

А.М. Фучко, внештатный городской терапевт управления здравоохранения Херсонского городского совета, врач высшей категории, заведующая дневным стационаром поликлиники № 1 коммунального учреждения «Херсонская городская клиническая больница им. Е.Е. Карабелеша»

Опыт применения препарата Розулип у пациентов с дислипидемией и наличием факторов сердечно-сосудистого риска

В современной медицине вопрос о необходимости применения препаратов группы статинов у пациентов с дислипидемиями, а также у пациентов высокого сердечно-сосудистого (СС) риска уже не является предметом обсуждения. Эта группа лекарственных средств давно и прочно вошла в перечень одних из самых назначаемых в мире. Еще в 2005 году были опубликованы данные, свидетельствующие о доказанной значительной эффективности статинов в снижении общей смертности – на 47%. Множество исследований в этой отрасли подтвердили важную роль препаратов указанной группы. Так, в масштабном исследовании JUPITER с участием 17 721 пациента терапия розувастатином в течение 1 года способствовала снижению риска СС-смерти, нефатального острого инфаркта миокарда, нефатального инсульта и острого коронарного синдрома на 44%, то есть почти в два раза.

Результаты метаанализа 26 рандомизированных клинических исследований с использованием статинов с участием более 170 тыс. пациентов (Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration, 2010), проведенного Объединенной группой исследователей лечения гиперхолестеринемий, указывают на 10% снижение смертности от всех причин и 20% уменьшение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на каждый 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) снижения уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП). Риск развития патологии коронарных сосудов уменьшался на 23%, а риск развития инсульта – на 17% на каждый 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) снижения уровня ХС ЛПНП. Пропорциональное уменьшение частоты развития больших СС-событий на каждый ммоль/л снижения уровня ХС ЛПНП было сходным во всех анализируемых подгруппах больных. Преимущества снижения уровня ХС ЛПНП были значительными уже в первый год лечения, а в последующие годы их выраженность только усиливалась. У пациентов, получавших статины, не наблюдалось увеличения риска смерти от каких-либо других специфических причин, включая онкологические заболевания.

1 В соответствии с рекомендациями Американской коллегии кардиологов/Американской ассоциации сердца (ACC/АНА, 2013) и рекомендациями Европейского общества кардиологов (ESC) четко определены группы больных, которым показана терапия статинами. К ним, в частности, относятся все пациенты с диагностированным и клинически манифестирующим ССЗ. Упрощенную схему оценки степени риска можно представить следующим образом:

1. Пациенты:
 - с наличием ССЗ;
 - страдающие сахарным диабетом (СД) 2 типа или СД 1 типа с микроальбуминурией;
 - с очень высоким уровнем отдельных факторов риска;
 - страдающие хронической болезнью почек автоматически относятся к группе **ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО** или **ВЫСОКОГО** риска развития ССЗ и нуждаются в активной коррекции всех факторов риска.

2. У всех остальных пациентов для оценки общего риска развития ССЗ рекомендуется использование специальных систем, например SCORE, так как у многих людей имеются несколько факторов риска, сочетание которых определяет высокий риск развития патологии.

Таблица. Рекомендации по медикаментозной терапии гиперхолестеринемии

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень доказательств
Назначение статинов вплоть до максимально рекомендуемой или максимально переносимой дозы для достижения целевого уровня показателей липидного обмена	I	A
Только в случае непереносимости статинов следует назначить секвестранты желчных кислот или никотиновую кислоту	IIa	B
Также в случае непереносимости статинов можно назначать ингибиторы всасывания холестерина в качестве средства монотерапии или в комбинации с секвестрантами желчных кислот либо никотиновой кислотой	IIb	C
Если целевых значений показателей липидного обмена достичь не удастся, необходимо рассмотреть вопрос о возможности назначения статинов в комбинации с ингибиторами всасывания холестерина, секвестрантами желчных кислот или никотиновой кислотой	IIb	C

Естественно, в практике врача-терапевта ведение таких пациентов составляет основную часть амбулаторного приема. В современных клинических и экономических реалиях говорить о повсеместной лабораторной диагностике у таких больных точных уровней липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) и ЛПНП не приходится – это, к сожалению, пока что недостаточно распространенный элемент диагностического процесса. Однако при наличии диагностированного клинически проявляющегося заболевания СС-системы назначение статинов является одним из первых шагов терапии, направленной на снижение кардиоваскулярного риска даже без верификации уровня ЛПВП и ЛПНП. Причем только применение статинов имеет наивысший класс рекомендаций и наивысший уровень доказательств (табл.).

В нашей практике на амбулаторном приеме в распоряжении врача-терапевта имелся портативный прибор для быстрого измерения уровня общего холестерина (ОХС). Как известно, повышенное содержание холестерина в крови обуславливает развитие атеросклероза сосудов и ишемической болезни сердца (ИБС). Риск СС-осложнений, как было показано в Фрамингемском исследовании, возрастает в 5-6 раз при уровне ОХС >6,2 ммоль/л (>240 мг/дл). При так называемых пограничных значениях – 5,2-6,2 ммоль/л – необходимо дополнительно исследовать холестерин в комплексе с триглицеридами, ЛПВП и ЛПНП, поскольку риск развития атеросклеротических изменений в значительной степени зависит от соотношения различных фракций липопротеинов. Причем вышеприведенные уровни ОХС являются целевыми для здоровых людей. У пациентов группы риска (например, при наличии ССЗ) уровень ОХС не должен превышать 4,5 ммоль/л (ESC, 2013).

Как известно, путем диетических ограничений можно снизить уровень ОХС не более чем на 15%, поэтому необходимость назначения препарата группы статинов у пациентов с высоким уровнем ОХС является бесспорной.

Собственные данные

Нами проведено исследование клинической эффективности препарата Розулип у пациентов с наличием клинически выраженного ССЗ. Всего измерения выполнены у 109 больных. Чаще всего в качестве основного диагноза фигурировали ИБС (67 пациентов), гипертоническая болезнь II-III степени (38 обследованных); у значительного количества больных отмечено сочетание этих диагнозов. Практически все пациенты имели сопутствующие заболевания, чаще всего церебральный атеросклероз, сердечную недостаточность, СД 2 типа. Таким образом, всем больным было показано назначение препарата группы ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов). 95 пациентам был назначен Розулип (розувастатин)

Уровень общего холестерина, ммоль/л

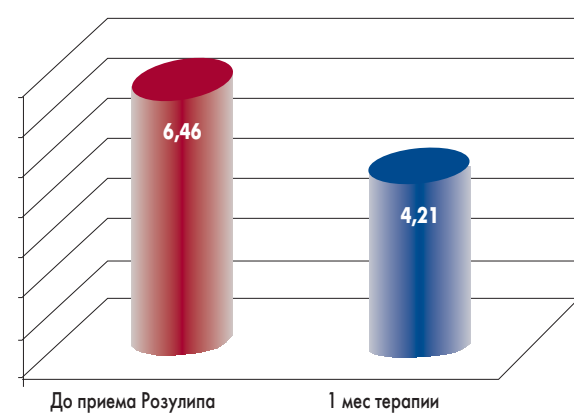


Рис. Снижение уровня ОХС на фоне лечения препаратом Розулип через 1 мес терапии

в дозе 10 мг 1 раз в сутки, 14 пациентам (в связи с исходно очень высоким уровнем ОХС или более выраженным СС-риском) – Розулип 20 мг 1 раз в сутки.

Через месяц производилось повторное измерение уровня ОХС.

За этот относительно короткий период у всех больных уровень ОХС снизился до <5 ммоль/л. Среднее значение до лечения Розулипом составляло 6,46 ммоль/л, через месяц терапии – 4,21 ммоль/л (рис.).

1 Таким образом, применение препарата Розулип (даже минимальной его дозировки) уже через 1 мес после начала лечения способствовало снижению уровня ОХС на 34% и достижению целевого уровня этого показателя у пациентов группы высокого кардиоваскулярного риска.

У всех обследованных больных отмечена удовлетворительная переносимость препарата Розулип; случаев отмены из-за развития побочных эффектов или непереносимости не наблюдалось.

Таким образом, в своей практике мы убедились в клинической эффективности препарата Розулип в отношении снижения уровня ОХС, которое, как известно, ассоциируется со значительным уменьшением кардиоваскулярного риска у пациентов с ССЗ, в первую очередь – у пациентов с ИБС и/или гипертонической болезнью II-III степени.

Розуліп

РОЗУВАСТАТИН

- ЯКІСНИЙ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ РОЗУВАСТАТИН
- ШВИДКО ЗНИЖУЄ РІВЕНЬ ЛІПІДІВ
- СПРІЯЄ РЕГРЕСУ БЛЯШКИ*



Р.П. № UA/11831/01/02,
№ UA/11831/01/03

Представництво «EGIS ФАРМАС»ЮТІКАЛС ПЛС» в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



*Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів.
Побічні реакції: запор, реакції гіперчутливості, включаючи ангіоневротичний набряк та ін. Виробник: Фармацевтичний завод EGIS.