

## Коррекция липидного спектра и важность достижения целевых уровней у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска

*Несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению летальности от сердечно-сосудистых заболеваний, они по-прежнему сохраняют пальму первенства в структуре смертности населения.*

*Марина Леонидовна ГОРБУНОВА, к.м.н., доцент кафедры терапии факультета дополнительного профессионального образования Приволжского исследовательского медицинского университета, представила алгоритм оптимальной коррекции липидного спектра у пациентов высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска.*

Гиперхолестеринемия является одним из основных факторов риска, вносящих вклад в преждевременную смертность населения от сердечно-сосудистых заболеваний. Высокий уровень холестерина (ХС) тесно связан с повышенным риском смерти от ишемической болезни сердца (ИБС). Доказано, что при увеличении уровня ХС выше обычного уровня на 1 ммоль/л риск смерти от ИБС или нефатального инфаркта миокарда возрастает на 45%.

В настоящее время уровень ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) считается основным показателем для скрининга, диагностики и ведения больных дислипидемией. Это нашло отражение в совместных рекомендациях Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза (ESC/EAS) по коррекции дислипидемии 2019 г. В документе сказано, что ХС ЛПНП – первичный показатель для скрининга, диагностики и ведения пациентов с дислипидемией. В рекомендациях также указаны целевые уровни ХС ЛПНП в зависимости от категории сердечно-сосудистого риска (ССР). Например, целевой уровень ХС ЛПНП для категории высокого ССР составляет менее 1,8 ммоль/л, для очень высокого ССР – менее 1,4 ммоль/л. Важно помнить и о категории экстремального риска, к ко-

торой относятся пациенты, перенесшие в течение последних двух лет две сердечно-сосудистые катастрофы (инфаркт миокарда и инсульт, два инфаркта миокарда и проч.). Для них уровень ХС ЛПНП должен составлять менее 1,0 ммоль/л.

К средствам, корригирующим дислипидемию, относятся статины, ингибиторы всасывания ХС в кишечнике (эзетимиб), ингибиторы PCSK9, фибраты. Статины являются наиболее изученными препаратами в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Не случайно в клинических рекомендациях по фармакотерапии дислипидемии они названы препаратами первого выбора. Если монотерапия максимально высокими дозами статинов не позволяет достичь цели, следует рассмотреть возможность комбинированной терапии и добавить эзетимиб. В целях первичной и вторичной профилактики пациентам с очень высоким риском, не достигшим целевого уровня ХС ЛПНП на фоне максимально переносимых доз статинов и эзетимиба, схему терапии дополняют ингибитором PCSK9.

К сожалению, со временем приверженности пациентов терапии снижается, в связи с чем преимущества статинов из-за преждевременного прекращения приема препаратов могут не проявиться.

По словам доктора Стивена Ниссена из Кливлендской клиники, прекращение лечения статинами может быть ошибкой, опасной для жизни. Поэтому напоминание пациенту во время его визитов к врачу о важности соблюдения схемы лечения способно потенциально увеличить показатели приверженности лечению.

Как уже отмечалось, эзетимиб может назначаться в комбинации со статинами, когда монотерапия статинами не позволяет достичь целевого уровня ХС ЛПНП. В данном аспекте особого внимания заслуживают фиксированные комбинации, эффективно и безопасно снижающие концентрацию ХС ЛПНП и повышающие приверженность пациентов терапии.

Какие меры по улучшению приверженности гиполлипидемической терапии предусмотрены в рекомендациях ESC/EAS 2019 г.? Прежде всего упрощение режима приема препаратов за счет снижения его кратности. При этом надо обсуждать, а не диктовать режим приема препаратов. Назначение рекомендуется сопровождать четкими устными и письменными инструкциями, привлекая к участию в лечении членов семьи пожилых пациентов или опекунов. Важно регулярно оценивать лекарственную терапию для минимизации полипрагмазии. ➔