

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЮ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА В КРОВИ:
ДЕСЯТЬ КЛЮЧЕВЫХ МОМЕНТОВ ПО СОКРАЩЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ С ПОМОЩЬЮ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА***

Отчет целевой группы по руководству по клинической практике Американского колледжа кардиологии (АСС) и Американской кардиологической ассоциации (АНА)

Авторы (члены рабочей группы): S.M. Grundy, N.J. Stone, A.L. Bailey, C. Beam, K.K. Birtcher, R.S. Blumenthal, L.T. Braun, S. de Ferranti, J. Faiella-Tommasino, D.E. Forman, R. Goldberg, P.A. Heidenreich, M.A. Hlatky, D.W. Jones, D. Lloyd-Jones, N. Lopez-Pajares, C.E. Ndumele, C.E. Orringer, C.A. Peralta, J.J. Saseen, S.C. Smith, Jr., L. Sperling, S.S. Virani, J. Yeboah

ПРЕДИСЛОВИЕ

Начиная с 1980 г. Американский колледж кардиологии (АСС) и Американская кардиологическая ассоциация (АНА) преобразовывают научные достижения в клинические практические руководства с рекомендациями по улучшению состояния сердечно-сосудистой системы. Эти рекомендации, основанные на систематических методах по оценке и классификации достижений, являются базой для предоставления качественной заботы о сердечно-сосудистой системе. АСС и АНА спонсируют разработку и публикацию клинических практических руководств без какого-либо коммерческого финансирования, а ее члены жертвуют своим временем для составления и публикации данных документов.

Клинические практические руководства представляют собой рекомендации, применяемые к пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) или находящимся в группе риска. Все внимание сфокусировано на врачебной практике в Соединенных Штатах Америки, но эти рекомендации также актуальны и для пациентов по всему миру. Хотя руководства могут быть использованы для информирования о решениях регулятивных органов или налогоплательщиков, их целью является улучшение качества медицинского ухода и поддержки интересов пациентов. Рекомендации имеют своей целью также определить действия, соответствующие потребностям пациентов во многих, хотя и не во всех,

случаях, при этом они не могут заменить клинической оценки.

Рекомендации для лечения с использованием данных руководств, включающих клиническую оценку, диагностическое исследование, а также фармакологическое и процедурное лечение, эффективны только при условии их соблюдения как врачами, так и пациентами. Строгое следование рекомендациям принесет дополнительную пользу, если врач и пациент будут принимать совместное решение, с вовлечением пациента в выбор вмешательства на основе индивидуальных ценностей, предпочтений и связанных с ними состояний и сопутствующих заболеваний.

Специальная комиссия по клиническим практическим руководствам от АСС/АНА стремится предоставить необходимые гарантии в том, что в комитет по составлению руководств входят не только квалифицированные эксперты, но и представители более широкого медицинского сообщества, специалисты различного профиля, представляющие многочисленные географические регионы, расы, национальности, интеллектуальные интересы и склонности, сферы лечебной практики, а также организации и профессиональные сообщества с соответствующими интересами, опытом и квалификацией, приглашенные в качестве партнеров или соавторов. АСС и АНА придерживаются строгих принципов и методов, чтобы гарантировать беспристрастность при разработке документов и отсутствие недолжного влияния. Полную стратегию взаимо-

* Оригинальный текст опубликован в American Journal of Cardiology, 2018, pii: S0735-1097(18)39035-1, doi: 10.1016/j.jacc.2018.11.004, а также в Circulation, 2019, Vol. 139, N 25, P. e1082-e1143.

© 2018 by the American Heart Association, Inc., and the American College of Cardiology Foundation. Адаптированный перевод с английского языка и публикация настоящих рекомендаций выполнены с разрешения Американского колледжа кардиологии, лицензия № 4604600010550.

отношения с промышленностью и другими предприятиями (RWI) можно найти по ссылке: <http://www.acc.org/guidelines/about-guidelines-and-clinical-documents/relationships-with-industry-policy>

Начиная с 2017 г., в рекомендации были внесены и продолжают вноситься многочисленные поправки, что позволяет сделать их короче и удобнее для пользователя. Руководства написаны и представлены в блочно-модульном информативном формате, в котором каждый блочный модуль включает таблицу рекомендаций, краткое изложение содержания, сопроводительный текст и, когда это необходимо, функциональные диаграммы или дополнительные таблицы.

ДЕСЯТЬ КЛЮЧЕВЫХ МОМЕНТОВ ПО СОКРАЩЕНИЮ РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ С ПОМОЩЬЮ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА

1. На протяжении всей жизни пациентам рекомендуется придавать особое значение образу жизни, полезному для сердца. Ведение здорового образа жизни позволяет сократить риск развития атеросклероза сердечно-сосудистой системы (АСС) в любом возрасте. У юных пациентов ведение здорового образа жизни может сократить развитие факторов риска и являться основой для снижения риска развития АСС. У молодых людей в возрасте от 20 до 39 лет оценка риска облегчает его обсуждение между врачом и пациентом (см. п. 6) и акцентирует необходимость интенсивных усилий по формированию образа жизни. Во всех возрастных группах терапия путем контроля образа жизни является первичным вмешательством при метаболическом синдроме.

2. При лечении пациентов с клиническим АСС рекомендуется снижать уровень холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) с помощью высокоинтенсивной статинаминой терапии или максимально переносимой терапии с применением статинов. Чем больше будет уменьшено содержание ХС ЛПНП с помощью терапии с применением статинов, тем более значительным будет сокращение риска. Для понижения уровня ХС ЛПНП на 50 % и более рекомендуется использовать максимально переносимый статин.

3. При лечении пациентов с высоким риском развития АСС рекомендуется использование порога ХС ЛПНП, равного 70 мг/дл (1,8 ммоль/л), чтобы рассмотреть добавление не-статинов к статинаминой терапии. Под очень высоким риском понимается наличие в анамнезе множественных серьезных случаев АСС или одного серьезного случая АСС и множественных случаев высокого

риска. Для пациентов с очень высоким риском АСС рекомендуется добавление эзетимиба к максимально переносимой статинаминой терапии при уровне ХС ЛПНП ≥ 70 мг/дл ($\geq 1,8$ ммоль/л). При лечении пациентов с очень высоким риском и содержанием ХС ЛПНП ≥ 70 мг/дл ($\geq 1,8$ ммоль/л) в дополнение к максимально переносимой терапии с применением статина и эзетимиба рекомендуется добавлять ингибитор PCSK9, хотя безопасность его при длительном применении (> 3 лет) не определена окончательно, а соотношение стоимости и результативности низкое (согласно преискуранту на середину 2018 г.).

4. При лечении пациентов с тяжелой формой первичной гиперхолестеринемии (уровень ХС ЛПНП ≥ 190 мг/дл ($\geq 4,9$ ммоль/л)) рекомендуется начать высокоинтенсивную терапию с применением статинов без расчета 10-летнего риска развития АСС. Если содержание ХС ЛПНП остается ≥ 100 мг/дл ($\geq 2,6$ ммоль/л), рекомендуется применение эзетимиба. Если уровень ХС ЛПНП при статинаминой терапии с добавлением эзетимиба остается ≥ 100 мг/дл ($\geq 2,6$ ммоль/л) и у пациента наблюдаются множественные факторы, увеличивающие последующий риск возникновения случаев АСС, возможно применение ингибитора PCSK9, хотя безопасность при длительном применении (> 3 лет) не определена окончательно, а соотношение стоимости и результативности низкое (согласно преискуранту на середину 2018 г.).

5. При лечении пациентов в возрасте от 40 до 75 лет с сахарным диабетом и уровнем ХС ЛПНП ≥ 70 мг/дл ($\geq 1,8$ ммоль/л) рекомендуется начать умеренно интенсивную статинаминую терапию без расчета 10-летнего риска АСС. Для лечения пациентов с сахарным диабетом при более высоких рисках, в особенности пациентов с множественными факторами риска или пациентов в возрасте от 50 до 75 лет, рекомендуется применение высокоинтенсивной статинаминой терапии для снижения уровня ХС ЛПНП на 50 % и более.

6. При лечении взрослых людей в возрасте от 40 до 75 лет, которым показано первичное предотвращение АСС, врачу и пациенту рекомендуется до начала применения статинаминой терапии обсудить риски. Рекомендуется, чтобы обсуждение рисков включало рассмотрение и обоюдное принятие решений по следующим пунктам: основные факторы риска (курение, повышенное артериальное давление, уровень ХС ЛПНП, гемоглобина A1C (если указано) и рассчитанный 10-летний риск развития АСС); наличие увеличивающих риск факторов (см. п. 8); потенциальная польза от ведения здорового образа жизни и применения статинаминой терапии; перспек-

тивы возникновения неблагоприятных эффектов и взаимодействия лекарственных препаратов; стоимость статинотерапии; предпочтения и ценности пациента.

7. При лечении взрослых пациентов в возрасте от 40 до 75 лет без сахарного диабета, с уровнем ХС ЛПНП ≥ 70 мг/дл ($\geq 1,8$ ммоль/л) и при 10-летнем риске АСС $\geq 7,5$ % рекомендуется начать умеренно интенсивную статинотерапию, если при обсуждении способов лечения стороны поддерживают такую возможность. Риск-увеличивающие факторы способствуют статинотерапии (см. п. 8). Если статус риска неясен, для улучшения специфичности рекомендуется рассмотреть возможность определения кальциевого индекса коронарных сосудов (КИКС) (см. п. 9). Если статины назначены, рекомендуется снижать содержание ХС ЛПНП на 30 % и более, а если 10-летний риск составляет 20 % и более – снижать содержание ХС ЛПНП на 50 % и более.

8. При лечении взрослых пациентов в возрасте от 40 до 75 лет без сахарного диабета и 10-летнего риска от 7,5 до 19,9 % (средний риск) наличие риск-увеличивающих факторов обуславливает применение статинотерапии (см. п. 7). К риск-увеличивающим факторам относятся семейный анамнез раннего развития АСС; стойкое повышение уровня ХС ЛПНП ≥ 160 мг/дл ($\geq 4,1$ ммоль/л); метаболический синдром; хроническая болезнь почек; анамнез преэклампсии или преждевременная менопауза (возраст < 40 лет); хронические воспалительные заболевания (например, ревматоидный артрит, псориаз или инфицирование ВИЧ); этнические группы, находящиеся в зоне высокого риска (например, жители Южной Азии); стойкое повышение триглицеридов ≥ 175 мг/дл ($\geq 1,97$ ммоль/л); содержание аполипопротеина В ≥ 130 мг/дл, высокочувствительного С-реактивного белка $\geq 2,0$ мг/л, липопротеина(а) ≥ 50 мг/дл (≥ 125 ммоль/л), в особенности при более высоком содержании липопротеина (а); лодыжечно-плечевой индекс $< 0,9$. Риск-увеличивающие факторы могут спо-

собствовать терапии с применением статинов у пациентов при 10-летнем риске от 5 до 7,5 % (пограничный риск).

9. При лечении взрослых пациентов в возрасте от 40 до 75 лет без сахарного диабета и с содержанием ХС ЛПНП 70–189 мг/дл (1,8–4,9 ммоль/л) при 10-летнем риске от 7,5 до 19,9 %, если не принято окончательное решение о применении статинотерапии, рекомендуется определить КИКС. Если значение КИКС равно нулю, от лечения с применением статинотерапии можно отказаться или отложить его, за исключением курящих пациентов и тех, у кого диагностирован сахарный диабет, а также пациентов с тяжелым семейным анамнезом раннего АСС. При индексе КИКС от 1 до 99 единиц Агатстона (AU) рекомендуется начать терапию статинами, в особенности у пациентов в возрасте ≥ 55 лет. Если индекс КИКС ≥ 100 AU или ≥ 75 -го перцентиля, терапия с применением статинов показана для всех пациентов, если она не откладывается в результате обсуждения риска между врачом и пациентом.

10. Оценка приверженности и процентной реакции на лечение, направленное на снижение уровня ХС ЛПНП, а также изменение образа жизни, с постоянным измерением содержания липидов в течение 4–12 недель после начала терапии статинами или коррекции дозы, при необходимости повторяемые каждые 3–12 месяцев. Определите отклик на изменение образа жизни и статинотерапию по снижению содержания ХС ЛПНП в процентах от исходного. У пациентов с АСС при очень высоком риске показанием для назначения дополнительной без-статинотерапии является пороговое значение концентрации ХС ЛПНП ≥ 70 мг/дл ($\geq 1,8$ ммоль/л) при максимальной статинотерапии (см. п. 3).

От редакции: Продолжение клинического руководства будет опубликовано в 3 и 4 номерах журнала «Атеросклероз» за 2019 год.