

ДИСЛИПИДЕМИИ: ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ ESC/EAS 2019 ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ. ЧАСТЬ 1 – ОЦЕНКА РИСКА

В. М. Пырочкин, Ю. И. Карпович, Е. В. Мирончик, А. В. Ковтун

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь



Высокая частота распространения сердечно-сосудистых заболеваний ведет к рутинной индивидуальной оценке кардиоваскулярного риска у пациента, ведущей к коррекции терапии. В 2019 г. на Европейском конгрессе кардиологов были представлены обновленные рекомендации ESC/EAS (European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society – Европейское общество кардиологов/Европейское общество атеросклероза) по диагностике и лечению дислипидемий, в которых сформулированы новые подходы к оценке сердечно-сосудистого риска и с учетом его – коррекция дислипидемий. В статье рассмотрены основные аспекты клинического применения новых рекомендаций по лечению данной патологии.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, сердечно-сосудистый риск, дислипидемия, фармакотерапия.

Для цитирования: Дислипидемии: обзор рекомендаций esc/eas 2019 по диагностике и лечению. Часть 1 – оценка риска / В. М. Пырочкин, Ю. И. Карпович, Е. В. Мирончик, А. В. Ковтун // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2021. Т. 19, № 1. С. 119-122. <http://dx.doi.org/10.25298/2221-8785-2021-19-1-119-122>.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – основная причина смерти. Ежегодно в мире от ССЗ умирают около 17,4 млн человек. Дислипидемия является одним из основных и независимых факторов сердечно-сосудистого риска [1]. Этот фактор подвергается коррекции на протяжении последних лет с учетом изменений сердечно-сосудистого риска и определения целевых уровней липидных показателей.

На прошедшем в 2019 г. Европейском конгрессе кардиологов были представлены обновленные рекомендации ESC/EAS (European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society – Европейское общество кардиологов/Европейское общество атеросклероза) по диагностике и лечению дислипидемий, в которых сформулированы новые подходы к оценке сердечно-сосудистого риска и с учетом его – коррекция дислипидемий [2].

Появление новых рекомендаций обусловлено тем, что за последние годы были завершены многие крупные клинические исследования, а это позволило выделить главную цель – контроль липидных показателей, а именно холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП). В рекомендациях четко обозначена главная роль ХСЛПНП в развитии атеросклероза и ССЗ, также обсуждаются эффекты повышенного уровня триглицеридов (ТГ), липопротеина (а) и апоВ. В связи с этим важный момент гиполлипидемической терапии – контроль над этим показателем, что будет способствовать снижению осложнений от ССЗ [3].

Все современные рекомендации по профилактике ССЗ атеросклеротического генеза в клинической практике подчеркивают необходимость оценки общего ССР. Профилактика ССЗ атеросклеротического генеза у конкретного пациента ассоциирована с его общим ССР: чем выше риск, тем более агрессивным должно быть вмешательство.

Рекомендации ЕОК по профилактике ССЗ в клинической практике рекомендуют использование шкалы SCORE, поскольку она основана на

данных большой репрезентативной европейской когорты, к тому же ее относительно несложно адаптировать для отдельных стран [2]. Рекомендации по оценке ССЗ представлены в таблице 1.

Таблица 1. – Рекомендации по оценке сердечно-сосудистого риска

Table 1. – Recommendations for cardiovascular risk assessing

Оценка ССР с применением шкалы SCORE рекомендована бессимптомным лицам >40 лет без установленных ССЗ, СД, ХБП, семейной гиперхолестеринемии, или с ХС-ЛПНП >4,9 ммоль/л	IC
Высокий и очень высокий риск у лиц устанавливается на основании документированного ССЗ, СД, умеренно-тяжелой ХБП, очень высоких отдельных факторов риска по шкале SCORE, семейной гиперхолестеринемии	IC
Шкалы риска, рассчитанные для общей популяции, не рекомендованы для оценки ССР пациентам с СД и семейной гиперхолестеринемией	IIIС

На рисунке 1 представлена шкала SCORE для оценки фатальных событий ССЗ в регионах высокого сердечно-сосудистого риска [2].

На рисунке 2 представлена шкала SCORE для оценки фатальных событий ССЗ в регионах низкого сердечно-сосудистого риска [2].

Система SCORE предполагает достаточно ограниченное количество показателей для расчета риска: пол, возраст, уровень АД, общего холестерина (ОХ) и статус курения. В ее новой версии добавлен возраст 70 лет и исключено значение ОХ 8 ммоль/л. Этот уровень ОХ относит пациента к группе высокого риска.

По этой системе определяют вероятность развития у пациента фатальных ССЗ в течение 10 лет. Выделяют 4 категории 10-летнего риска фатальных ССЗ (рис. 3).

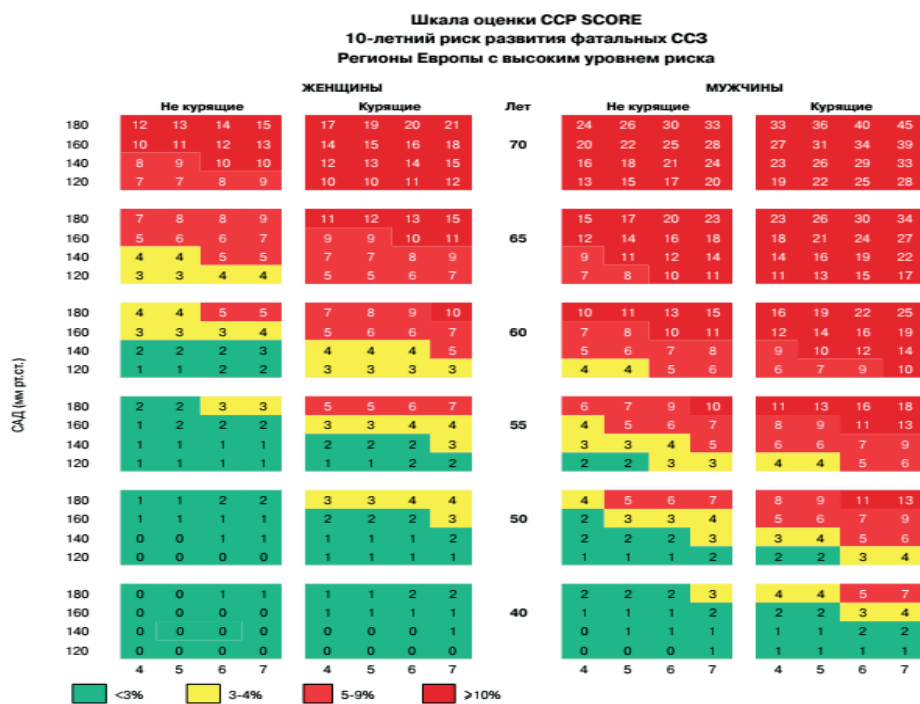


Рисунок 1. – Шкала SCORE для оценки фатальных событий ССЗ в регионах высокого сердечно-сосудистого риска [2]
Figure 1. – SCORE scale for assessing fatal CVD events in high cardiovascular risk regions [2]

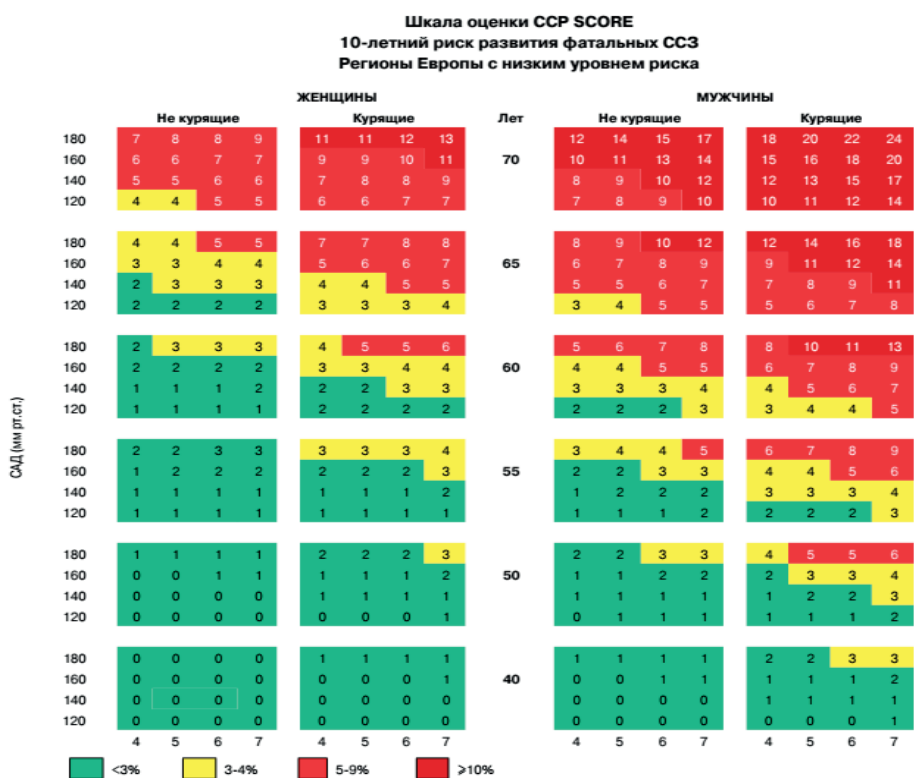


Рисунок 2. – Шкала SCORE для оценки фатальных событий ССЗ в регионах низкого сердечно-сосудистого риска [2]
Figure 2. – SCORE scale for assessing fatal CVD events in regions of low cardiovascular risk [2]

Следует учитывать, что подсчет риска по системе SCORE проводят у пациентов с пока отсутствующими ССЗ. В таблице представлены заболевания, наличие которых позволяет отне-

сти пациента к группе очень высокого ССР. Оценку по системе SCORE таким пациентам не проводят.

Внесены изменения в шкалу SCORE. Приведены факторы, влияющие на оценку риска по шкале SCORE. К ним относятся:

- Социальная депривация как причина многих ССЗ.
- Ожирение и центральное ожирение, диагностированные на основании индекса массы тела и окружности талии.
- Низкая физическая активность.
- Психологический стресс, включая жизненное истощение.
- Семейный анамнез раннего дебюта ССЗ (мужчины <55 лет, женщины <60 лет).
- Хронические иммуновоспалительные заболевания.
- Терапия по поводу ВИЧ-инфекции.
- Фибрилляция предсердий.
- Гипертрофия левого желудочка.
- Хроническая болезнь почек.
- Синдром обструктивного ночного апноэ.
- Неалкогольная жировая болезнь печени.

В рекомендациях много внимания уделяется использованию визуализирующих методик в оценке сердечно-сосудистого риска. Определе-

ние бляшек в сонных, бедренных артериях при ультразвуковом исследовании, индекса коронарного каль-

ция (табл. 2) рекомендуется рассматривать как модифицирующие факторы риска у пациентов с низким и промежуточным риском (класс IIa).

Определение бляшек в сонных, бедренных артериях при ультразвуковом исследовании, индекса коронарного каль-

ция (табл. 2) рекомендуется рассматривать как модифицирующие факторы риска у пациентов с низким и промежуточным риском (класс IIa).

Определение бляшек в сонных, бедренных артериях при ультразвуковом исследовании, индекса коронарного каль-

ция (табл. 2) рекомендуется рассматривать как модифицирующие факторы риска у пациентов с низким и промежуточным риском (класс IIa).

Определение бляшек в сонных, бедренных артериях при ультразвуковом исследовании, индекса коронарного каль-

ция (табл. 2) рекомендуется рассматривать как модифицирующие факторы риска у пациентов с низким и промежуточным риском (класс IIa).

Определение бляшек в сонных, бедренных артериях при ультразвуковом исследовании, индекса коронарного каль-

ция (табл. 2) рекомендуется рассматривать как модифицирующие факторы риска у пациентов с низким и промежуточным риском (класс IIa).

Определение бляшек в сонных, бедренных артериях при ультразвуковом исследовании, индекса коронарного каль-

ция (табл. 2) рекомендуется рассматривать как модифицирующие факторы риска у пациентов с низким и промежуточным риском (класс IIa).

Определение бляшек в сонных, бедренных артериях при ультразвуковом исследовании, индекса коронарного каль-

ция (табл. 2) рекомендуется рассматривать как модифицирующие факторы риска у пациентов с низким и промежуточным риском (класс IIa).

Определение бляшек в сонных, бедренных артериях при ультразвуковом исследовании, индекса коронарного каль-

ция (табл. 2) рекомендуется рассматривать как модифицирующие факторы риска у пациентов с низким и промежуточным риском (класс IIa).

Определение бляшек в сонных, бедренных артериях при ультразвуковом исследовании, индекса коронарного каль-

ция (табл. 2) рекомендуется рассматривать как модифицирующие факторы риска у пациентов с низким и промежуточным риском (класс IIa).



Рисунок 3. – Категории 10-летнего риска фатальных ССЗ [2]
Figure 3. – 10-year risk categories for fatal CVD [2]

Таблица 2. – Рекомендации по использованию визуализирующих методик для оценки ССР
Table 2. – Recommendations for the use of imaging techniques for CVR assessment

Рекомендации	Класс	Уровень
Выявление атеросклеротической бляшки в артерии (сонной или бедренной) при ультразвуковом исследовании следует считать фактором, способствующим изменению уровня риска у пациентов, относящихся к категории низкого или умеренного риска	IIa	B
Определение содержания коронарного кальция с помощью компьютерной томографии можно считать фактором, способствующим изменению уровня риска при оценке ССР у пациентов без клинических проявлений, относящихся к категории низкого или умеренного риска	IIb	B

Представленная в новых рекомендациях тактика снижения уровня ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) предполагает оценку ССР и оценку исходного уровня ХС ЛПНП. Помимо того, указано, что у отдельных пациентов низкого и умеренного риска рекомендована визуализация субклинического атеросклероза – доплерография сонных или бедренных артерий (рис. 4). При наличии сомнений пациенту можно выполнить спиральную компьютерную томографию с контрастированием коронарных артерий. Выявление бляшек размером >50% диаметра, индекс кальция >100 даже у пациентов с низким риском по системе SCORE может свидетельствовать о необходимости пересмотра категории риска и, возможно, выбора медикаментозной стратегии для пациента. Следует отметить, что уровень коронарного кальция увеличивается на фоне терапии статинами, поэтому этот показатель у пациентов, получающих лечение статинами, следует оценивать очень тщательно.

В новых рекомендациях к классифицирующим признакам категории риска добавились следующие признаки и заболевания, такие как сахарный диабет 1 типа, семейная гиперхолестеринемия (табл. 3).

Литература

1. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel / B. A. Ference [et al.] // Eur Heart J. – 2017. – Vol. 38, iss. 32. – P. 2459-2472. – doi: 10.1093/eurheartj/ehx144.

Таблица 3. – Классификация уровней сердечно-сосудистого риска
Table 3. – Classification of cardiovascular risk levels

Категория риска	Заболевания
Очень высокий	Документированные ССЗ: острый коронарный синдром (инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия), стабильная стенокардия, коронарная реваскуляризация, инсульт, транзиторная ишемическая атака, заболевания периферических артерий
	Атеросклероз по данным визуализации (субклинический): бляшки в коронарных артериях, по данным коронаровентрикулографии или спиральной компьютерной томографии (атеросклероз минимум двух больших эпикардиальных артерий со стенозом >50%) или атеросклероз сонных артерий, по данным ультразвукового исследования
	Сахарный диабет (СД) с поражением органов-мишеней, или с тремя классическими факторами риска, или СД 1 типа длительностью >20 лет
	Тяжелая хроническая болезнь почек (ХБП) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) <30 мл/мин/1,73 м ²)
	Семейная гиперхолестеринемия с ССЗ или другим классическим фактором риска
Рассчитанный 10-летний риск фатального ССЗ ≥10%	
Высокий	Значительно повышен показатель одного фактора риска: уровень общего ХС >8 ммоль/л, ХС ЛПНП >4,9 ммоль/л, уровень АД ≥180/110 мм рт. ст.
	СД без поражения органов-мишеней, СД длительностью >10 лет или другой классический фактор риска
	Умеренная ХБП (СКФ 30-60 мл/мин/1,73 м ²)
	Семейная гиперхолестеринемия без других факторов риска
	Рассчитанный 10-летний риск фатального ССЗ ≥5 – <10%
Умеренный	Пациенты молодого возраста с СД 1 типа в возрасте <35 лет, с СД 2 типа в возрасте <50 лет, с длительностью СД <10 лет без других классических факторов риска
	Семейная гиперхолестеринемия без других факторов риска
	Рассчитанный 10-летний риск фатального ССЗ ≥1% и <5%
Низкий риск	Рассчитанный 10-летний риск фатального ССЗ <1%

2. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk / F. Mach [et al.] ; ESC Scientific Document Group // Eur Heart J. – 2020. – Vol. 41, iss. 1. – P. 111-118. – doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.

3. Association Between Lowering LDL-C and Cardiovascular Risk Reduction Among Different Therapeutic Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis /

M. G. Silverman [et al.] // JAMA. – 2016. – Vol. 316, iss. 12. – P. 1289-1297. – doi: 10.1001/jama.2016.13985.

References

1. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E, Hegele RA, Krauss RM, Raal FJ, Schunkert H, Watts GF, Borén J, Fazio S, Horton JD, Masana L, Nicholls SJ, Nordestgaard BG, van de Sluis B, Taskinen MR, Tokgozoglul L, Landmesser U, Laufs U, Wiklund O, Stock JK, Chapman MJ, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel. *Eur Heart J.* 2017;38(32):2459-2472. doi: 10.1093/eurheartj/ehx144.
2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, Chapman MJ, De Backer GG, Delgado V, Ference BA, Graham IM, Halliday A, Landmesser U, Mihaylova B, Pedersen TR, Riccardi G, Richter DJ, Sabatine MS, Taskinen MR, Tokgozoglul L, Wiklund O; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-188. doi: 10.1093/eurheartj/ehz455.
3. Silverman MG, Ference BA, Im K, Wiviott SD, Giugliano RP, Grundy SM, Braunwald E, Sabatine MS. Association Between Lowering LDL-C and Cardiovascular Risk Reduction Among Different Therapeutic Interventions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA.* 2016;316(12):1289-1297. doi: 10.1001/jama.2016.13985.

DYSLIPIDEMIA: OVERVIEW OF THE ESC/EAS 2019 RECOMMENDATIONS FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT. PART 1 – RISK ASSESSMENT

V. M. Pyrochkin, Y. I. Karpovich, E. V. Mironchik, A. V. Kovtun
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The high incidence of cardiovascular disease leads to a routine individual assessment of the patient's cardiovascular risk, and to the correction of therapy. In 2019, at the European Congress of Cardiology, updated recommendations of the ESC/EAS (European Society of Cardiology / European Atherosclerosis Society) on the diagnosis and treatment of dyslipidemia were presented, new approaches to cardiovascular risk assessing and correction of dyslipidemia were formulated. The article discusses the main aspects of clinical use of the new recommendations for the treatment of this pathology.

Keywords: cardiovascular disease, cardiovascular risk, dyslipidemia, pharmacotherapy

For citation: Pyrochkin VM, Karpovich YI, Mironchik EV, Kovtun AV. Dyslipidemia: overview of the ESC/EAS 2019 recommendations for diagnostics and treatment. Part 1 – risk assessment. *Journal of the Grodno State Medical University.* 2021;19(1):119-122. <http://dx.doi.org/10.25298/2221-8785-2021-19-1-119-122>.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Об авторах / About the authors

Пырочкин Владимир Михайлович / Pyrochkin Vladimir, e-mail: gt-kafedra@yandex.ru, SCOPUS: 6507367299

*Карпович Юлия Ивановна / Karpovich Yuliya, e-mail: poluhovich1@gmail.com, ORCID: 0000-0001-8548-6414

Мирончик Елена Владимировна / Mironchik Elena, e-mail: elen_cor@mail.ru

Ковтун Анастасия Владимировна / Kovtun Nastassia, e-mail: nastyakovtun222@mail.ru

* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 23.12.2020

Принята к публикации / Accepted for publication: 21.01.2021