

Атеросклероз и Дислипидемии
Журнал национального общества по изучению атеросклероза
2017 №4 (29)
АННОТАЦИИ

Распространенность гиперхолестеринемии и применения статинов в амбулаторной практике в Российской Федерации. Исследование АЙСБЕРГ - диагностика пациентов с гиперхолестеринемией в условиях амбулаторной практики на раннем этапе с целью улучшения сердечно-сосудистого прогноза

М.В. Ежов¹, С.А. Близнюк¹, И.А. Алексеева¹, В.А. Выгодин²

¹«Национальный Медицинский Исследовательский Центр кардиологии» МЗ РФ, Москва

²«Национальный Медицинский Исследовательский Центр Профилактической медицины» МЗ РФ, Москва

Абстракт

Цель. Оценить распространенность первичной гиперхолестеринемии на амбулаторном уровне и частоту назначения статинов с достижением целевого уровня общего холестерина (ОХС) в различных округах Российской Федерации.

Материал и методы. В исследование включались лица старше 30 лет, обратившиеся к участковым терапевтам или кардиологам по различным причинам в течение одного месяца 2016 года. Определение уровня ОХС проводилось при помощи портативного фотометрического анализатора крови. Каждому участнику было проведено стандартное обследование, включающее оценку факторов риска атеросклероза, сердечно-сосудистого заболевания, стратификацию риска по шкале SCORE.

Результаты. В окончательный анализ вошли 18489 пациентов (60% женщины, средний возраст составил 60 лет). Отмечена высокая частота АГ (90%) и гиперхолестеринемии (84%), при среднем уровне ОХС - 6,2 ммоль/л. Частота тяжелой гиперхолестеринемии (более 8 ммоль/л) составила 5,6%. В 30% случаев зарегистрированы такие факторы риска как СД и курение. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и ее эквиваленты определены у 65% участников исследования. Частота применения статинов составила 32% и находится в обратной зависимости от категории сердечно-сосудистого риска, достигая максимума в 42% при очень высоком риске, при этом частота достижения целевого уровня ОХС менее 4,5 и 4,0 ммоль/л у пациентов высокого и очень высокого риска равна 5,0% и 5,7% соответственно. Среди лиц с ИБС, а также после перенесенного инсульта, частота применения статинов колеблется в интервале 50-60% с достижением целевого уровня ОХС менее 4,0 ммоль/л лишь в 4,0-11,4% случаев.

Заключение. Независимо от федерального округа РФ в амбулаторной практике характерна очень высокая частота гиперхолестеринемии и артериальной гипертонии (более 80%). Несмотря на сердечно-сосудистый риск, лишь около 40% пациентов принимают статины. Частота достижения целевого уровня общего холестерина при сердечно-сосудистых заболеваниях не превышает 12 %.

Ключевые слова: гиперхолестеринемия, амбулаторная практика, общий холестерин, сердечно-сосудистый риск, розувастатин, статины.

Лечение и вторичная профилактика стабильной ишемической болезни сердца.

В.П.Лупанов

«Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» МЗ РФ, Москва

Абстракт

В обзоре изложены современные принципы ведения и медикаментозного лечения стабильной ишемической болезни сердца. Дана характеристика основных лекарственных средств, возможности немедикаментозных методов лечения пациентов. Рассматривается рациональное использование современных антиангинальных и антиишемических лекарственных препаратов. Даются рекомендации по вопросам вторичной профилактики ишемической болезни сердца.

Ключевые слова: стенокардия напряжения, медикаментозное лечение, вторичная профилактика.

Коррекция дислипидемии при хронических формах ИБС: обзор международных рекомендаций.

Самородская И.В.

«Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России», Москва.

Абстракт

В статье представлен обзор 12 рекомендаций и 2х консенсусов профессиональных сообществ США, Великобритании и Европейского общества кардиологов по коррекции липидов крови у пациентов с документированными формами ИБС. Проведено сравнение целевых критериев липидснижающей терапии; показаний к применению статинов, эзетимиба, секвестрантов желчных кислот, фибратов, ингибиторов PCSK9, комбинированной терапии. Рассмотрены показания к методам лечения используемых в особых ситуациях; методы лечения рекомендуемые в одних руководствах и отсутствующие в других. Во всех рекомендациях препаратом первого ряда являются статины, в случае непереносимости или не достижения целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности – эзетимиб. Роль и место других препаратов (на фоне недостаточных доказательств влияния на неблагоприятные сердечно-сосудистые события) в рекомендациях отличаются.

Ключевые слова: ИБС, липидснижающая терапия, клинические рекомендации.

Анализ результатов исследования ACCORD Lipid. Положительное влияние комбинированной терапии статина и фенофибрата у больных сахарным диабетом 2 типа.

Н.Б. Горнякова, И.В. Сергиенко

«Национальный Медицинский Исследовательский Центр кардиологии» МЗ РФ, Москва

Абстракт

Статья посвящена анализу результатов исследования ACCORD Lipid – фрагменту крупного исследования ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes –

Действия по контролю сердечно-сосудистого риска при диабете), где впервые оценивалась клиническая эффективность комбинированной терапии с использованием статина и фибрата у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, по сравнению с монотерапией. Наибольший интерес в данном исследовании представляли результаты полученные в подгруппе пациентов с исходно высокими триглицеридами (ТГ) ($\geq 2,30$ ммоль/л) и низким уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) ($\leq 0,88$ ммоль/л), где определялось достоверное уменьшение частоты наступления первичной конечной точки, и составила 12,4% при терапии фенофибратом против 17,3% в группе контроля, в то время как у всех остальных участников 10,11% против 10,11% соответственно ($p=0,057$) не имело различий.

Резюме: Добавление фенофибрата к симвастатину у больных сахарным диабетом с высоким сердечно-сосудистым риском не привело к снижению сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, в общей популяции пациентов. Однако было достигнуто снижение первичной конечной точки, при анализе группы пациентов с высокими ТГ и низкими ЛПВП, в группе комбинированной терапии симвастатина и фенофибрата наблюдалось достоверное снижение относительного сердечно-сосудистого риска на 31% в сравнение с группой монотерапии симвастатином.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, дислипидемия, фенофибрат, ХС-ЛПВП, симвастатин, инсульт, триглицериды, инфаркт миокарда.

Оценка сократительной функции миокарда левого желудочка у пациентов с ИМпST после проведение мануальной тромбэкстракции: результаты трехлетнего наблюдения.

А.С. Терещенко, Г.К. Арутюнян, Е.В. Меркулов, Д.М. Кайралиев, А.Э. Гроссман, А.Н. Самко

«Национальный Медицинский Исследовательский Центр кардиологии» МЗ РФ, Москва

Абстракт

Введение: проведение мануальной тромбэкстракции предотвращает эмболию дистального русла. Результаты исследований противоречивы. В проведенных исследованиях не было оценено влияния тромбэкстракции на ремоделирование левого желудочка. Целью настоящего исследования - оценить влияние мануальной тромбэкстракции на ремоделирование левого желудочка по данным ЭХО-КГ у пациентов с острым инфарктом миокарда.

Материалы и методы: включено 200 пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. Больные разделялись на 2 группы: с первичным ЧКВ (пЧКВ) и со спасительным ЧКВ (сЧКВ). После коронароангиографии больные рандомизировались на две подгруппы: ЧКВ с проведением тромбэкстракции (ТЭ+) и стандартного ЧКВ (ТЭ-). За год наблюдения оценивались ЭХО-КГ показатели: фракция выброса (ФВ), конечно-диастолический объем (КДО), конечно-систолический объема (КСО), индекс асинергии (ИА).

Результаты: Через 1 год наблюдения ФВ ЛЖ в подгруппе пЧКВ ТЭ+ увеличилась на 4,99%, $p<0,001$; в подгруппе пЧКВ ТЭ- прирост ФВ ЛЖ составил 3,78%, $p=0,003$. В группе сЧКВ ТЭ+ ФВ в течение года достоверно не улучшилась. В группе сЧКВ ТЭ- ФВ ЛЖ увеличилась на 2,35% ($p=0,006$). КДО ЛЖ через год увеличился во всех подгруппах, меньше всего у больных с пЧКВ ТЭ+. КСО в течение года во всех группах достоверно не изменялся. ИА в группах пЧКВ ТЭ+ и сЧКВ ТЭ- достоверно снизился, в других группах

не изменился. Трехлетний анализ показал достоверный прирост ФВ во всех группах наблюдения. Наибольший прирост ФВ отмечался в группе пЧКВ ТЭ+ и составил 6% ($p=0,001$). Наименьший прирост в группе сЧКВ ТЭ+ и составил чуть более 2% ($p=0,002$). Наибольшее увеличение объемных показателей ЛЖ было зафиксировано у больных из группы сЧКВ ТЭ+ ($p<0,05$). Достоверное улучшение локальной сократимости (снижение индекса асинергии) было только в группе пЧКВ ТЭ+.

Заключение: у пациентов с ИМпСТ, которым проводилось пЧКВ и тромбоэкстракция, процессы ремоделирования ЛЖ (ФВ, КДО, КСО, ИА) протекают более благоприятно по сравнению с пЧКВ без тромбоэкстракции. При проведении спасительного ЧКВ, наоборот выполнение ТЭ ассоциируется с худшими исходами.

Ключевые слова: инфаркт миокарда, реваскуляризация миокарда, мануальная тромбоэкстракция, ремоделирование левого желудочка.

Взаимосвязь полиморфизмов генов ace, adra2b, adrb1, mthfr и enos, ассоциированных с артериальной гипертензией и нарушений липидного обмена

Т.А. Мулерова^{1,2}, А.А. Кузьмина¹, В.Н. Максимов³, М.И. Воевода³, М.Ю. Огарков^{1,2}

¹«Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово

²«Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей» МЗ РФ, г. Новокузнецк

³«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», г. Новосибирск

Абстракт

Цель: изучить ассоциации генов-кандидатов АГ ACE, ADRA2B, ADRB1, MTHFR и eNOS с нарушениями липидного обмена среди коренного и некоренного населения Горной Шории.

Материал и методы. Проведено клинико-эпидемиологическое исследование компактно проживающего населения в труднодоступных районах Горной Шории (п. Ортон, п. Усть-Кабырза Кемеровской области). Сплошным методом обследовано 1178 жителей указанных поселков, выборка состояла из взрослого населения (18 лет и старше).

Результаты. Распространенность дислипидемии при обследовании населения Горной Шории составила 64,8% среди коренного населения, 73,5% среди некоренного населения. Нарушения липидного обмена были выявлены реже в коренной этнической группе по сравнению с представителями некоренной национальности: гиперхолестеринемия – 59,4% против 66,4%, гипербетахолестеринемия – 54,1% против 64,0%, гипоальфахолестеринемия – 23,4% против 40,1%, гипертриглицеридемия – 23,7% против 44,8%, соответственно.

Заключение. В когорте шорцев прогностически неблагоприятный генотип DD гена ADRA2B встречался чаще и ассоциировался с гипертриглицеридемией. Гиперхолестеринемия и гипербетахолестеринемия взаимосвязаны с генотипом DD гена ACE. В когорте некоренного этноса прогностически неблагоприятные генотипы DD гена ACE, TT гена MTHFR встречались чаще и ассоциировались с гипоальфахолестеринемией. Гиперхолестеринемия, гипербетахолестеринемия и гипертриглицеридемия взаимосвязаны с генотипом DD гена ADRA2B.

Ключевые слова: дислипидемия, полиморфизм генов-кандидатов, ассоциации, шорцы, этнические группы.

Разработка калькулятора для лабораторной диагностики риска развития коронарного атеросклероза

Е.В. Каштанова^{1,2}, Я.В. Полонская¹, И.Н. Яковина², Н.А. Баннова², Ю.И. Рагино¹

¹«Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины», Новосибирск

²«Новосибирский государственный технический университет», Новосибирск

Абстракт

Целью данного исследования было разработать калькулятор для лабораторной диагностики риска развития коронарного атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС) включающий значимые биохимические показатели, характеризующие основные патогенетические звенья коронарного атеросклероза.

Материалы и методы. В исследование было включено 288 мужчин с ишемической болезнью сердца (из них 200 с ИБС на фоне коронарного атеросклероза, верифицированного данными коронароангиографии) и 312 мужчин без ИБС. У всех пациентов определяли биохимические показатели. Оценка риска развития коронарного атеросклероза проводилась с использованием логико-математического метода.

Результаты. В основу логико-математической модели положен ранее разработанный нами лабораторно-диагностический комплекс, в который вошли следующие показатели: исходный уровень продуктов перекисного окисления липидов в липопротеинах низкой плотности (ЛНП), резистентность ЛНП к окислению, концентрации в крови базального инсулина, С-реактивного белка, апопротеина (апо) А1 и апоВ, триглицеридов и холестерина липопротеинов высокой плотности. Для полученной обобщенной модели выполнялось ее тестирование на реальных данных и оценка, предполагающая расчет характеристик диагностической точности, специфичности и чувствительности.

Заключение. Данная модель представляет собой универсальную схему обработки лабораторных показателей, которая учитывает специфику разнородных диагностических данных и позволяет упростить процедуру анализа значений диагностических признаков.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца; риск; коронарный атеросклероз; лабораторная диагностика.

К 85-летию Давида Мееровича Аронова

К 80-летию Анатолия Александровича Лякишева

К 60-летию Михаила Ивановича Воеводы

К 75-летию Василия Васильевича Симерзина

Обоснование нового целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности в Российских рекомендациях по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Позиция экспертов НОА.

В. В. Кухарчук, М. В. Ежов, И. В. Сергиенко

В Российских рекомендациях по коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза, выпущенных в 2017 году, были впервые представлены новые целевые уровни ХС ЛНП для категории очень высокого сердечно-сосудистого риска [1]. Это было сделано, в первую очередь, вследствие публикации результатов 2 крупных рандомизированных клинических исследований (РКИ), где было показано дополнительное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений при снижении уровня ХС ЛНП ниже 1,5 ммоль/л (55 мг/дл) за счет присоединения к статинам гиполипидемических препаратов других классов.

Исследование IMPROVE-IT (Improved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial) – самое крупное и продолжительное РКИ по применению ингибитора абсорбции холестерина в тонком кишечнике эзетимиба, включившее 18144 больных, госпитализированных по поводу острого коронарного синдрома [2]. На момент включения больные не принимали эзетимиб или максимальную дозу любого статина, но должны были иметь относительно невысокий уровень ХС ЛНП (1,3-3,2 ммоль/л или 50-125 мг/дл). Период наблюдения за больными достигал 7 лет. Через 1 год наблюдения средний уровень ХС ЛНП в группе эзетимиба составил 1,4 ммоль/л (54 мг/дл), что на 0,4 ммоль/л (14 мг/дл) меньше, чем в группе симвастатина. В группе комбинированного лечения было продемонстрировано значимое снижение суммарного количества смертельных исходов вследствие сердечно-сосудистых причин, инфаркта миокарда, госпитализации по поводу нестабильной стенокардии, коронарной реваскуляризации и инсульта на 6,4% (относительный риск (ОР)=0,936; 95% доверительный интервал (ДИ)=0,89-0,99, $p=0,016$), снижение абсолютного риска на 2,0%. Важно отметить, что 27% или 4 933 участников исследования имели сахарный диабет (СД) 2 типа [2]. У больных диабетом, получавших эзетимиб, отмечено более существенное снижение относительного и абсолютного риска сердечно-сосудистых осложнений (компонентов первичной конечной точки) на 14% (ОР=0,86; 95%ДИ=0,78-0,94) и 5,5%, соответственно.

Исследование FOURIER (Further cardiovascular Outcomes Research with PCSK9 Inhibition in subjects with Elevated Risk) с участием 27564 пациентов из 49 стран было спланировано для подтверждения гипотезы, что присоединение мощного гиполипидемического препарата эволокумаба к терапии статинами может снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений у лиц 40-85 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (инфаркт миокарда, инсульт, поражение периферических артерий) и уровнем ХС ЛНП $\geq 1,8$ ммоль/л [3]. Первичная конечная точка состояла из смертельных исходов от сердечно-сосудистых причин, инфаркта миокарда, инсульта, госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии и реваскуляризации миокарда, тогда как вторичная конечная точка включала лишь сердечно-сосудистую смерть, инфаркт миокарда или инсульт.

Средний возраст участников составил 62 года, 75% были мужчины, артериальная гипертензия отмечена у 80%, СД – у 34%, курение – у 28%. В исследование вошли пациенты с атеросклеротическим поражением различных сосудистых бассейнов: 22040 пациентов (81%) в прошлом перенесли инфаркт миокарда (из них 5500 в сроки от 4 недель до 1 года перед включением в исследование), у 5330 (19%) в анамнезе был негеморрагический инсульт и у 3640 (13%) - периферический атеросклероз. Пациенты находились на адекватной гиполипидемической терапии: 69,2% получали статины в режиме высокой интенсивности и 30,4% - умеренно интенсивную терапию статинами, у 5,1% дополнительно к статинам назначали эзетимиб.

Участники, рандомизированные в группу активного лечения, получали эволокумаб подкожно в дозе 140 мг 1 раз в 2 недели или 420 мг в месяц, тогда как пациентам в группе контроля на протяжении исследования подкожно вводили плацебо к эволокумабу. Медиана наблюдения в исследовании составила 2,2 года. Была подтверждена высокая гиполипидемическая эффективность эволокумаба: уровень ХС ЛНП снизился на 59% с

2,40 ммоль/л до 0,78 ммоль/л. Впервые было продемонстрировано положительное влияние терапии эволокумабом на сердечно-сосудистые исходы: частота событий, оцениваемых по первичной конечной точке, в группе эволокумаба была ниже на 15% (OR=0,85, 95%ДИ=0,79-0,92 $p < 0,001$), а по вторичной точке – ниже на 20% (OR=0,80, 95%ДИ=0,73-0,88, $p < 0,001$), чем в группе плацебо. Следует отметить, что эффективность препарата не зависела от исходных характеристик пациентов, включая уровень ХС ЛНП. В ходе исследования была подтверждена безопасность эволокумаба: количество нежелательных явлений было сопоставимо между группами эволокумаба и плацебо за исключением реакций в месте инъекции, которые были редки, но все же возникали чаще на эволокумабе (2,1% в сравнении с 1,6% на плацебо), при этом частота прекращения инъекций из-за местных реакций в каждой группе не превышала 0,1% [2].

Чуть позднее были представлены результаты дополнительного, заранее спланированного анализа, целью которого было определение связи между границами и степенью снижения уровня ХС ЛНП и частоты сердечно-сосудистых осложнений [4]. В этот анализ были включены 25982 человек (94% от общего количества рандомизированных, 13013 на эволокумабе, 12969 – плацебо). Их ранжировали по уровню достигнутого к 4-й неделе лечения ХС ЛНП на 5 подгрупп: $<0,5$ ммоль/л ($n=2669$), $0,5-1,3$ ммоль/л ($n=8003$), $1,3-1,8$ ммоль/л ($n=3444$), $1,3-1,8$ ммоль/л ($n=7471$), $>2,6$ ммоль/л ($n=4395$). Было отмечено, что при снижении ХС ЛНП вплоть до $0,2$ ммоль/л ($7,7$ мг/дл) уменьшается частота сердечно-сосудистых осложнений без увеличения риска нежелательных явлений. Однако статистически значимое снижение частоты событий из первичной и вторичной конечных точек было показано только в первых двух подгруппах низких значений ХС ЛНП, т.е. менее $0,5$ и $1,3$ ммоль/л: на 24% и 15% [OR=0,76 (0,64-0,90) и 0,85 (0,76-0,96)] для первичной точки и на 31% и 25% $0,69$ (0,56-0,85) и $0,75$ (0,64-0,86) для вторичной точки, соответственно. В связи с этими данными, авторы отметили целесообразность пересмотра целевого уровня ХС ЛНП в современных рекомендациях для лиц очень высокого сердечно-сосудистого риска [4].

Важно отметить, что по данным опубликованного в 2014 году мета-анализа 8 важнейших РКИ со статинами [5] ($n=38153$, 6286 сердечно-сосудистых осложнений у 5387 человек) была продемонстрирована меньшая частота сердечно-сосудистых осложнений при уровне ХС ЛНП $<1,3$ ммоль/л (50 мг/дл). При сравнении с участниками с уровнем ХС ЛНП $>4,5$ ммоль/л (175 мг/дл) было отмечено прогрессивное снижение относительного риска развития сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от уровня ХС ЛНП: $\sim 2,0-2,6$ ммоль/л (75–100 мг/дл), $1,3-2,0$ ммоль/л 50–75 мг/дл, и $<1,3$ ммоль/л 50 мг/дл: $0,56$ (95% ДИ 0,46–0,67), $0,51$ (0,42–0,62) и $0,44$ (0,35–0,55), соответственно.

В 2017 году вышли обновленные рекомендации ряда медицинских ассоциаций, представивших измененные целевые уровни ХС ЛНП у некоторых категорий больных. Так, в феврале 2017 года в США Коллегия эндокринологов и Ассоциация клинических эндокринологов выделили категорию лиц с крайне высоким риском: прогрессирующее сердечно-сосудистое заболевание атеросклеротического генеза, включая нестабильную стенокардию, несмотря на достижение уровня ХС ЛНП = $1,8$ ммоль/л, или клинически значимое сердечно-сосудистое заболевание атеросклеротического генеза в сочетании с СД 2 типа, хроническая болезнь почек 3-4 стадии, и/или гетерозиготной семейной гиперхолестеринемией, или с отягощенным семейным анамнезом. Для этих больных был предложен более жесткий целевой уровень ХС ЛНП <55 мг/дл ($1,5$ ммоль/л) [6]. В июле 2017 года 3 бразильских общества (кардиологов, диабетологов, эндокринологов) выпустили рекомендации по ведению сахарного диабета и предложили для больных сахарным диабетом в сочетании с очень высоким риском целевой уровень ХС ЛНП <50 мг/дл ($1,3$ ммоль), подчеркнув, что класс и уровень доказательства в настоящее время достигают уже максимального - I A [7].

Таким образом, авторский коллектив Российских рекомендаций по коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза считает оправданным снижение целевого уровня ХС ЛНП до значения ниже 1,5 ммоль/л у больных очень высокого риска с целью вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений. При этом следует подчеркнуть, что усилия врачей практического звена должны быть направлены, в первую очередь, на обеспечение приверженности к непрерывной (пожизненной) терапии статинами в адекватных дозировках. Тем не менее, достижение очень низких значений ХС ЛНП (менее 1,5 ммоль/л) как с помощью статинов, так и комбинированной терапии статинами с эзетимибом или эволокумабом сопровождается значимым дополнительным снижением риска повторных сердечно-сосудистых катастроф (класс и уровень доказанности IIa B).

Отчёт о X Ежегодной конференции Национального общества по изучению атеросклероза

И.В. Сергиенко, М.В. Ежов

30 сентября 2017 г. состоялась десятая ежегодная научно-практическая конференция Национального общества по изучению атеросклероза «Прорыв в борьбе с атеросклерозом». В работе однодневной конференции приняло участие около 300 человек. С первым докладом выступил известный кардиолог из Голландии Питер Лансберг, который продемонстрировал основные достижения в области борьбы с атеросклерозом, а также, проблемы в данном вопросе. Основную проблему профессор Лансберг видит в разрыве между научными достижениями и реальной клинической практикой, а также в том, что лечение пациентов с заболеваниями, вызванными атеросклерозом, как правило начинается после клинической манифестации, что недопустимо. Кроме того, практически отсутствует первичная профилактика, которая является не менее важной, чем вторичная. С докладами выступили Российские кардиологи из различных регионов РФ, являющиеся лидерами в вопросах борьбы с атеросклерозом.

Были подняты вопросы, касающиеся статинотерапии. Сделан акцент на том, что в средствах массовой информации появляются публикации, ставящие под сомнения патологическую роль холестерина ЛНП в формировании атеросклеротической бляшки. Это приводит как к отказу от терапии статинами, так и к использованию статинов в неадекватных дозах, что ведёт к учащению возникновения сердечно-сосудистых событий. Была обсуждена проблема достижения целевых уровней липидов у пациентов различных категорий риска, продемонстрированы случаи, когда необходимо использовать комбинированную гиполипидемическую терапию, в частности комбинацию статин с эзетимибом.

Большое внимание было уделено проблеме диагностики и лечения семейной гиперхолестеринемии (СГХС). Были сделаны сообщения об успехе в выявлении данных пациентов, о создании липидных центров и о необходимости систематизировать получаемую информацию в рамках Российского регистра. Обсуждалась возможность использования ингибиторов PCSK9 у данной категории больных и необходимость государственной поддержки лечения данными препаратами больных с СГХС. Были показаны успехи в использовании данных препаратов в рамках программ ODYSSEY и PROFICIO. Отмечено, что появился новый класс препаратов, позволяющий влиять как на суррогатные, так и на твёрдые конечные точки.

Заслушаны сообщения, посвященные наиболее передовым новостям международного значения, в частности, успехам в использовании ингибитора интерлейкина 1 бета – канакиумаба, исследование CANTOS. Показаны достижения,

связанные с терапией новыми классами препаратов, используемыми для снижения уровня апоСIII (воланесорсен), PCSK9 (инклизиран).

Были сделаны практические доклады, посвященные вопросам диагностики и лечения пациентов с атеросклерозом в реальной клинической практике. Также были приняты отчеты Президента и Директора НОА о проведенной работе.