# Рекомендации по дислипидемии: что нового?

30.10.26

ОРИГИНАЛ

**Dyslipidemia Guidelines: What's New?**

В американских междисциплинарных рекомендациях ACC/AHA 2026 года по дислипидемии **вернули целевые уровни холестерина ЛПНП (ХС ЛПНП)** и используют PREVENT для оценки 10- и 30-летнего риска. Подход предусматривает более раннее лечение с учётом накопленного воздействия ХС ЛПНП.

## Скрининг и раннее лечение

Липидограмму предлагают выполнять в 9–11 лет, повторять в 19–20 лет, затем каждые пять лет. Скрининг направлен на выявление семейной гиперхолестеринемии и других наследственных дислипидемий, а также раннюю коррекцию образа жизни.

Начало лекарственной терапии уже в возрасте 30–39 лет рассматривают, если после изменения образа жизни:

- ХС ЛПНП сохраняется на уровне ≥160 мг/дл;
- имеется выраженный семейный анамнез сердечно-сосудистых заболеваний и дислипидемии;
- 30-летний риск составляет ≥10%.

## Риск и целевые уровни

Уравнения PREVENT позволяют оценивать риск начиная с 30 лет. Нижний порог промежуточного 10-летнего риска снижен с 7,5% до **5%**; риск >10% считается высоким. Расчёт дополняют факторами, усиливающими риск, и обсуждением с пациентом. При риске ≥3% и наличии таких факторов статинотерапию можно рассматривать после попытки коррекции образа жизни.

В выпуске выделены три ориентира ХС ЛПНП:

- <100 мг/дл как общий ориентир;

- <70 мг/дл при высоком риске;
- <55 мг/дл при очень высоком риске.

## Аполипопротеин B и липопротеин(a)

**Аполипопротеин B (ApoB)** предлагают определять после достижения целевых уровней ХС ЛПНП и ХС не-ЛПВП. Особое внимание этому показателю уделяют при ХС ЛПНП около 70 мг/дл, триглицеридах >150 мг/дл, сахарном диабете или предиабете.

Липопротеин(a), Lp(a), целесообразно измерить хотя бы один раз в жизни. Значение **>125 нмоль/л** рассматривают как выраженный фактор, усиливающий риск. Его повышение служит основанием для более интенсивного контроля ХС ЛПНП, АД и других модифицируемых факторов риска, а не только для обсуждения самого показателя.

## Коронарный кальций при неопределённости

Рекомендация класса I по оценке коронарного кальция **не означает всеобщий скрининг**. В первичной профилактике исследование помогает, когда необходимость длительной липидснижающей терапии остаётся неясной.

При нулевом кальциевом индексе возможно сосредоточиться на изменении образа жизни с повторной оценкой через 3–5 лет. Высокий показатель для возраста, особенно >100 единиц Агатстона, поддерживает более интенсивную тактику лечения.

## 📌 Основные выводы для практикующих врачей

1. **Раннее лечение связано с долгосрочным риском.** ХС ЛПНП ≥160 мг/дл, выраженный семейный анамнез или 30-летний риск ≥10% поддерживают обсуждение терапии уже после 30 лет.
2. **PREVENT учитывает два горизонта риска.** Оцениваются 10- и 30-летний риск; порог промежуточного 10-летнего риска начинается с 5%.
3. **Цели ХС ЛПНП вновь сформулированы численно.** Основные ориентиры составляют <100, <70 и <55 мг/дл в зависимости от риска.
4. **ApoB дополняет стандартную липидограмму.** Его определение рассматривают после достижения липидных целей, особенно при гипертриглицеридемии и нарушениях углеводного обмена.
5. **Повышенный Lp(a) усиливает оценку риска.** Уровень >125 нмоль/л поддерживает более интенсивную коррекцию остальных факторов риска.
6. **Кальциевый индекс уточняет спорное решение.** Его применение в первичной профилактике ограничено ситуациями неопределённости, а не предназначено для всех пациентов.