

Профессор Lansberg подытожил, что: 1) повышение ЛПНП – главная причина сердечно-сосудистых катастроф; 2) целевые показатели ЛПНП должны быть максимально низкими; 3) следует применять высокие дозы высокоинтенсивных статинов; 4) необходимо как можно раньше начинать контроль факторов риска.



Старший научный сотрудник отдела реанимации и интенсивной терапии ГУ «ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, кандидат медицинских наук Ярослав Михайлович Лутай

охарактеризовал ведение пациента с острым инфарктом миокарда от острого периода до вторичной профилактики.

Докладчик представил аудитории клинический случай пациента К., 68 лет, который был доставлен в отделение неотложной кардиологии через 6 ч после начала интенсивного ангинозного приступа с диагнозом острого коронарного синдрома с элевацией сегмента ST (артериальное давление 140/100 мм рт. ст., частота сердечных сокращений 82 уд./мин, сатурация кислорода 89%). В анамнезе артериальная гипертензия на протяжении 10 лет, не лечилась; сахарный диабет, в течение 2 лет принимает метформин. ИБС в анамнезе нет. Несомненно, согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов по ведению пациентов со STEMI (2017), пациент нуждался в неотложном интервенционном вмешательстве. До проведения перкутанного коронарного вмешательства в соответствии с рекомендациями пациенту назначена оксигенотерапия (рекомендована при сатурации

менее 90%) и фармакотерапия, включавшая ацетилсалициловую кислоту и тикагрелор в нагрузочных дозах, β-блокаторы, нефракционированный гепарин и опиоиды). В рекомендациях четко не указано, когда пациент должен получить первую дозу статинов, хотя предложено назначать статинотерапию как можно раньше. В данном случае больному было назначено 80 мг аторвастатина до реперфузионного вмешательства.

Эффективность аторвастатина в дозе 80 мг у больных с ОКС была доказана в ряде исследований (MIRACLE, PROVE-IT, SECURE PCI и др.). В более старых исследованиях статины начинали назначать не сразу после инфаркта: MIRACLE – на 3-й день, PROVE-IT – на 7-й. В наше время статины рекомендованы с первых суток заболевания. Действенность этой стратегии была подтверждена в регистрах NRM1-4, Euro Heart Survey ACS (Fonarow G.C., 2005; Lenderink T., 2006). Недавнее исследование SECURE PCI предусматривало назначение высоких доз статинов до реперфузионного вмешательства пациентам с/без элевации сегмента ST (аторвастатин 80 мг с дальнейшим продолжением статинотерапии в дозе 40 мг/сут). В группе плацебо 80 мг аторвастатина до реваскуляризации и через 24 ч после нее не назначались, рекомендовалась только длительная статинотерапия в дозе 40 мг/сут. У пациентов со STEMI, подлежащих ангиопластике, была зафиксирована существенная разница в достижении комбинированной конечной точки (смерть/инфаркт/инсульт/незапланированная реваскуляризация) в течение 30 дней в зависимости от приема аторвастатина или плацебо. Среди лиц группы аторвастатина частота вышеперечисленных событий была практически в два раза ниже (Bergwanger O. et al., 2018).

Терапия статинами на ранних этапах ОКС ставит своей целью не снижение уровня проатерогенных липидов, а реализацию

многих плейотропных эффектов этих медикаментов. Это приводит к снижению вероятности возникновения феномена no-reflow и развития постинфарктной дилатации левого желудочка, что было подтверждено в клинических исследованиях (Iwakura et al., 2006; Пархоменко А.Н. и соавт., 2018). Кроме того, назначение статинов (высокие дозы аторвастатина) предупреждает развитие контраст-индуцированной нефропатии, о чем уже говорилось ранее (Liu L.Y. et al., 2018).

Отечественный регистр острого инфаркта миокарда (2015), включавший 505 больных с/без элевации сегмента ST, показал, что статины до события принимали 22,5% пациентов, в стационаре они были назначены 94,4% лиц. Наиболее часто рекомендовались аторва- и розувастатин (49,7 и 49,3% соответственно). В первые 24 часа после госпитализации статины назначались 69,43% пациентов, при выписке – 91%. Что касается режима дозирования, целевые дозы аторвастатина назначались лишь 69,8% больных, т. е. около трети пациентов регистра не получали достаточную дозу (рис.).

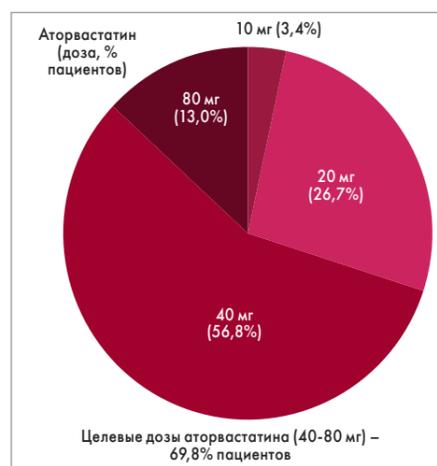


Рис. Частота применения различных доз аторвастатина

Согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, целевой уровень ХС ЛПНП у больных после перенесенного острого инфаркта миокарда составляет <1,8 ммоль/л (или снижение на 50% или более от исходного уровня, если он находится на уровне 1,8-3,5 ммоль/л). У пациентов с уровнем ХС ЛПНП ≥1,8 ммоль/л, несмотря на прием максимальных доз статинов, при наличии высокого риска необходимо рассмотреть терапию, направленную на дальнейшее снижение уровня ХС ЛПНП, например, добавление эзетимиба или блокаторов PCSK9 (алирокумаб).

Где же находится нижняя граница целевого уровня ХС ЛПНП? Оптимальный уровень, доказанный в исследованиях IMPROVE-IT и ODYSSEY OUTCOMES, составляет 1,4 ммоль/л. По мнению Ярослава Михайловича, целевой уровень ЛПНП скоро может быть пересмотрен и снижен.

Таким образом, статины рекомендованы всем пациентам с ОКС (без противопоказаний) независимо от уровня липидов. Преимущество следует отдавать интенсивной статинотерапии (аторвастатин 40-80 мг/сут, розувастатин 20-40 мг/сут). Особенно эффективны статины при назначении в течение первых часов после развития ОКС. Острые эффекты статинотерапии заключаются в предупреждении развития контраст-индуцированной нефропатии, перипроцедурного повреждения миокарда и феномена невосстановленного кровотока (no-reflow). В последующем длительная терапия с достижением целевых уровней ХС ЛПНП < 1,8 ммоль/л позволяет снизить частоту сердечно-сосудистых осложнений.

Подготовила **Лариса Стрильчук**

При поддержке Представительства «Пфайзер Экспорт Би. Ви.» в Украине.

RP-LIP-UKR-0011

Міністерство охорони здоров'я України
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика
Інститут сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика
МГО Міжнародна асоціація «Здоров'я суспільства»



Запрошуємо Вас взяти участь у роботі науково-практичної конференції з міжнародною участю

«СІМЕЙНА МЕДИЦИНА – МАЙБУТНЄ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

17 травня 2018 року

м. Київ, вул. Хрещатик, 2, Національний центр ділового та культурного співробітництва «Український дім»

18 травня 2018 року

вул. Дорогожицька, 9, НМАПО імені П.Л. Шупика (ауд. 204, 407)

Конференція внесена до основного Реєстру з'їздів, конгресів, симпозиумів, науково-практичних конференцій, які проводяться у 2018 році.

Наукова тематика конференції: сучасний розвиток сімейної медицини в Україні; новітні напрями та технології в практиці сімейного лікаря; актуальні питання первинної медичної допомоги в загальній системі охорони здоров'я щодо формування та збереження здоров'я населення; новітні підходи до освіти сімейних лікарів.

В якості доповідачів конференції запрошуються провідні вчені з країн Європи, Молдови, Киргизії, Казахстану.

Під час проведення конференції відбудуться презентації та обговорення стендових доповідей; виставки, майстер-класи, круглі столи; презентація доповідей молодих вчених. Учасники заходу отримають сертифікат, зразки та інформаційні матеріали виставки.

**Науково-організаційний відділ: тел/факс (044) 206-73-22, (044) 205-49-29
Контактна особа з питань поселення: (050) 671-77-18**

АНОНС

VIII науково-практична конференція Асоціації аритмологів України

17-18 травня, м. Київ

Місце проведення: готель «Русь» (вул. Госпітальна, 4)

Програмні питання

- Фундаментальна аритмологія
- Методи функціональної діагностики в аритмології
- Інвазивна та неінвазивна електрофізіологія
- Тромбоемболічні ускладнення та їх попередження
- Невідкладна допомога при аритміях
- Фармакологічні засоби в лікуванні аритмії

У рамках заходу буде проведено конкурс молодих вчених і секцію стендових доповідей. Усі зареєстровані учасники отримають сертифікат.

Програму конференції буде розміщено на сайті: www.strazhesko.org.ua

Заявки на участь надсилати на e-mail: orgmetod2017@gmail.com

Телефони для довідок: +380 (44) 249-70-03, +380 (44) 275-66-22.