

Перші спільні Настанови Європейського кардіологічного товариства і Європейського товариства спеціалістів з питань атеросклерозу щодо ведення пацієнтів з дисліпідемією

Клініцисти мають ставити за мету комплексний ліпідний контроль, пропонуючи пацієнтам змінити спосіб життя і пристосовуючи методи лікування під конкретного пацієнта.

Серцево-судинна захворюваність, яка зростає великою мірою через світові пандемії ожиріння і цукрового діабету, становить велику проблему для клініцистів у XXI ст. Незважаючи на прогрес у цій сфері, залишається ще багато нереалізованих завдань щодо контролю дисліпідемії, яка є визначальним фактором ризику. Близько половини пацієнтів у Європі отримують неадекватне лікування [1, 2]. Нові надії відтепер покладено на перші європейські настанови, сфокусовані конкретно на проблемі дисліпідемії [3, 4]. Ці Настанови є спільним напрацюванням експертів з Європейського товариства спеціалістів з вивчення атеросклерозу (ЄТА) і Європейського кардіологічного товариства (ЄКТ). Документ було презентовано на Конгресі ЄТА в шведському місті Готенбург у червні 2011 р. Фахівці ставили за мету врахувати найновіші дані доказової медицини і запропонувати актуальні рекомендації щодо лікування широкого кола дисліпідемічних станів, у тому числі цукрового діабету та метаболічного синдрому.

Голова робочої групи ЄКТ професор Зелько Райнер (Zeljko Reiner), директор університетського лікарняного центру у Загребі, Хорватія, зазначив, що профілактику і лікування дисліпідемії завжди слід розглядати в ширшому контексті профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) і оцінки індивідуального серцево-судинного (СС) ризику пацієнта. «Ліпіди є найважливішим показником загального СС ризику, – каже професор Райнер. – У цих Настановах ми застосовуємо систему оцінки ризику SCORE, побудовану на європейських даних, і відповідно до неї поділяємо пацієнтів на категорії дуже високого, високого, помірнього і низького СС ризику. Визначення категорії ризику є основою для прийняття рішень щодо лікування. До групи помірнього ризику входить багато людей середнього віку, які з часом виявляють тенденцію до переходу в категорії більш високого ризику. Вірогідно, саме ці люди є тією групою, яка може мати найбільшу користь від дотримання рекомендацій про зміну способу життя і, в разі потреби, від медикаментозної терапії з метою контролю рівня ліпідів».

Холестерин ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) залишається основним пріоритетом у ліпідному контролі. Утім, цільові показники зазнали змін. Клініцисти мають орієнтуватися на рівень ХС ЛПНЩ нижче 3,0 ммоль/л (115 мг/дл) у пацієнтів помірнього СС ризику, <2,5 ммоль/л (100 мг/дл) у пацієнтів високого ризику і <1,8 ммоль/л (70 мг/дл) та / або (якщо цільового рівня досягти не вдається) принаймні 50% зниження показника ЛПНЩ у пацієнтів дуже високого ризику. Професор Алберіко Катапано (Alberico Catapano), голова робочої групи ЄТА, директор Центру вивчення атеросклерозу в Мілані, Італія, доповнює свого колегу: «Крім

визнання ХС ЛПНЩ як основної цілі, ми пропонуємо брати до уваги ще два показники: ХС без ліпопротеїдів високої щільності (ХС не-ЛПВЩ) і аполіпопротеїн В. Обидва вони дають змогу чітко оцінити ефективність терапії і вже у близькому майбутньому, по мірі накопичення даних доказової медицини, можуть стати альтернативним вибором при визначенні терапії». ХС не-ЛПВЩ підраховується як загальний ХС мінус ХС ЛПВЩ.

Пріоритетним завданням є комплексний ліпідний контроль. Типовим для багатьох пацієнтів високого ризику, включаючи осіб з цукровим діабетом 2-го типу і метаболічним синдромом, є поєднання високих рівнів тригліцеридів з низьким рівнем ХС ЛПВЩ. Близько третини дорослих людей у Європі мають рівень тригліцеридів >1,7 ммоль/л (150 мг/дл) з низьким рівнем або без низького рівня ЛПВЩ [1]. Навіть за належного контролю рівнів ХС ЛПНЩ ці люди мають високий СС ризик, як визнала нещодавня консенсусна нарада ЄТА [5]. У цій групі як вторинну ціль рекомендовано контроль показників ХС не-ЛПВЩ або аполіпопротеїну В.

У Настановах підкреслено, що лікування, спрямоване на модифікування рівнів ліпідів, має бути індивідуально підібрано для кожного пацієнта з урахуванням його загального СС ризику. «Те, що підходить 40-річному чоловікові без сімейного анамнезу ССЗ, не підходить для пацієнта похилого віку, який нещодавно переніс інсульт. Підхід до лікування має бути індивідуалізованим», – коментує координатор наукових оглядів ЄКТ професор Дон Полдерманс (Don Poldermans), керівник відділення передопераційної кардіології з медичного центру Еразмус у Роттердамі, Нідерланди.

Зміни у способі життя, зокрема припинення куріння, більш здорове харчування, фізичні вправи і помірність у споживанні алкоголю, мають бути найважливішим першим кроком до контролю ліпідів, і це стосується всіх пацієнтів. Пацієнтам високого ризику слід надати професійну допомогу спеціалістів, аби закріпити в них звички до здорового способу життя. Якщо сама лиш корекція способу життя не дозволяє досягти цільових рівнів ліпідів, препаратами вибору для зниження рівня ХС ЛПНЩ є статини. Професор Крістіан Фанк-Брентано (Christian Funck-Brentano), координатор наукових оглядів ЄКТ з Відділення фармакології та Центру клінічних досліджень Університету П'єра і Марії Кюрі, Париж, Франція, зазначає: «Вибір статину має базуватися на міркуваннях щодо того, наскільки значного зниження ХС ЛПНЩ слід досягти, а також на оцінці загального СС ризику конкретного пацієнта. Однак міркування щодо грошової вартості лікування та якості життя також слід брати до уваги. Це особливо стосується людей з низьким загальним СС ризиком, для яких лікування статинами зазвичай недоречно».

Якщо не вдається досягти контролю рівня ліпідів іншими способами, можна розглянути такий варіант, як комбінована терапія

інгібітором поглинання холестерину, секвестрантом жовчних кислот або нікотиною кислотою (ніацином). Таке лікування також може бути альтернативою, якщо пацієнт погано переносить статини. У пацієнтів з високим СС ризиком слід також проводити лікування для зниження рівня тригліцеридів і підвищення рівня ЛПВЩ. Високий показник тригліцеридів часто успішно знімається завдяки здоровому харчуванню та обмеженню вживання алкоголю. Медикаментозні варіанти включають фібрати, ніацин і поліненасичені жирні кислоти n-3, окремо або в поєднанні зі статином. При комбінованій або атерогенній дисліпідемії може бути доцільним поєднання статину з ніацином або фібратом (окрім гемфіброзилу).

Настанови містять рекомендації щодо лікування широкого кола пацієнтів. «Немає підстав заперечувати проти застосування статинів та інших препаратів у пацієнтів старшого віку, оскільки є чіткі докази, що зниження рівня холестерину ЛПНЩ є для них так само корисним, як і для молодших пацієнтів. Зокрема, лікування статинами знижує ризик інсульту у літніх людей, що має надзвичайно великий вплив на якість життя. Крім того, лікування важливе для жінок у період постменопаузи, оскільки загальний СС ризик у них часто буває високим. Недостатнє лікування жінок є реальною проблемою, що спонукає до негайних дій», – коментує професор Райнер. Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я показують, що в Європейському Союзі на СС3 припадає 55% смертей жінок порівняно з 43% смертей чоловіків.

Ще однією важливою проблемою є ведення генетично зумовлених дисліпідемій. Спадкова комбінована дисліпідемія, для якої характерним є високий рівень ХС ЛПНЩ, високий рівень тригліцеридів або ж підвищення обох цих показників, спостерігається приблизно у кожній сотій людини. Утім, як правило, її погано діагностують. «Більшість таких пацієнтів ідентифікують лише після інфаркту міокарда, і далі їх ведуть кардіологи. Слід співпрацювати з нашими колегами-клініцистами, аби зробити наголос на сімейному анамнезі та профілактичному скринінгу; це може допомогти виявляти спадкову дисліпідемію на більш ранніх стадіях і ефективно лікувати таких пацієнтів», – прокоментував професор Полдерманс.

Факти

Європейське кардіологічне товариство (ЄКТ) об'єднує понад 68 тисяч професіоналів-кардіологів з усієї Європи та регіону Середземномор'я. Організація вбачає свою місію у зменшенні тягаря серцево-судинних захворювань у Європі. Більше інформації про цю організацію – на сайті www.escardio.org.

Європейське товариство спеціалістів з вивчення атеросклерозу (ЄТА) представляє близько 1 тисячі теоретиків-науковців і лікарів-практиків. Місія ЄТА – досягти кращого розуміння причин, способів лікування і профілактики атеросклерозу. Більше інформації про цю організацію – на сайті www.eas-society.org

Серцево-судинні захворювання в Європі – статистика

Щороку СС3 стають причиною близько половини всіх смертей у Європі (близько 4,3 млн) і в Європейському Союзі (понад 2 млн). СС3 є основною причиною захворюваності і смертності в Європі, на них припадає 23% усіх захворювань.

В цілому, через СС3 економіка ЄС втрачає щороку приблизно 192 млрд євро. З усіх витрат, пов'язаних з СС3, близько 57% припадає на видатки системи охорони здоров'я, 21% – через втрату продуктивності праці і 22% – через догляд за людьми з СС3 їхніми близькими. Більше інформації щодо цього питання – на сайті www.ehnheartf.org.

Говорячи від імені ЄТА, Голова Конгресу ЄТА професор Олов Фіклунд (Olov Wiklund), старший професор Академії Сахлгрєнска при Університеті Готенбурга, Швеція, зазначив: «Ці Настанови пропонують нове глибоке розуміння складності дисліпідемії і більш конкретизовані рекомендації щодо лікування за різних клінічних ситуацій. Основний вплив це справить на підхід до дисліпідемії при метаболічному синдромі та цукровому діабеті. Крім того, Настанови допоможуть виявляти і лікувати пацієнтів зі спадковою дисліпідемією – групу пацієнтів, які мають високий ризик, але часто не отримують лікування. Настанови також звертають увагу на потребу більш інтенсивного лікування у пацієнтів з раніше виявленим серцево-судинним захворюванням».

Успішне впровадження цих провідних настанов допоможе наблизитися до реалізації спільної місії ЄКТ і ЄТА щодо зниження захворюваності на СС3 у Європі.

Література

1. Kotseva K., Wood D., de Backer G. et al.; EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* – 2009. – Vol. 16. – P. 121–137.
2. Banegas J.R., Lopez-Garcia E., Dallongeville J. et al. Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe // *Eur. Heart J.* – 2011. – doi:10.1093/eurheartj/ehr080 [Epub ahead of print April 6, 2011].
3. Reiner Z., Catapano A., de Backer G. et al. ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force on the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) // *Eur. Heart J.* – 2011. – doi:10.1093/eurheartj/ehr158 [Epub ahead of print].
4. Catapano A., Reiner Z., de Backer G. et al. ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. The Task Force on the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) // *Atherosclerosis*. – 2011. – doi:10.1016/j.atherosclerosis.2011.06.012 [Epub ahead of print].
5. Chapman M.J., Ginsberg H.N., Amarencu P. et al; European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Triglyceride-rich lipoproteins and high-density lipoprotein cholesterol in patients at high risk of cardiovascular disease: evidence and guidance for management // *Eur. Heart J.* – 2011. – Vol. 32. – P. 1345–1361. – doi:10.1093/eurheartj/ehr112.