

Гиполипидемическая терапия у пациентов высокого риска: место фибратов

Актуальность вопросов, связанных с профилактикой и лечением атеросклероза в Украине в настоящее время не вызывает сомнений, воздействие на факторы риска этого заболевания является важнейшим направлением в борьбе за снижение кардиоваскулярной заболеваемости и смертности.

О современных методах эффективной коррекции одного из важнейших факторов риска развития и прогрессирования атеросклероза — дислипидемии — наш корреспондент беседовала с заведующей кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктором медицинских наук, профессором Верой Иосифовной Целуйко.

— Какие пути предупреждения развития и прогрессирования атеросклероза являются наиболее эффективными?

— Меры, направленные на профилактику атеросклероза и снижение сердечно-сосудистой (СС) заболеваемости, должны быть комплексными и включать как первичную, так и вторичную профилактику, а также более широкое использование современных технологий диагностики и лечения кардиологических больных. Опыт развитых стран мира, создавших передовые системы здравоохранения, свидетельствует о том, что наиболее эффективна и экономически выгодна первичная профилактика заболеваний атеросклеротического происхождения, подразумевающая борьбу с факторами СС-риска. Необходимо понимать, что эта борьба не является исключительно медицинской проблемой: для достижения реальных результатов необходима большая просветительская работа, проводящаяся на государственном уровне с целью изменения отношения граждан нашей страны к собственному здоровью. Эту мысль очень четко сформулировал президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев на состоявшемся недавно конгрессе кардиологов этой страны, отметив в выступлении, что развитие системы здравоохранения государства должно включать внедрение механизмов солидарной ответственности граждан за свое здоровье.

Важным условием успешной профилактики атеросклероза на популяционном уровне является понимание каждым человеком необходимости устранения факторов риска этого заболевания — курения, артериальной гипертензии, дислипидемии.

К сожалению, о полном осознании гражданами Украины рисков, связанных с повышением уровня холестерина (ХС) и развитием дислипидемии, говорить пока рано. В этом отношении мы отстали от развитых западных стран лет на пятьдесят, и крайне ошибочными и недальновидными являются попытки оценить наш уровень развития по количеству дорогостоящих автомобилей, гипермаркетов и прочих «благ цивилизации» — доступность этих атрибутов и символов материальной обеспеченности все же не способствовала пониманию большинством наших сограждан истинных ценностей жизни.

— Какие вопросы гиполипидемической терапии остаются нерешенными в реальной клинической практике?

— Одним из главных вопросов является недостаточно эффективная коррекция дислипидемии, которую часто можно наблюдать при осуществлении контроля результатов гиполипидемической терапии, несмотря на существование четких рекомендаций по использованию различных гиполипидемических препаратов и их комбинаций в зависимости от типа дислипидемии и целевых уровней липидов.

Согласно современным международным рекомендациям, основной группой гиполипидемических препаратов являются ингибиторы эндогенного синтеза ХС — статины. Однако даже назначение лучших представителей этого класса в адекватных дозах не всегда обеспечивает полную коррекцию нарушений липидного обмена. Так, в случае, если у больного

ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) находится на уровне >6 ммоль/л, а целевое значение этого показателя составляет 1,8 ммоль/л, то достичь его не представляется возможным даже при использовании наиболее сильных статинов: например, розувастатин в максимальной дозе 40 мг/сут обеспечивает снижение уровня ХС ЛПНП только на 62%. Поэтому в таких ситуациях необходима комбинированная гиполипидемическая терапия — двойная, а иногда и тройная. Тем более это относится к пациентам, у которых выявлены и другие нарушения липидного обмена — повышенный уровень триглицеридов или гипоальфахолестеринемия.

Другим нерешенным практическим вопросом является обеспечение приверженности пациентов к длительной (пожизненной) гиполипидемической терапии. На мой взгляд, эта проблема не всегда связана с финансовыми факторами — слишком мала в нашей стране доля пациентов, принимающих эти препараты, — не более 2%. В значительной мере данная ситуация обусловлена недостаточной устойчивостью и желанием врачей убедить больных в важности и необходимости выполнения назначений. Кроме того, далеко не всегда специалисты предписывают пациентам с дислипидемией необходимое лечение или же назначают препараты в неадекватных дозах, оправдывая такую тактику опасностями в отношении риска развития побочных эффектов. Однако вопрос о соотношении пользы и риска при приеме гиполипидемических препаратов не стоит так остро в развитых странах после получения результатов авторитетных исследований, свидетельствующих о влиянии адекватной гиполипидемической терапии на прогноз пациентов высокого СС-риска. Президент Американской ассоциации по борьбе с атеросклерозом, отвечая на вопрос, каким путем удалось добиться 90%-й частоты приема статинов американскими пациентами, нуждающимися в гиполипидемической терапии, ответил предельно просто: «Ведь эти препараты продлевают жизнь...». Таким образом, одним из условий повышения приверженности пациентов к лечению атеросклероза современными эффективными методами является осознание врачами роли широкого внедрения этих методов в повседневную клиническую практику и их постоянная работа с больными.

— Что включает понятие «остаточный СС-риск»? Существует ли проблема остаточного риска при терапии статинами?

— В последнее время проблеме остаточного СС-риска уделяется большое внимание. Применительно к лечению пациентов с дислипидемиями этим термином обозначают отсутствие полной коррекции показателей липидного обмена — например, на фоне нормализации уровня общего ХС (ОХС) и ХС ЛПНП может наблюдаться выраженная гипертриглицеридемия и/или низкий уровень ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП). Кроме того, оценка остаточного риска осуществляется на основании уровня ХС не-ЛПВП, который определяется по формуле $OXC - XCLPBP$. Другими словами, значение ХС не-ЛПВП представляет собой сумму двух атерогенных липидных фракций — ХС ЛПНП и ХС липопротеинов очень низкой плотности. Уровень ХС не-ЛПВП >4 ммоль/л после проведенного лечения является основанием для констатации высокого остаточного риска. Высокий остаточный риск часто наблюдается у пациентов с сахарным диабетом (СД), ожирением и у больных молодого возраста с клиническими проявлениями атеросклероза, у которых часто выявляют низкий уровень ХС ЛПВП.

— На какие изменения в подходах к выбору гиполипидемических препаратов, произошедшие в 2011 году, вы хотели бы обратить внимание практических врачей в первую очередь?

— В новых европейских рекомендациях по лечению дислипидемий достаточно много новых положений. В частности, предложена новая шкала оценки СС-риска, в которой в качестве одного из критериев учитывается уровень ХС ЛПВП; пересмотрены целевые уровни ХС ЛПВП и группы риска, более четко обозначены место и роль различных классов гиполипидемических препаратов, в частности фибратов, в составе комбинированного лечения дислипидемии. Так, согласно новому руководству, показаниями к назначению фенофибратов являются: уровень триглицеридов $>2,3$ ммоль/л, не поддающийся немедикаментозной коррекции у пациентов высокого СС-риска, а также у пациентов с СД и высоким остаточным СС-риском.

— Какие представители класса фибратов используют сегодня в мире и в Украине?

— В повседневной клинической практике в настоящее время используют два препарата из группы фибратов — фенофибрат и гемфиброзил. Следует отметить, что применение последнего очень ограничено в связи с его влиянием на метаболизм статинов, в сочетании с которыми обычно используют фибраты. Взаимодействие гемфиброзила со статинами приводит к увеличению их концентрации в крови, увеличивая риск развития побочных эффектов (в том числе рабдомиолиза), которые в обычных ситуациях наблюдаются крайне редко. Эксперты FDA запретили применение комбинации гемфиброзила и статинов, и использование гемфиброзила допускается только при изолированной гипертриглицеридемии у пациентов с нарушением выделительной функции почек.

Поэтому, говоря о фибратах, мы, как правило, имеем в виду фенофибрат, который доказал свою способность не только оказывать нормализующее влияние на липидный обмен, но и улучшать прогноз у больных с СД и высоким остаточным риском, а также замедлять прогрессирование атеросклеротического процесса, что доказано в исследованиях с применением внутрисосудистого ультразвукового исследования. Впечатляющими являются данные исследований, свидетельствующие о влиянии фенофибратов на развитие и прогрессирование микроангиопатий у больных СД: результаты лечения фенофибратом в этом отношении оказались более значимыми по сравнению с таковыми, полученными при жестком контроле гипергликемии. На мой взгляд, достоинства фенофибратов и возможности, связанные с его применением, пока не достаточно оценены в Украине кардиологами и эндокринологами.

Между тем мы уже имеем положительный опыт применения этого препарата, который позволил нам сделать выводы о его эффективности и безопасности при лечении пациентов, имеющих показания к данному виду терапии.

На нашей кафедре выполнена диссертационная работа, одной из задач которой была оценка эффективности терапии комбинацией статин + фенофибрат (в дозировке 250 мг/сут) у больных, перенесших инфаркт миокарда с сохраняющимся высоким остаточным риском. Использование данной терапевтической тактики продемонстрировало не только ее эффективность, но и безопасность. Таким образом, фенофибрат — препарат с хорошими перспективами, особенно в отношении лечения пациентов высокого остаточного риска, с СД, нуждающихся в профилактике микроангиопатий. Применение фенофибратов у таких больных означает дополнительные возможности в улучшении прогноза. Возможно, будущие клинические исследования в области гиполипидемической терапии продемонстрируют нам новые достоинства фенофибратов и будут способствовать расширению показаний к его применению.

Подготовила Наталья Очеретяная





Ліпофен СР

Фенофібрат 250 мг





Не тільки зменшить рівень тригліцеридів

Лікування фенофібратом зменшує рівень Тригліцеридів на 48%

Збільшує ЛПВЩ-ХС на 40-50%

- Цукровий діабет
- Гострий коронарний синдром
- Інфаркт міокарду в анамнезі
- Інсулін в анамнезі
- Хвороба коронарних артерій
- Аневризма абдомінального відділу аорти

ТГ > 199 mg/dl



ПІД ЧАС ІДІ ОДИН РАЗ НА ДЕНЬ!

ЛІПОФЕН СР (LIPOFEN SR) (Скорочена інструкція для медичного застосування). Склад: 1 капсула містить фенофібрату 250 мг. Форма випуску: Капсули. Фармакотерапевтична група: Гіполіпідемічні засоби. Препарати, що знижують рівень холестерину і тригліцеридів у сироватці крові. Код АТС С10А В05. Фармакологічні властивості. Фармакокінетика. Фенофібрат — гіполіпідемічний засіб, механізм дії якого полягає в активації процесів перепрограмування генів, задіяних у ліпідному обміні, завдяки чому знижується рівень ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЦ), ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЦ), а також холестерину, тригліцеридів і ліпопротеїну А. Побічна дія. Слабкість та біль у м'язах, яка зникає після припинення лікування. У подібних випадках спостерігаються розлади травлення і нудота, підвищення активності печінкових ферментів, алергічні реакції у вигляді шкірних висипань, кропив'янки, свербіж, фотосенсибілізація. Протипоказання. Підвищена чутливість до фенофібрату; виражені порушення функції нирок та печінки, жовтянка, хвороба, фотосенсибілізація. Протипоказання. Підвищена чутливість до фенофібрату; виражені порушення функції нирок та печінки, жовтянка, хвороба, фотосенсибілізація; синдром мальабсорбції глюкози або галактози; вагітність і лактація; дитячий вік до 18 років. Лікування препаратами, яким властива гепатотоксичність.

За додатковою інформацією звертайтеся у Представництво «Нобель Ілач»:
Україна, 04074, м. Київ, вул. Автозаводська, 2, 2 корпус, 8 поверх.
Тел.: +38 (044) 586-20-64, факс: +38 (044) 586-20-65 • www.nobel.com.ua • www.nobel.com.tr

Р. л. № 5730/01/01 від 25.01.2012
Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики

