Нарушения липидного обмена

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4 · Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество», Российская ассоциация эндокринологов, Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов"

Дислипидемии — это состояния с нарушением концентрации липидов и липопротеидов крови, которые могут быть наследственными или приобретёнными. Рекомендация описывает диагностику, оценку сердечно-сосудистого риска, целевые уровни ХС ЛНП и последовательность немедикаментозной и гиполипидемической терапии.

Главное

- ДЛП бывают первичными, включая семейные генетические формы, и вторичными; перед выбором лечения важно их различать, поскольку тактика отличается.
- У взрослых старше 40 лет проводят скрининг липидного профиля и определяют ХС ЛНП; ХС ЛВП рекомендуется определять всем пациентам. При высоком или очень высоком риске дополнительно определяют ХС неЛВП.
- У бессимптомных лиц старше 40 лет без ССЗ, СД, ХБП и СГХС при ХС ЛНП < 4,9 ммоль/л риск оценивают по SCORE2. При установленном ССЗ, СГХС, СД, ХБП 3–5-й стадии, очень высоком риске по SCORE2 или ХС ЛНП > 4,9 ммоль/л пациента относят к группе высокого или очень высокого риска.
- Целевой ХС ЛНП: < 3,0 ммоль/л при низком риске, < 2,6 ммоль/л при умеренном, < 1,8 ммоль/л при высоком и < 1,4 ммоль/л при очень высоком риске; при высоком и очень высоком риске также требуется снижение не менее чем на 50% от исходного уровня.
- Всем пациентам с ДЛП назначают статин в дозе, необходимой для достижения целевого ХС ЛНП. Если максимально переносимой дозы недостаточно, добавляют эзетимиб, а при сохраняющемся недостижении цели у пациентов очень высокого риска — алирокумаб, эволокумаб или инклисиран.
- При гипертриглицеридемии целевой уровень ТГ — < 1,7 ммоль/л. На терапии статином при ТГ 1,7–2,3 ммоль/л у пациентов высокого и очень высокого риска добавляют омега-3 ПНЖК до 2 г 2 раза в день; при ТГ > 2,3 ммоль/л используют фенофибрат или омега-3 ПНЖК, а при ТГ > 5,0 ммоль/л — фенофибрат и омега-3 ПНЖК.
- После начала или изменения дозы гиполипидемической терапии липиды контролируют через 8±4 недели до достижения цели, затем ежегодно. АЛТ, АСТ, билирубин и КФК проверяют через 4–6 недель после изменения терапии; после достижения цели рутинный контроль этих показателей не нужен без соответствующих жалоб.

Диагностика

1. Собрать анамнез: уточнить наличие ИБС, артериальной гипертензии, СД, атеросклероза периферических артерий, СГХС, метаболического синдрома, ожирения и ХБП; отдельно выяснить ранние ССЗ у родственников первой линии.
2. Оценить жалобы и признаки атеросклероза в разных бассейнах: стенокардию, одышку и перебои в работе сердца; цереброваскулярные симптомы; перемежающуюся хромоту или боли в ногах в покое.
3. Провести физикальное обследование: осмотреть кожу и глаза на ксантелазмы, ксантомы и липоидную дугу роговицы, пропальпировать магистральные артерии, оценить пульс, выполнить аускультацию сердца и сосудов, измерить окружность талии.
4. Исследовать липидный профиль венозной крови с расчётом ХС ЛНП и ХС неЛВП. При ДЛП дополнительно определить глюкозу, креатинин, мочевину, билирубин, АЛТ, АСТ, КФК и выполнить общий анализ крови; у пациентов с ГТГ кровь для липидов брать натощак.
5. Оценить сердечно-сосудистый риск по SCORE2 у подходящих бессимптомных пациентов; при ССЗ, СГХС, СД, ХБП 3–5-й стадии или ХС ЛНП > 4,9 ммоль/л шкалу не используют, поскольку пациент уже относится к группе высокого или очень высокого риска.

6. Искать субклинический атеросклероз: всем пациентам с ДЛП выполнить дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий; наличие бляшек в сонных или бедренных артериях либо КИ >100 единиц по Agatston может повысить категорию риска.
7. При подозрении на СГХС использовать критерии DLCN у взрослых; клиническое подозрение особенно выражено при ОХС ≥8 ммоль/л или ХС ЛНП ≥5 ммоль/л без лечения, раннем атеросклеротическом ССЗ, ксантомах или внезапной сердечной смерти у родственника.

Лечение

- Основа немедикаментозной терапии — рацион с овощами, фруктами, цельнозерновыми продуктами, клетчаткой, орехами, рыбой и растительными маслами при ограничении сладостей, сладких напитков и красного мяса. Для снижения ТГ нужны уменьшение массы тела, отказ от алкоголя при ГТГ, физические упражнения не менее 30 минут ежедневно и ограничение легкоусвояемых углеводов.
- Всем пациентам с ДЛП назначают статин в дозе, достаточной для достижения целевого ХС ЛНП. При непереносимости высокоинтенсивной терапии дозу снижают и повторно оценивают переносимость.
- Если цели нет на максимально переносимой дозе статина, добавляют эзетимиб; зарегистрированы комбинации розувастатин+эзетимиб и аторвастатин+эзетимиб. При непереносимости любой дозы статина используют эзетимиб.
- При очень высоком риске и сохраняющемся превышении целевого ХС ЛНП на фоне статина с эзетимибом добавляют алирокумаб, эволокумаб или инклисиран.
- При ТГ 1,7–2,3 ммоль/л у пациентов высокого и очень высокого риска на фоне статина добавляют омега-3 ПНЖК до 2 г 2 раза в день. При ТГ >2,3 ммоль/л добавляют фенофибрат или омега-3 ПНЖК; при ТГ >5,0 ммоль/л назначают фенофибрат и омега-3 ПНЖК.
- При ОКС статин в высокой дозе начинают или продолжают как можно раньше независимо от исходного ХС ЛНП. Через 4–6 недель проверяют достижение снижения ХС ЛНП на 50% и уровня <1,4 ммоль/л; при недостижении цели добавляют эзетимиб, затем алирокумаб или эволокумаб.
- При ишемическом инсульте или ТИА большинству пациентов назначают высокоинтенсивный статин: аторвастатин 40–80 мг/сут или розувастатин 20–40 мг/сут. У пациентов старше 75 лет начинают с умеренно интенсивной терапии: аторвастатин 10–20 мг/сут, розувастатин 5–10 мг/сут или питавастатин 4 мг; при недостижении цели через 4–12 недель добавляют эзетимиб.

Когда направить и как наблюдать

- Плазмаферез и плазмосорбцию проводят только в специализированных отделениях больниц и клиник.
- Экстракорпоральное удаление атерогенных липопротеидов рассматривают, если после 6 месяцев комбинированной терапии в максимально переносимых дозах не достигнут целевой ХС ЛНП, а также при перечисленных формах СГХС и высоких уровнях ХС ЛНП или Лп(а).
- Плановая и экстренная госпитализация при ДЛП в рекомендации не предусмотрены.

Частые вопросы

Кому рассчитывать SCORE2?

Бессимптомным взрослым старше 40 лет без ССЗ, СД, ХБП и СГХС при ХС ЛНП <4,9 ммоль/л. При наличии этих состояний или ХС ЛНП >4,9 ммоль/л пациента относят к высокой или очень высокой категории риска без расчёта SCORE2.

Какие целевые уровни ХС ЛНП использовать?

Цель составляет <3,0 ммоль/л при низком риске, <2,6 ммоль/л при умеренном, <1,8 ммоль/л при высоком и <1,4 ммоль/л при очень высоком риске. При высоком и очень высоком риске требуется также снижение ХС ЛНП минимум на 50% от исходного.

Нужно ли сдавать липидный профиль натощак?

Для скрининга это необязательно. При гипертриглицеридемии, уточнении тяжёлой ДЛП и дальнейшем наблюдении липиды рекомендуют определять натощак.

Что делать, если статин не приводит к целевому ХС ЛНП или плохо переносится?

При недостаточном эффекте максимально переносимой дозы статина добавляют эзетимиб. При непереносимости любой дозы применяют эзетимиб, а если цель не достигнута — добавляют алирокумаб, эволокумаб или инклисиран.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/752-narusheniya-lipidnogo-obmena. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/752_1