



# Новые американские рекомендации по профилактике сердечно- сосудистых заболеваний (мнение эксперта)

**R. Ceska\***

**Автор:**

**Richard Ceska**, доктор медицинских наук, член Американской коллегии терапевтов, член Европейской Федерации по внутренним болезням, Президент Чешской ассоциации внутренних болезней, Председатель Региональной Федерации Международного общества атеросклероза (МОА) по Европе

В ноябре 2013 г, непосредственно перед съездом АНА (Американской Ассоциации Сердца – ААС) в Далласе, были представлены совместные рекомендации ААС и АСС (Американской Коллегии кардиологов – АКК). Национальный институт здравоохранения также принимал определяющее участие в подготовке новых рекомендаций. Новые рекомендации возбудили интерес общественности еще до съезда ААС, оспаривались и широко обсуждались в прессе, в т. ч. в таких газетах, как Нью-Йорк Таймс), и стали главной темой съезда.

Новые рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) фактически составлены из четырех документов:

- Рекомендации по лечению ожирения и избыточного веса. Впервые ожирение и избыточный вес названы заболеваниями, требующими лечения, и непосредственно включены в профилактику ССЗ.
- Рекомендации по здоровому образу жизни, включающие диету и увеличение физической активности (ФА). Хорошо известные диетические

рекомендации представлены в основном требованием к снижению содержания натрия в рационе (до 1,5 г/сут.), но, по моему мнению, избыточное внимание уделяется ФА, хотя 40 мин аэробной нагрузки (особенно рекомендуется быстрая ходьба) 3–4 раза в нед. достаточны для уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений у большей части населения.

- Рекомендации по снижению уровня холестерина (ХС), без ХС липопротеинов высокой плотности (ЛВП), тесно связанных с оценкой риска (см. ниже). Самым революционным нововведением этих рекомендаций является практическое отсутствие целевых уровней в алгоритме лечения.

- Последние, но, вероятно, самые важные из этих рекомендаций являются «рекомендации по расчету риска сердечно-сосудистых осложнений». Эти рекомендации основаны на совершенно новом принципе расчета риска по результатам последних популяционных исследований. В дополнение к традиционным факторам риска (ФР), таким как уровень ХС, ЛВП, наличие артериальной

\* Автор, ответственный за переписку. Тел. +420 224 962 94. Email: richard.ceska@vfn.cz

гипертонии (АГ), сахарного диабета (СД), курение, возраст и пол, подчеркивается повышение риска ССЗ у лиц афроамериканского происхождения. Предлагаемый калькулятор рассчитывает риск сердечно-сосудистых событий (ССС) в течение следующих 10 лет. Если риск составляет  $\geq 7,5\%$ , пациенту показано лечение.

Этот уровень в 7,5% был основным источником критики в средствах массовой информации, в которой подчеркивалось, что > 30 млн американцев будут получать статины, возможно без на то необходимости. Даже некоторые известные американские врачи раскритиковали этот калькулятор за переоценку риска и назначение терапии для большего числа пациентов, чем необходимо (например, Paul Ridker, который позже изменил свое мнение и поддержал новые рекомендации). Авторы рекомендаций защищают свой подход двумя путями, оба нахожу рациональными.

В рекомендациях в случае первичной профилактики и рассчитанного риска в 7,5% не указано обязательно начинать лекарственную терапию статинами. Это должно послужить началом диалога между пациентом и врачом. Подобные данные также должны обратить внимание пациента на повышенный риск ССЗ и способствовать соответствующему решению внутрисемейных вопросов (это неоднократно подчеркивалось на съезде как решающий фактор). Возможно, это путь к более персонализированной медицине?

Авторы рекомендаций утверждают, что в стране, где треть населения умирает от ССЗ и 60% переносят СССР в течение своей жизни, лечение 30 млн человек статинами не следует рассматривать как ошибку, особенно учитывая огромное количество доказательных данных в отношении статинов.

Вторичная профилактика, наличие СД 2 или 1 типа и выраженная гиперхолестеринемия (ГХС), семейная ГХС (СГХС) являются неоспоримыми причинами высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Я изучил рекомендации в печатном виде, участвовал в их обсуждении в профессиональных журналах и в газетах, а также на съезде ААС. Даже в последний день на Пленарном заседании присутствовало огромное количество специалистов (несколько тыс. участников), что указывает на большой интерес врачей, обсуждавших конкретные случаи сообразно с рекомендациями. И, что интересно, даже авторы рекомендаций не настаивали на точном следовании им и указывали на необходимость индивидуального подхода. Означает ли это, что

мы приближаемся к эпохе персонализированной медицины?

Новые американские рекомендации по профилактике ССЗ только что обнародованы. Вскоре станет ясно, как они применяются на практике. Несмотря на то, что подходы в США сильно отличаются от европейских, мы, безусловно, выиграем от появления этих новых рекомендаций.

Для сведения см. заявление Европейского общества атеросклероза (ЕОА) в Приложении 1.

## Приложение 1

Новые американские рекомендации: «Рекомендации АКК/ААС 2013 г по снижению уровня холестерина в крови для уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза». Как они соотносятся с рекомендациями ЕОА/ЕОК по контролю дислипидемии (ДЛП)?

ААС и АКК недавно выпустили три документа, касающихся рекомендаций по профилактике ССЗ: первая часть о коррекции образа жизни, вторая по оценке сердечно-сосудистого риска (ССР), и третья часть «Снижение уровня холестерина в крови для уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза у взрослых». Появление в США обновленных рекомендаций по контролю уровня ХС является очень обнадеживающим событием. Аналогично рекомендациям по лечению ДЛП, опубликованным ЕОА и ЕОК в 2011 г, в рекомендациях ААС/АКК подчеркивается важность снижения уровня ХС липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) как для первичной, так и для вторичной профилактики ССЗ. Как европейские рекомендации, так и рекомендации ААС/АКК подчеркивают важность стратификации риска. В новых американских рекомендациях выделены четыре группы пациентов, которым требуется терапия статинами:

- лица с клинически проявляющимся атеросклерозом,
- лица с первичным повышением уровня ХС ЛНП > 4,9 ммоль/л (190 мг/дл),
- люди, страдающие СД, в возрасте 40–75 лет, с уровнем ХС ЛНП 1,8–4,9 ммоль/л (70–189 мг/дл) без клинических проявлений атеросклероза,
- лица без клинических проявлений атеросклероза или СД с уровнем ХС ЛНП 1,8–4,9 ммоль/л и риском развития клинических проявлений атеросклероза в течение 10 лет  $\geq 7,5\%$ .

В рекомендациях ЕОА/ЕОК стратификация риска представлена разделением на четыре группы по общему уровню ССР: очень высокий, высокий, умеренный и низкий риск. Профилактика реко-

**Сходства и различия в лекарственной терапии между рекомендациями ЕОА/ЕОК и АКК/ААС**

	<b>ЕОА/ЕОК</b>	<b>АКК/ААС</b>
Вторичная профилактика	Целевой уровень ХС ЛНП < 1,8 ммоль/л, или, по крайней мере, снижение на 50%. Если цель не может быть достигнута при помощи статинов, следует рассмотреть комбинированную терапию.	Высокая интенсивность терапии статинами. Если 50%-ное снижение не может быть достигнуто, следует рассмотреть возможность комбинированной терапии.
Непереносимость статинов при вторичной профилактике	Уменьшить дозу статина, рассмотреть возможность комбинированной терапии.	Умеренная или низкодозовая терапия статинами, рассмотреть возможность комбинированной терапии.
Первичная профилактика; ЛНП > 4,9 ммоль/л	Целевой уровень ХС ЛНП < 2,5 ммоль/л. Если целевой уровень не достигается – максимальное снижение ХС ЛНП с использованием соответствующих комбинаций лекарственных препаратов в переносимых дозах.	Терапия статинами высокой интенсивности, направленная на достижение как минимум 50% снижения ХС ЛНП. Если снижение на 50% не достигается, рассмотреть возможность дополнительной терапии.
Первичная профилактика при СД	СД в сочетании с другими ФР или поражением органов: целевой уровень ХС ЛНП ≤ 1,8 ммоль/л, или, по крайней мере, 50%-ное снижение. Неосложненный СД: целевой уровень ЛНП < 2,5 ммоль/л	СД с высоким риском: Высокая интенсивность терапии статинами. СД с низким риском: Умеренная интенсивность терапии статинами.
Первичная профилактика Высокий риск	SCORE ≥ 5% риск смертельного ССЗ: целевой уровень ХС ЛНП < 2,5 ммоль/л	Суммарный риск ССС > 7,5%: терапия статинами от умеренной до высокой интенсивности. Риск ССС 5–7,5%: умеренная интенсивность терапии статинами.

мендуется в соответствии с общей оценкой ССР. В европейских рекомендациях предлагается рассматривать медикаментозное снижение ХС ЛНП с целью первичной профилактики в случаях, когда общий ССР высок или очень высок и/или у пациентов с умеренным риском, если уровень ХС ЛНП ≥ 2,5 ммоль/л (100 мг/дл), несмотря на изменение образа жизни. В новых рекомендациях АКК/ААС лечение статинами рекомендуется для первичной профилактики у пациентов с риском сердечно-сосудистых осложнений атеросклероза в 7,5%, независимо от уровня ХС ЛНП, который соответствует 2,5% риска смерти от сердечно-сосудистых причин в течение 10 лет в соответствии со шкалой SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation). Такая стратегия АКК/ААС проявит себя в виде очень большого числа пациентов, которым будет назначено пожизненное лечение статинами в возрасте ≥ 40 лет. Учитывая назначение статинов такой большой части населения, вероятность проявления их побочных эффектов (ПЭ) достаточно велика.

В рекомендациях АКК/ААС предлагается новая модель оценки общего ССР (общие когортные уравнения). Из имеющихся документов невозможно определить, как эта модель будет соотноситься с европейской шкалой SCORE. Для такой модели важно, чтобы популяция, на которой получена такая модель, была как можно ближе к популяции, наблюдаемой практически врачами. Для жителей Европы поэтому предпочтительно продолжать использовать шкалу SCORE или национальные системы, калиброванные по SCORE.

Подход к лечению в разных группах риска по рекомендациям АКК/ААС определяется двумя вариантами: высокая или умеренная интенсивность терапии статинами (окончательный выбор стратегии часто производит клиницист на месте). Никакой цели лечения в ммоль/л ХС ЛНП не предлагается, хотя возможность устанавливать такие цели подразумевается. Конечно, можно утверждать, что само понятие целевого уровня спорно; т.к. такие цели часто основаны на экстраполяции имеющихся данных, но они также определяются и через оценку большого объема данных и последних научных достижений в соответствующей области. Целевые уровни лечения широко используются в различных клинических условиях, например, в лечении гипертонической болезни (ГБ) или СД типа 2. Целевые уровни являются важнейшим инструментом в повседневной клинической практике, помогая взаимодействию пациента и врача и улучшая их приверженность терапии. Кроме того, подход к снижению риска в целом должен быть индивидуален у каждого больного, что можно сделать более конкретным, если цели лечения определены. Упрощенный подход ограничения современных знаний по профилактике ССЗ только критериями, используемыми в рандомизированных, контролируемых исследованиях может ограничить использование потенциала, доступного для профилактики ССЗ при применении более широкой научной базы.

В плане контроля терапии статинами в рекомендациях АКК/ААС указано, что ожидаемое снижение уровня ХС ЛНП на 50% при интенсивной терапии

статины следует использовать в качестве контроля приверженности лечению; у пациентов высокого риска это может быть основанием для увеличения дозы или назначения дополнительной терапии. Такое положение остается на рассмотрение клиницистов на местах. В рекомендациях ЕОА/ЕОК снижение ХС ЛНП на 50% от исходного уровня также предлагается в качестве целевого у пациентов с очень высоким общим ССР, если невозможно достичь уровня ХС ЛНП <1,8 ммоль/л (70 мг/дл).

При сравнении рекомендаций следует учитывать, что рекомендации ЕОА/ЕОК предполагают более широкий подход к коррекции ДЛП в целом, в то время как рекомендации АКК/ААС концентрируются на терапии статинами с целью профилактики ССЗ. Поэтому в рекомендациях ЕОА/ЕОК более подробно обсуждаются специфические группы пациентов, такие как лица с СГХС, с сочетанием гиперлипидемии и СД, а также пациенты, перенесшие инсульт. Рекомендации ЕОА/ЕОК также включают в себя углубленное обсуждение вариантов медикаментозного лечения другими классами препаратов, а не только статинами.

Рекомендации ЕОА/ЕОК хорошо зарекомендовали себя в Европе. Они были широко приняты и адаптированы, и на основании сказанного выше, мы советуем использовать рекомендации ЕОА/ЕОК, как более подходящие для европейских условий. Европейские и американские рекомендации отличаются по своему подходу к снижению ХС: это не должно, однако, отрицать их общего акцента на важности снижения ХС ЛНП в целях профилактики ССЗ, а также крайней аналогии мнений касательно групп пациентов высокого риска, требующих медикаментозной терапии. Примеры сходства и различий по лекарственной терапии между этими двумя рекомендациями, представлены в табл. 1.

## Литература

1. Goff DC Jr, Lloyd-Jones DM, Bennett G, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013 Nov 12. [Epub ahead of print].