

Практические аспекты гиполипидемической терапии

Интервью с руководителем лаборатории клиномики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, врачом-кардиологом, липидологом, кандидатом медицинских наук Александрой Игоревной Ершовой

Для цитирования: Практические аспекты гиполипидемической терапии. Интервью с А.И. Ершовой. Consilium Medicum. 2019; 21 (5): 33–37. DOI: 10.26442/20751753.2019.5.190453

Interview

Practical aspects of lipid-lowering therapy

Interview with the head of the clinomic laboratory at the National Medical Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health of Russia, cardiologist, lipidologist, Candidate of Medical Sciences Alexandra I. Ershova

For citation: Practical aspects of lipid-lowering therapy. Interview with A.I. Ershova. Consilium Medicum. 2019; 21 (5): 33–37. DOI: 10.26442/20751753.2019.5.190453

– Александра Игоревна, как принимается решение о назначении гиполипидемической терапии в соответствии с современными рекомендациями?

– Гиполипидемическая терапия – полноправная опция в практике кардиолога и терапевта. Принимать решение о назначении гиполипидемических препаратов врачам приходится довольно часто, главным образом при обращении пациентов старше 40–50 лет. Прежде всего необходимо определить, к какой группе риска развития сердечно-сосудистого заболевания – очень высокого, высокого, умеренного или низкого – относится пациент. Когда мы имеем дело с пациентами очень высокого или высокого риска, ответ на вопрос о назначении гиполипидемической терапии однозначен.

К категории очень высокого риска относятся прежде всего лица, перенесшие какое-то событие (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда, инсульт, транзиторную ишемическую атаку, операцию реваскуляризации коронарных и других артерий). То есть при назначении гиполипидемической терапии в данном случае речь идет о вторичной профилактике, польза гиполипидемической терапии при которой безусловна и подтверждена большим числом клинических исследований. Кроме того, к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска (ССР) относятся пациенты со значимым атеросклеротическим поражением. Атеросклероз оценивается как значимый, если при визуализирующих методах обследования выявлена атеросклеротическая бляшка, стенозирующая артерию на 50% и более или имеющая признаки нестабильности, при этом не имеет значения ее локализация – в коронарных или периферических, в том числе сонных, артериях. Пациенты со значимым атеросклерозом требуют немедленного назначения гиполипидемической терапии. Отношение к ним должно быть такое же настороженное, как к лицам с уже перенесенными событиями.

Важно напомнить, что к категории очень высокого ССР, согласно современным рекомендациям, как европейским, так и западным, также относятся больные с сахарным диабетом с поражением органов-мишеней, пациенты с хронической болезнью почек тяжелой степени (скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин/1,73 м²), а также лица с 10-летним риском фатального исхода сердечно-сосудистых заболеваний по SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) 10% и более.

Гиполипидемическая терапия показана и пациентам из категории высокого риска с уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) более 2,5 ммоль/л. Это лица, у которых либо по шкале SCORE риск развития сердечно-сосудистой смерти в ближайшие 10 лет оценен в



5–9%, либо имеется сахарный диабет, но еще нет поражения органов-мишеней, либо III стадия хронической болезни почек, либо выявлен какой-то выраженный фактор риска, например, высокий уровень ХС (общий ХС – ОХС > 8 ммоль/л) или артериальное давление (АД) выше 180/110 мм рт. ст. Так, всех взрослых больных с семейной гиперхолестеринемией надо относить как минимум к категории высокого ССР, вне зависимости от возраста.

В соответствии с российскими рекомендациями «Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза» 2017 г. целевой уровень ХС ЛПНП значительно разнится в зависимости от того, оценен риск как очень высокий или высокий: для высокого риска это показатель ниже 2,5 ммоль/л, для очень высокого риска – ниже 1,5 ммоль/л.

С пациентами очень высокого и высокого риска все понятно. Вопрос о необходимости гиполипидемической терапии часто возникает у пациентов умеренного и низкого риска, которые в возрасте до 65 лет составляют около 70% популяции, что было показано в ходе крупного эпидемиологического многоцентрового исследования ЭССЕ-РФ. Контингентом для ЭССЕ-РФ было выбрано взрослое население страны в возрасте 25–64 лет. Исследование проводилось в 17 регионах России.

В чем заключается трудность назначения гиполипидемической терапии у лиц невысокого риска? Сложность заключается в том, что нет четких критериев.

Подход, который предлагают, например, и европейские рекомендации 2016 г., и российские рекомендации по лечению дислипидемий 2017 г., предполагает оценку риска по шкале SCORE и определение уровня ХС ЛПНП. При умеренном ССР целевой уровень ХС ЛПНП должен быть ниже 3 ммоль/л. Если у пациента уровень ХС ЛПНП < 3 ммоль/л, коррекция не проводится. На практике этот показатель редко бывает ниже 3 ммоль/л, чаще он выше. Тогда встает вопрос о назначении гиполипидемической терапии. Документы говорят о том, что мы должны порекомендовать пациенту модификацию образа жизни (коррекцию питания, усиление физических нагрузок). Если на фоне модификации образа жизни у пациента не снизился ХС ЛПНП < 3 ммоль/л, то следует рассмотреть назначение гиполипидемической терапии. Согласно рекомендациям врач не обязан ее назначать, но он должен оценить потребность в ней. При этом принятое врачом решение не всегда объективно, поскольку подвержено его субъективному отношению непосредственно к статинам, а также к показаниям к их назначению.

Также важно напомнить, что шкала оценки риска SCORE, рутинно используемая в нашей практике, предназначена для пациентов в возрасте от 40 до 65 лет. В итоге лиц в возрасте до 40 лет а priori относят к группе низкого риска и считают, что в гиполипидемической терапии они не нуждаются. При этом есть работа, показавшая, что ССР 70% мужчин с ранним развитием инфаркта миокарда при его оценке с помощью традиционных факторов риска был бы расценен как низкий.

Здесь стоит напомнить, что при оценке риска с помощью шкалы SCORE мы имеем возможность учесть только влияние таких факторов риска, как возраст, пол, курение, ОХС, уровень АД. В то же время на сегодняшний день есть и другие доказанные критерии для принятия решения о назначении гиполипидемической терапии у лиц невысокого риска. Это так называемые модификаторы ССР, которые позволяют уточнить риск у пациентов с одними и теми же входными данными: одинаковым АД, возрастом, полом и др.

К сильным модификаторам риска относятся наличие раннего сердечно-сосудистого заболевания, снижение лодыжечно-плечевого индекса. Кроме того, наличие у пациента ожирения – это тоже дополнительный фактор, свидетельствующий в пользу более высокого ССР, чем полученный на основании SCORE. В последние годы все большее признание во всем мире получает еще один модификатор ССР – *коронарный кальций*. При индексе коронарного кальция 300 единиц Агатстона и более мы можем говорить о высоком ССР, несмотря на то что по шкале SCORE получен, например, умеренный риск.

Некоторое время назад мы ориентировались на такой суррогатный маркер атеросклероза, как толщина комплекса интима-медиа сонных артерий. В настоящее время этот параметр исчез из рекомендаций. Однако растет признание такого модификатора риска, как факт наличия *атеросклеротических бляшек в сонных артериях*. У него есть большие перспективы, ведь в отличие от других факторов и модификаторов риска, этот показатель отражает не только риск, но и выраженность атеросклеротического процесса на данный момент. Вопрос в том, как использовать знание о наличии бляшек в сонных артериях на практике.

В российских рекомендациях 2017 г. написано, что все пациенты, у которых есть бляшки 20% и более в сонных и других периферических артериях, относятся к категории высокого риска, а следовательно, всем, у кого обнаружена атеросклеротическая бляшка со стенозом 20% и более, должна быть назначена гиполипидемическая терапия. Нужно подчеркнуть, что нет ни одного исследования, которое бы это доказало. В актуальных американских и европейских документах таких показаний нет. Обратимся к примеру: на приеме пациентка 60 лет, которая не курит, с нормальным АД, невысоким уровнем ХС, допустим уровень ХС ЛПНП 5,2 ммоль/л, без ожирения. Она будет относиться к категории умеренного риска. Однако на ультразвуковом исследовании сонных артерий у нее выявлена единственная атеросклеротическая бляшка, стенозирующая просвет артерии на 20%, а это модификатор риска. Получается, согласно российским рекомендациям, что женщине 60 лет без традиционных факторов риска и с минимальными проявлениями атеросклероза, которые являются нормой для ее возраста, надо назначить гиполипидемическую терапию? Другой пример: пациентка 40 лет с теми же самыми входными данными, но множественными стенозами до 20%. Согласно SCORE у нее даже низкий риск. Думаю, большинство со мной согласится, что такой молодой пациентке, несмотря на отсутствие основных факторов риска, но с ранним развитием атеросклероза, назначение гиполипидемической терапии будет обоснованным. В последнем случае выявление атеросклеротических бляшек в раннем возрасте действительно выступает в качестве модификатора риска и может служить доводом в пользу более раннего начала гиполипидемической терапии.

Европейские рекомендации говорят о том, что бляшки в сонных артериях могут служить модификатором риска у ряда пациентов, но как именно реклассифицировать пациентов в другую категорию риска с учетом данных об атеросклерозе сонных артерий пока неизвестно. Нужно понимать, что пока что у нас имеются результаты только тех исследований, которые показали связь между фактом наличия атеросклеротических бляшек на периферии (в основ-

ном исследования проводились на сонных артериях, частично на бедренных) и высоким ССР. При этом нет исследований, уточняющих степень риска в зависимости от размера стеноза, количества бляшек, возраста пациента.

В качестве модифицирующего фактора также может выступать наличие аутоиммунного или другого воспалительного заболевания. Например, у вас на приеме молодой пациент умеренного риска с начальными признаками атеросклероза. При решении о назначении гиполипидемической терапии поможет тщательный сбор анамнеза, а также, при подозрении на какое-либо системное воспалительное заболевание, оценка уровня С-реактивного белка как маркера системного воспаления. Определение этого маркера не является обязательным, но может помочь врачу грамотно вести пациента.

Таким образом, при принятии решения о назначении гиполипидемической терапии в большинстве случаев требуется индивидуальный подход, опирающийся не только на показатели шкалы SCORE, но и модификаторы риска, в частности выраженность атеросклероза на момент оценки риска.

Оценивая ССР, важно не забывать, что повышение уровня ХС может быть обусловлено какой-то вторичной причиной. Чаше всего, конечно, это нарушение диеты. Но помимо диеты к увеличению уровня ХС могут приводить различные заболевания (эндокринные – гипотиреоз, синдром Кушинга), заболевания почек (нефротический синдром, холестаз и др.), прием тех или иных лекарственных препаратов. Поиск причин нарушения липидного обмена может вывести на какой-то альтернативный диагноз. Вылечив основное заболевание или заменив лекарственные препараты, в ряде случаев можно достичь нормализации уровня ХС и без назначения гиполипидемической терапии.

– Какие исследования должны быть проведены перед назначением гиполипидемической терапии?

– Все обследование можно разделить на 3 направления:

- Исследования, требующиеся для оценки риска и принятия решения о необходимости гиполипидемической терапии.
- Исследования, позволяющие оценить выраженность атеросклероза на момент начала терапии для дальнейшей оценки динамики атеросклеротического процесса на фоне терапии.
- Исследования для оценки противопоказаний к назначению гиполипидемической терапии.

Тщательный сбор анамнеза, выявление основных факторов риска в идеале должны быть дополнены инструментальными методами обследования. Мы уже выше говорили о дуплексном сканировании сонных артерий, мультиспиральной компьютерной томографии коронарных артерий с оценкой индекса коронарного кальция, определении лодыжечно-плечевого индекса. Я бы еще добавила дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, прежде всего бедренных артерий. На сегодняшний день накапливаются данные о связи между атеросклерозом бедренных и коронарных артерий, наличие атеросклероза в бедренных артериях может так же, как и атеросклероз в сонных артериях, указывать на более высокий риск. Этого пока нет в рекомендациях, но я думаю, что это вопрос времени. Оценка выраженности атеросклероза с помощью перечисленных методов обследования важна как для оценки риска, так и для дальнейшего наблюдения в динамике.

Неотъемлемой частью обследования является **лабораторная диагностика**. Прежде всего для врача представляет интерес липидный профиль пациента: ОХС, ХС ЛПНП, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ). Достижение целевого уровня ХС ЛПНП – первичная цель гиполипидемической терапии. Но для оценки риска также необходимо определять уровень ОХС, ХС ЛПВП и ТГ. Еще на один показатель хотелось бы обратить

внимание – это ХС-не-ЛПВП. Этот показатель особенно информативен у пациентов с повышенным уровнем ТГ (более 4,5 ммоль/л), когда нельзя воспользоваться формулой Фридвальда, а следовательно, нельзя рассчитать уровень ХС ЛПНП. ХС-не-ЛПВП у таких пациентов также может служить целью гиполипидемической терапии.

Есть еще один независимый маркер ССР, о котором много говорят в последнее время – это *липопротеин (а)*. Он достаточно хорошо изучен, мы понимаем, что если липопротеин (а) более 50 мг/дл, то риск сердечно-сосудистых заболеваний выше. Причем его повышение генетически обусловлено. Этот маркер может быть нам полезен для принятия решения о начале гиполипидемической терапии у лиц с пограничным риском: например, у пациентов с низким или умеренным риском по шкале SCORE и невысоким уровнем ХС, но семейным анамнезом раннего сердечно-сосудистого события или у пациента, допустим, 40 лет с начальными признаками атеросклероза сонных артерий и еще без коронарного атеросклероза. Таких пациентов нужно обследовать более тщательно, и среди прочего можно уточнить уровень липопротеина (а). Обнаружение маркеров, ассоциированных с более ранним развитием атеросклероза, помогает врачу не только в принятии решения о назначении терапии, но и в разъяснительной беседе с пациентом. Их выявление усиливает доводы врача, способствует приверженности терапии.

Как уже упоминалось, при более тщательном обследовании пациента можно уточнить уровень *С-реактивного белка* как маркера воспаления, повышение которого может быть доводом к назначению гиполипидемической терапии.

Полезными скорее для понимания патогенеза более тяжелого течения атеросклероза, чем для оценки риска, могут оказаться и такие маркеры, как *гомоцистеин* (маркер тромбоза) и *фибриноген* (маркер воспаления). Для рутинной практики они не рекомендуются.

У пациентов с быстро прогрессирующим течением атеросклероза следует оценить *маркеры антифосфолипидного синдрома*.

И, конечно же, обследование, проводимое до начала гиполипидемической терапии, должно быть направлено на выявление противопоказаний, с одной стороны (это оценка уровня *аланинаминотрансферазы* – АЛТ и *креатинфосфокиназы* – КФК), а с другой стороны, важно знать исходный уровень этих ферментов для дальнейшей оценки ответа на гиполипидемическую терапию. Например, уровень АЛТ исходно немного повышен (допустим, повышение составляет менее 2 норм), это не является противопоказанием для применения статинов. Пациент начинает принимать статины, и через 1 мес в анализе крови вновь регистрируется повышенный уровень АЛТ, также в пределах 2 норм. Если бы мы не знали, что уровень АЛТ до терапии статинами был также повышен, мы бы сразу полагали, что это повышение обусловлено исключительно их приемом, а в данном случае, напротив, можно говорить о хорошей переносимости препарата. Еще на что хотелось бы обратить внимание и о чем часто забывают – согласно рекомендациям достаточно контролировать только уровень АЛТ, а контроль аспартатаминотрансферазы не требуется.

– Какие препараты улучшают показатели обмена липидов?

– К настоящему времени в арсенале врачей появился целый ряд препаратов, которые могут влиять на липидный обмен и эффективно снижать липидные показатели, благодаря чему, в частности, в кардиологии произошел прогресс. Среди препаратов, преимущественно снижающих уровень ХС ЛПНП, группой выбора остаются статины, уже длительное время активно применяющиеся в клинической практике. Статины обладают всеми свойствами идеального гиполипидемического препарата: эффективно снижают уровень

ЛПНП, приостанавливают прогрессирование атеросклероза и снижают ССР. Кроме того, они снижают общую и сердечно-сосудистую смертность. В 2014 г. стало известно, что есть еще один препарат со всеми необходимыми для эффективного гиполипидемического препарата свойствами – это эзетимиб, ингибитор всасывания ХС в кишечнике.

Недавно появилась 3-я группа препаратов – ингибиторы пропротеинконвертазы субтилизин/кексин типа 9 (PCSK9), которые обладают всеми перечисленными свойствами. Это эволокумаб и алирокумаб. Они снижают уровень ХС ЛПНП на 60–65%. Исследования FOURIER и ODYSSEY OUTCOMES показали, что ингибиторы PCSK9 улучшают прогноз: снижают риск развития инфаркта миокарда, инсульта, уменьшают потребность в реваскуляризации.

Можно сказать, что внедрение в клиническую практику ингибиторов PCSK9 изменило стратегию назначения гиполипидемической терапии врачами. К сожалению, пока еще ингибиторы PCSK9 не получили широкого распространения, однако в силу того что они являются 2-й линией гиполипидемической терапии и добавляем мы их тогда, когда нет эффекта на фоне максимально переносимой дозы статина (±эзетимиба), произошла смена парадигм: все чаще назначаются статины в максимальной дозе, все чаще назначается комбинированная гиполипидемическая терапия. Таким образом, своевременная стратегия гиполипидемической терапии – это комбинированная гиполипидемическая терапия (назначение 2–3 препаратов, снижающих уровень ХС ЛПНП). И это подход не только у больных с наследственной гиперлипидемией (семейной гиперхолестеринемией), но и у других больных очень высокого риска (у больных сахарным диабетом, острым коронарным синдромом) с исходно повышенным уровнем ХС ЛПНП, у которых сложно достичь той жесткой цели, которая прописана в современных рекомендациях (менее 1,5 ммоль/л).

Среди препаратов, преимущественно снижающих уровень ТГ, на 1-м месте, конечно, находятся фибраты. У нас в стране имеется только фенофибрат. К сожалению, не доказано, что фибраты могут снижать ССР. Учитывая этот факт, а также тот постулат, что основная цель терапии – это снижение уровня ХС ЛПНП, даже если у пациента очень высокий уровень ТГ, в первую очередь следует назначить препараты, позволяющие достичь целевого уровня ХС ЛПНП.

– Если пациент низкого или среднего риска, то сначала ему рекомендуют модификацию образа жизни. Как скоро ему необходимо проводить контроль липидного профиля, чтобы ценить эффективность проводимых мероприятий?

– В европейских, так же как в российских рекомендациях, это не прописано. Для ответа на этот вопрос можно обратиться к британским рекомендациям по семейной гиперхолестеринемии Национального института здоровья и совершенствования медицинской помощи (NICE). Эти рекомендации были изданы еще до того момента, когда пациенту с семейной гиперхолестеринемией статины стали рекомендоваться сразу после постановки диагноза. В них сначала назначали коррекцию образа жизни в течение 6 мес, а уже потом медикаментозную гиполипидемическую терапию. Опыт показывает, что (конечно, не в случаях семейной гиперхолестеринемии) полгода достаточно для того, чтобы изменить образ жизни и получить существенную положительную динамику.

На практике это может выглядеть так. Когда приходит пациент умеренного риска, врач дает ему подробные рекомендации по модификации образа жизни (по питанию и физической активности) и назначает повторный визит через 1 мес. Хорошо бы еще порекомендовать вести дневник питания (хотя бы в течение 1 нед перед очередным анализом крови). В ряде случаев дневник питания помогает разобратся в резистентности липидного профиля при кажущемся выполнении всех рекомендаций. Итак, пациенту дается 1 мес для изменения режима питания и усиления

физической активности. Больше 1 мес лучше не давать, это, с одной стороны, снизит приверженность пациента, с другой – пациент после первой консультации может не все усвоить верно и в итоге продолжать вести не совсем корректный образ жизни. Через 1 мес он приходит со свежими липидными показателями на фоне коррекции образа жизни. Врач оценивает, как пациент понял его рекомендации, что еще можно улучшить, и дает дополнительные рекомендации. Далее, на усмотрение врача, повторный анализ крови с последующей консультацией специалиста могут быть назначены через 1, 3 или 6 мес.

– Взвесив все за и против, врач назначает ту или иную гиполипидемическую терапию. Через какие промежутки времени нужно проводить контроль липидного профиля? На какие параметры обращать внимание?

– Согласно рекомендациям липидные показатели и уровень АЛТ контролируются через 1–3 мес после начала терапии статинами или увеличения их дозы. Как только подобрана гиполипидемическая терапия (достигнут целевой уровень ХС ЛПНП, имеется нормальная переносимость терапии), контроль липидных показателей и АЛТ осуществляется 1 раз в год.

Рутинный контроль уровня КФК не рекомендуется. Анализ крови на КФК в обязательном порядке рекомендуется только в том случае, если пациент начинает предъявлять жалобы на мышечные боли, мышечную слабость, т.е. при появлении каких-либо мышечных симптомов.

– Нужно ли оценивать уровень липопротеина (а) на фоне гиполипидемической терапии?

– Нет, липопротеин (а) в динамике не оценивают, если только в назначениях не было препарата, способного снизить его уровень. Его не снижают ни статины, ни эзетимиб, ни фибраты. Никотиновая кислота может снижать уровень липопротеина (а), но следует отметить, что этот препарат обладает слабым эффектом, и мы в своей практике никотиновую кислоту не используем в силу побочных эффектов, недостаточного воздействия на снижение ХС ЛПНП, ССР, а также отсутствия в России форм с медленным высвобождением.

Ингибиторы PCSK9 – алирокумаб и эволокумаб – 1-я группа препаратов, которая действительно может снижать уровень липопротеина (а). Поэтому, если не назначен препарат из группы ингибиторов PCSK9, то контроль этого показателя не требуется. Если имеется пациент с изначально повышенным уровнем липопротеина (а), и врач назначил ему ингибитор PCSK9, чтобы, помимо ХС ЛПНП, снизить уровень липопротеина (а), то оценка этого показателя в динамике может проводиться через 1–2 мес терапии ингибиторами PCSK9. Нужно сказать, что липопротеин (а) – это генетически обусловленный маркер, человек рождается с определенным его уровнем. Если неоднократно делать анализ крови на липопротеин (а), то можно выявить некоторую вариабельность показателей, например, 50, 80, 60 мг/дл. Он меняется не за счет изменения концентрации в крови по той или иной причине, а за счет особенностей методики измерения этого показателя, которая может давать такие колебания.

– Периодичность контроля АЛТ 1 раз в год кажется недостаточной. Почему выбран такой режим контроля ферментов печени?

– Раньше контроль проводился чаще, но потом по результатам исследований стало понятно, что в этом нет необходимости ни с клинической, ни с экономической точки зрения. Если побочные эффекты на фоне терапии статинами возникают, то обычно достаточно быстро, в течение первых 3 мес после начала лечения. Если пациент принимал статины в течение нескольких лет, а потом у него вдруг, например, повысился уровень АЛТ, то маловероятно, что это связано со статинами, нужно искать другую причину этого повышения.

ятно, что это связано со статинами, нужно искать другую причину этого повышения.

– В течение какого времени можно наблюдать увеличение уровня ферментов печени до развития каких-то необратимых событий?

– Важно понимать, что терапия статинами безопасна. Непереносимость статинов встречается, по разным оценкам, в 2–5% случаев, но самый обсуждаемый и действительно опасный для жизни побочный эффект, рабдомиолиз – явление крайне редкое. Нужно сказать, чрезмерное опасение по поводу непереносимости статинов – типичная ошибка практикующих кардиологов и терапевтов. Зачастую о непереносимости статинов говорят даже при небольшом повышении ферментов печени, например, у пациента повышение АЛТ не достигает 3 норм, а статины спешно отменяют. Если у пациента имеются абсолютные показания к приему статинов, надо прикладывать усилия к сохранению этой терапии. Можно уменьшить дозу и провести контроль, например, даже через 1 нед и посмотреть тенденцию. Надо исключить другие причины повышения ферментов печени (например, дополнительный прием других препаратов, способных приводить к повышению АЛТ). Даже если уровень АЛТ больше 3 норм, можно не отменять статины, а уменьшить дозу и провести контроль АЛТ через 2–4 нед. Но даже если пришлось отменить статины из-за значимого повышения АЛТ, важно понимать, что в течение 1 мес уровень АЛТ обязательно приходит в норму и какого-либо необратимого повреждения (заболевания) печени на фоне приема статинов не развивается. Если уровень АЛТ не нормализовался, надо искать какие-то другие причины изменения функции печени.

– Александра Игоревна, кому бы Вы посоветовали контролировать липидный профиль, если отсутствуют традиционные факторы риска?

– Оценка липидных показателей крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ) хотя бы 1 раз в жизни должна проводиться каждому человеку, причем чем раньше, тем лучше. Правильно было бы проводить скрининг на нарушения липидного обмена уже в детстве, причем оценивать надо не только ОХС, но и другие липидные показатели. Конечно, даже если в детстве липидные показатели были в норме, с возрастом они могут меняться, и в динамике их тоже надо оценивать, но научного обоснования частоты измерений на сегодняшний день нет.

– Существуют ли правила подготовки пациента к исследованию липидного профиля?

– До сегодняшнего дня сильно убеждение, что сдача анализа крови означает отказ от еды и питья. Это неправильно, пить можно независимо от того, какие анализы сдаются. Что касается отказа от еды перед сдачей крови, отношения к этому тоже поменялось. Строго натощак сдается кровь на глюкозу. Также натощак мы рекомендуем сдавать кровь на липидный профиль лицам с ожидаемым повышенным уровнем ТГ, сахарным диабетом. Если у человека уровень ТГ всегда нормальный, то можно сдавать кровь после еды. А вот уровень ЛПНП не поменяется, если человек утром поест.

– Нужно ли сдавать анализы в одной лаборатории или это не имеет значения?

– Рассуждения о том, надо ли сдавать анализы в одной лаборатории или можно не придерживаться этого правила, не кажутся мне научными. По моему опыту, можно сдавать в разных лабораториях. У меня нет критичного отношения к каким-то определенным лабораториям, главное, чтобы лаборатория была сертифицирована и работала в соответствии с принципами доказательной медицины.

– Александра Игоревна, благодарим Вас за интервью.