не менее чем на 30%; при риске развития осложнений ССЗАО 20% и более снижайте концентрацию ХС ЛПНП не менее чем на 50%.

8. У взрослых лиц в возрасте 40—75 лет без СД, но при риске развития осложнений ССЗАО в диапазоне от 7,5 до 19,9% (средний риск) наличие «усиливающих факторов» может указывать на преимущества приема статинов (см. п. 7). «Усиливающие факторы» включают семейный анамнез преждевременного развития ССЗАО, устойчиво повышенную концентрацию ХС ЛПНП в крови до 4,1 ммоль/л и более, наличие метаболического синдрома, хронической болезни почек, указание в анамнезе на преэклампсию или преждевременное развитие менопаузы (в возрасте моложе 40 лет), наличие хронических воспалительных заболеваний (например, ревматоидного артрита, псориаза или хронической ВИЧ-инфекции), принадлежность к этническим группам с высоким риском развития осложнений ССЗАО (например, жители Южной Азии), устойчивое повышение концентрации триглицеридов до 2 ммоль/л и более и, в случае измерения у отдельных лиц, повышение концентрации аполипопротеина В до 130 мг/дл или более, а также повышение концентрации С-реактивного белка до 2 мг/л и более, лодыжечно-плечевой индекс менее 0,9 и повышение концентрации липопротеина (а) до 50 мг/дл и более или до 125 нмоль/л и более, особенно при более высоких концентрациях липопротеина (а). Наличие «усиливающих факто-

ров» может указывать на преимущества применения статинов у лиц с риском развития осложнений ССЗАО в диапазоне от 5 до 7,5% (пограничный риск).

9. У взрослых лиц в возрасте 40—75 лет без СД, но с риском развития осложнений ССЗАО и концентрацией ХС ЛПНП в диапазоне от 1,8 до 4,9 ммоль/л при риске развития осложнений ССЗАО в диапазоне от 7,5 до 19,9% и неопределенном мнении о преимуществах приема статинов учитывайте возможность оценки ККА. Если оценка ККА соответствует 0 единицам по шкале Агатстона от применения статинов можно воздержаться или их прием можно отложить; исключение относится к курящим сигареты, больным с СД и лицам с определенным семейным анамнезом преждевременного развития ССЗАО. При оценке по шкале ККА в диапазоне от 1 до 99 единиц Агатстона терапия статинами имеет преимущества, особенно у лиц 55 лет и старше. Для любого человека с оценкой по шкале ККА 100 единиц Агатстона и более или соответствующей 75-му перцентилю такой оценки терапия статинами показана во всех случаях, кроме отсрочки назначения, обусловленной результатами обсуждения врачом риска развития осложнений ССЗАО с больным.

10. Через 4—12 нед после начала приема статина или изменения его дозы, а при необходимости каждые 3—12 мес следует измерять концентрацию липидов в крови для оценки степени соблюдения предписанного режима терапии и выраженности снижения концентрации ХС ЛПНП за счет применения гиполипидемической терапии и изменений образа жизни. Ответную реакцию на изменение образа жизни и применение гиполипидемической терапии следует оценивать по степени снижения концентрации ХС ЛПНП в процентах от исходного уровня. У больных с очень высоким риском основанием для добавления гиполипидемической терапии, не относящейся к классу статинов, служит сохранение уровня ХС ЛПНП в крови 1,8 ммоль/л или более (т.е. пороговая концентрация ХС ЛПНП для таких больных или ее превышение), несмотря на максимальную терапию статинами (см. п. 3).

Блок 1. Факторы, определяющие очень высокий риск развития осложнений ССЗАО*

Тяжелые осложнения ССЗАО

- Недавно перенесенный ОКС (в течение предшествующих 12 мес)
- ИМ в анамнезе (кроме ОКС, указанного ранее)
- Ишемический инсульт в анамнезе
- Заболевания периферических артерий с клиническими проявлениями (перемежающаяся хромота в анамнезе с ЛПИ <0,85 или ранее выполненная реваскуляризация или ампутация)

Условия, определяющие высокий риск

- Возраст ≥65 лет
- Гетерозиготная семейная гиперхолестеринемия
- Ранее выполненное коронарное шунтирование или ЧВКА, не связанные с развитием тяжелых осложнений ССЗАО
- Сахарный диабет
- Артериальная гипертония
- Хроническая болезнь почек (рСКФ в диапазоне 15—59 мл/мин/1,73 м²)
- Курение в настоящее время
- Устойчивое повышение концентрации ХС ЛПНП (ХС ЛПНП ≥2,6 ммоль/л), несмотря на прием максимально переносимой дозы статина и эзетимиба
- Застойная сердечная недостаточность в анамнезе

Примечание. * — риск считается очень высоким в случае наличия в анамнезе сочетания нескольких тяжелых осложнений ССЗАО или 1 тяжелого осложнения ССЗАО в сочетании с несколькими условиями, определяющими высокий риск; ССЗАО — сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные атеросклерозом; ОКС — острый коронарный синдром; ИМ — инфаркт миокарда; ЛПИ — лодыжечно-плечевой индекс; ЧВКА — чрескожные вмешательства на коронарных артериях; рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации; ХС ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности.

Блок 2. «Усиливающие факторы», которые используют при обсуждении риска с пациентом

Усиливающие риск факторы

Семейный анамнез преждевременного развития ССЗАО (у мужчин и женщин в возрасте моложе 55 и 65 лет соответственно)

Первичная гиперхолестеринемия (ХС ЛПНП от 4,1 до 4,8 ммоль/л; ХС-не-ЛПВП от 4,9 до 5,6 ммоль/л)*

Метаболический синдром (сочетание не менее 3 из следующих факторов: увеличение окружности талии, повышение концентрации триглицеридов более 2 ммоль/л, повышенный уровень АД, повышенная концентрация глюкозы в крови и концентрация ХС ЛПВП менее 1 и 1,3 ммоль/л у мужчин и женщин соответственно)

Хроническая болезнь почек (рСКФ в диапазоне 15–59 мл/мин/1,73 м² в сочетании с альбинурией или в ее отсутствие; в отсутствие выполнения гемодиализа или трансплантации почек)

Хронические воспалительные заболевания (такие как псориаз, ревматоидный артрит или ВИЧ/СПИД)

Указание в анамнезе на преждевременное развитие менопаузы (в возрасте моложе 40 лет) и определенных связанных с беременностью осложнений, которые в последующем приводят к увеличению риска развития осложнений ССЗАО, таких как преэклампсия

Принадлежность к этническим группам с высоким риском развития осложнений ССЗАО (например, выходцы из Южной Азии)

Определенные липидные показатели или биомаркеры, связанные с повышенным риском развития осложнений ССЗАО:

- Устойчивое повышение* концентрации триглицеридов, первичная триглицеридемия (более 2 ммоль/л)
- В случае измерения:
 - Повышенный уровень С-реактивного белка (2 мг/л и более)
 - Повышение концентрации липопротеина (а): семейный анамнез преждевременного развития ССЗАО считается относительным показанием к измерению. Повышение до 50 мг/дл и более или до 125 нмоль/л и более относится к «усиливающим факторам», особенно при более высоких концентрациях липопротеина (а)
 - Повышение концентрации аполипопротеина В до 2,5341 мкмоль/л или более: повышение концентрации триглицеридов в крови более 2,2 ммоль/л считается относительным показанием к измерению. Повышение концентрации до 2,5341 мкмоль/л соответствует концентрации ХС ЛПНП 4,1 ммоль/л и считается «усиливающим фактором».
 - Лодыжечно-плечевой индекс менее 0,9

Примечание. * — оптимально по данным 3 измерений; ССЗАО — сердечно-сосудистые заболевания, обусловленные атеросклерозом; АД — артериальное давление; ХС ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности; ХС ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности; рСКФ — расчетная скорость клубочковой фильтрации; ВИЧ — вирус иммунодефицита человека; СПИД — синдром приобретенного иммунодефицита.