

Новый вектор в лечении дислипидемий: доза статина, а не целевой уровень холестерина ЛНП

(Рекомендации ACC/АНА 2013 по снижению холестерина крови для уменьшения риска сердечно-сосудистых осложнений у взрослых)

Ю. А. Карпов, И. В. Сергиенко, М. В. Ежов
ФГБУ РКНПК МЗ РФ

New vector for dyslipidemia treatment: statin dose, not a target cholesterol level (ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults)

Yu. A. Karpov, I. V. Sergienko, M. V. Ezhov
Russian Cardiology Research Complex, Moscow

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смерти более половины больных с сердечно-сосудистой патологией. В 2011 году были опубликованы Европейские рекомендации по Диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза [1], а в 2012 году – Российские рекомендации [2]. Согласно данным рекомендациям для успешного лечения пациентов высокого и очень высокого риска необходимо достижение целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛНП), например, у больных с ИБС менее 1,8 ммоль/л. Однако несмотря на модификацию классических факторов риска (ФР) атеросклероза и проведение оптимальной медикаментозной терапии у части больных не удается достичь целевых уровней холестерина ХСЛНП и предотвратить развитие сердечно-сосудистых осложнений (ССО).

В 2013 году были опубликованы рекомендации ACC/АНА по лечению нарушений липидного обмена (ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults) [3].

Их важнейшим отличием от Российских и Европейских рекомендаций явилось четкое определение 4х групп пациентов, которым обязательно показано назначение статинов, вследствие максимальной пользы и снижения сердечно-сосудистого риска. Таковыми являются пациенты:

1. С сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза (ИБС, ишемический инсульт, заболевания периферических артерий).
2. С первичным повышением уровня ХСЛНП ≥ 190 мг/дл (≥ 5 ммоль/л).
3. С диабетом в возрасте 40-75 лет с уровнем ХСЛНП 70-189 мг/дл (1,8-4,9 ммоль/л).

4. Без клинических проявлений атеросклероза и/или без диабета с уровнем ХСЛНП 70-189 мг/дл (1,8-4,9 ммоль/л) в возрасте 40-75 лет и имеющие сердечно-сосудистый риск $\geq 7,5\%$ в течение ближайших 10 лет.

Следует отметить, что перечисленные категории пациентов охватывают первичную и вторичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний.

Вторым важным моментом и отличием от предыдущих рекомендаций стало упрощение подходов к назначению статинотерапии и отход от определения целевых уровней холестерина ЛНП. Ниже приведен алгоритм назначения гиполипидемической терапии и степени интенсивности (агрессивности) статинотерапии (Рис. 1).

Третьим важным моментом новых рекомендаций является укрепление позиций использования интенсивной статинотерапии.

В таблице представлены статины и их дозы, используемые для высоко-интенсивной (высокие дозы статинов), умеренной-интенсивной (умеренные дозы статинов) терапии и терапии низкими дозами статинов (3).

Таким образом, американские эксперты в лечении больных с ИБС и у других категорий высокого риска отдают предпочтение статинам с наиболее выраженным гиполипидемическим действием – розувастатину и аторвастатину. Следует отметить, что розувастатин (синтетический статин), обладает самым сильным гиполипидемическим эффектом. Доказана возможность снижения ХС ЛНП на 46% в дозировке 10 мг и на 52% в дозировке 20 мг, что отвечает требованиям данных рекомендаций. Эти результаты были получены в исследовании STELLAR у пациентов с гиперхолестеринемией и высоким сердечно-сосудистым риском (в анамнезе ИБС,

Рисунок 1. Алгоритм назначения гиполипидемической терапии и степени интенсивности (агрессивности) статинотерапии.

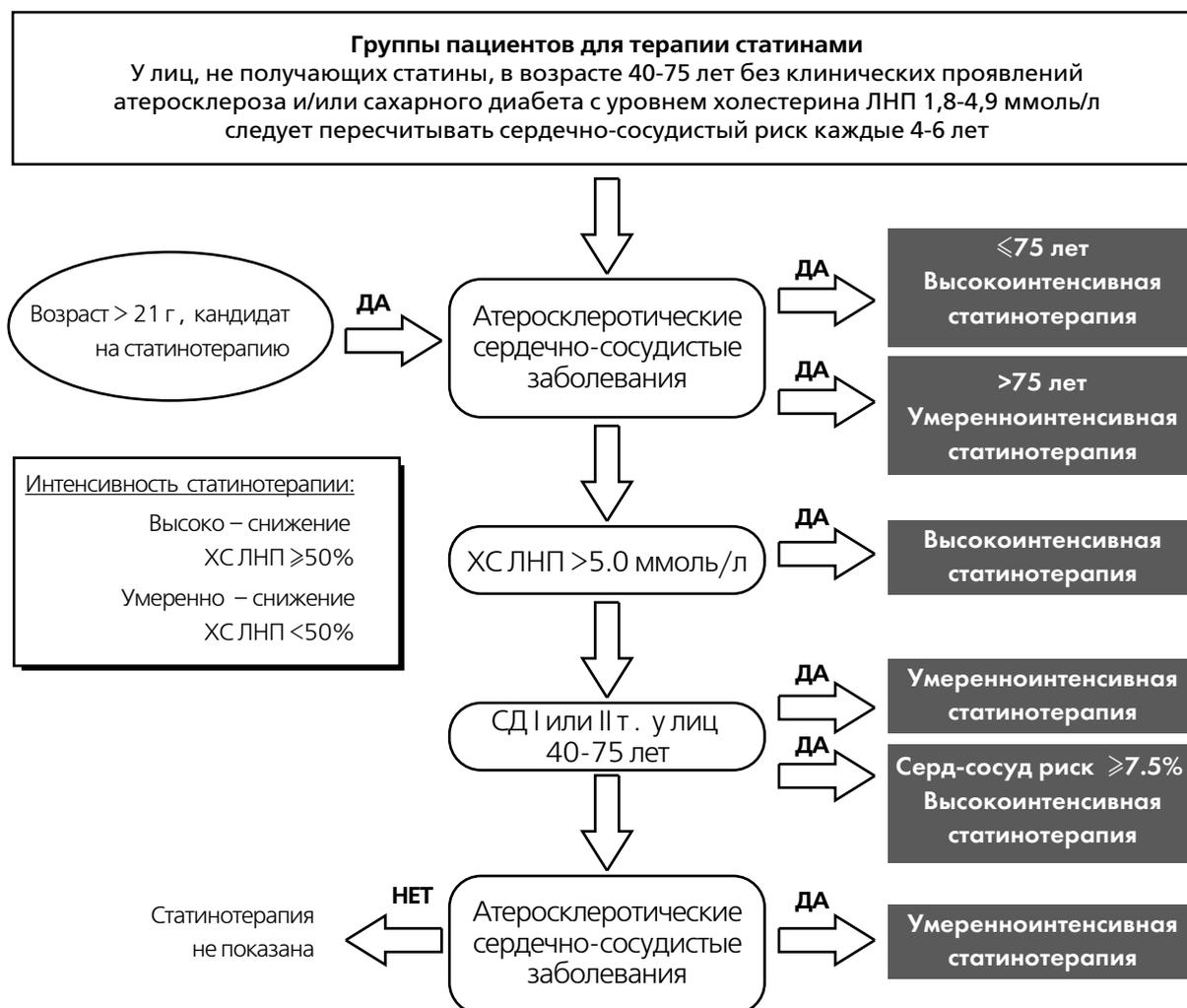


Таблица 1. Статины и их дозы, используемые для высоко-интенсивной, умеренной-интенсивной терапии и терапии низкими дозами статинов.

Интенсивная терапия	Умеренная терапия	Терапия низкими дозами статинов
Снижение ХС ЛНП $\geq 50\%$	Снижение ХС ЛНП от 30 до 50%	Снижение ХС ЛНП $< 30\%$
Аторвастатин 40–80 мг	Аторвастатин 10-20 мг	Симвастатин 10 мг
Розувастатин 20-40 мг	Розувастатин 5-10 мг	Правастатин 10-20 мг
	Симвастатин 20-40 мг	Ловастатин 20 мг
	Правастатин 40-80 мг	Флувастатин 20-40 мг
	Ловастатин 40 мг	Питавастатин 1 мг
	Флувастатин XL 80 мг	

стенокардия, инфаркт миокарда, цереброваскулярные заболевания, ТИА, заболевание периферических и коронарных артерий) [4]. Помимо эффективного снижения ХС ЛНП во всем диапазоне доз, препарат повышает уровень ХС ЛВП, а также оказывает умеренное позитивное влияние на концентрацию триглицеридов.

Практическое значение имеет тот факт, что розувастатин в начальной дозировке 10 мг позволяет достигать целевых уровней ХС ЛНП у значительно большего количества пациентов по сравнению

с другими статинами, что, несомненно экономит время врача на подбор дозы статина, а пациенту сразу же дает необходимый и требуемый эффект. В Европейских рекомендациях по лечению больных стабильной ИБС 2013 г. [5] отмечается, что средствами первой линии для улучшения прогноза служат антиагреганты и статины, а среди статинов отдается приоритет препарат с наиболее выраженным липидснижающим действием, в частности розувастатину и аторвастатину, что позволяет достичь целевого уровня холестерина.

Список литературы

1. Reiner Z., Catapano A.L., Backer G.D. et al. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *European Heart Journal* (2011), 32, 1769–1818 doi:10.1093/eurheartj/ehr158
 2. Кухарчук В.В., Коновалов Г.А., Галявич А.С. с соавт. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. *Российские рекомендации V пересмотр*. Москва, 2012
 3. Stone N.J., Robinson J., Lichtenstein A.H. et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. *J Am Coll Cardiol*. 2013 Nov 7. pii: S0735-1097(13)06028-2
 4. Jones P.H., Davidson M.H., Stein E.A. et al. Comparison of the Efficacy and Safety of Rosuvastatin Versus Atorvastatin, Simvastatin and Pravastatin Across Doses (STELLAR* Trial). *The American Journal of Cardiology* Vol. 93 July 15, 2003
 5. Montalescot G., Sechtem U., Achenbach S. et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease. *European Heart Journal* (2013), 34, 2949–3003 doi:10.1093/eurheartj/eht296
-