



Современная стратегия назначения статинов: эффективность, безопасность, приверженность к лечению

Назначение статинов кардиологическим пациентам – сегодня уже не роскошь, а жизненная необходимость. Известно, что снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) на 1 ммоль/л с помощью этих препаратов приводит к уменьшению риска смерти от всех причин на 10%, ишемической болезни сердца (ИБС) – на 20%, всех кардиальных событий – на 16%. Таким образом, терапия статинами – это не только снижение частоты развития сердечно-сосудистых (СС) осложнений, но и продление жизни при наличии высокого СС-риска. В настоящее время кардиологи и терапевты хорошо информированы о том, кому и как назначать статины, однако обеспечение регулярного приема пациентами статинов в адекватных дозах по-прежнему остается одной из актуальнейших проблем. Данная проблема была рассмотрена с двух точек зрения – кардиолога и психотерапевта – на одном из научных симпозиумов XVI Национального конгресса кардиологов Украины (23-25 сентября, г. Киев).

ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА



Руководитель отдела атеросклероза и хронической ишемической болезни сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Михаил Илларионович Лутай представил доклад «Эффективная статинотерапия: доказательная медицина, реальная клиническая практика». Профессор М.И. Лутай в ходе выступления напомнил о том, что ИБС и цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) остаются сегодня лидирующими причинами смерти в Европе (А.Н. Maas, 2011), а также рассказал о роли статинов в снижении уровня СС-заболеваемости, современных принципах и целях статинотерапии.

Основные моменты доклада можно обозначить следующим образом:

- Главный принцип терапии статинами – назначение на основании результатов оценки СС-риска в средних и максимально рекомендуемых или в максимально переносимых дозах.
- Основной липидной целью при проведении статинотерапии, согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов и Европейского общества атеросклероза (ESC/EAS, 2011, 2012), является уровень ХС ЛПНП, который у пациентов с клиническими проявлениями атеросклероза должен быть снижен до <1,8 ммоль/л или (при невозможности достижения этих значений) на ≥50%.
- В руководстве Американской ассоциации сердца (АНА) и Американской коллегии кардиологов (ACC) по гиполипидемической терапии у взрослых для снижения СС-риска (АНА/ACC, 2013) подчеркивается, что интенсивность статинотерапии (низкая, средняя, высокая) зависит от степени СС-риска, и для пациентов высокого и очень высокого риска в качестве терапевтического ориентира обозначено снижение уровня ХС ЛПНП ≥50%.
- Статины эффективны в профилактике инсультов – как первичной (исследования HPS, JUPITER и др.), так и вторичной (SPARCL). Такой вывод сделали авторы метаанализа 24 исследований (165 тыс. пациентов), которые отметили, что снижение ХС ЛПНП на каждые 1 ммоль/л сопряжено со снижением риска развития инсультов на 21% (P. Amarenco et al., 2009).
- Пациентам с ИБС или высоким СС-риском (в т. ч. при наличии сахарного диабета) руководством АНА и Американского общества атеросклероза (ASA) 2010-2011 гг. статины рекомендованы для первичной профилактики инсультов. В этом же руководстве указывается на целесообразность назначения статинов с выраженным гиполипидемическим эффектом для вторичной профилактики пациентам с инсультами или транзиторной ишемической атакой (ТИА) в анамнезе и признаками атеросклероза (ХС ЛПНП >2,5 ммоль/л) без явных проявлений ИБС. В данном руководстве отмечено, что другие гиполипидемические средства – фибраты, никотиновая кислота, секвестранты жирных кислот – не обладают существенными доказательствами в отношении снижения риска СС-осложнений.
- В рекомендациях АНА/ASA указывается также, что пациенты с ишемическим инсультом или ТИА, гиперхолестеринемией, коморбидной ИБС или другими свидетельствами событий атеросклеротического происхождения должны получать лечение в соответствии с руководством NCEP III, которое включает модификацию образа жизни, рекомендации по диетическому питанию и медикаментозной терапии (класс I, уровень доказательств А). Рекомендуются применение статинов и поддержание целевых уровней ХС ЛПНП <2,5 ммоль/л при наличии ИБС или симптоматического заболевания артерий у лиц очень высокого риска с множественными факторами риска – <1,8 ммоль/л (класс I, уровень доказательств А).
- Анализ данных FDA 2011 г. по относительной эффективности различных статинов в снижении уровня ХС ЛПНП, а также европейских и американских рекомендаций по гиполипидемической терапии позволяет сделать вывод, что препаратами выбора у пациентов высокого и очень высокого риска, нуждающихся в значительном снижении ХС ЛПНП, являются аторвастатин в дозах 40-80 мг/сут (снижение ХС ЛПНП на 43 и 55% соответственно) и розувастатин в дозах 20-40 мг/сут (снижение ХС ЛПНП на 55 и 63% соответственно).

- Розувастатин и аторвастатин обладают убедительной доказательной базой в отношении влияния на темпы прогрессирования атеросклероза (исследование ASTEROID с розувастатином и REVERSAL с аторвастатином). В исследовании YELLOW продемонстрирована способность розувастатина влиять на структуру атеросклеротических бляшек при применении в максимальной дозе 40 мг/сут.
- Польза от назначения статинов пациентам высокого и очень высокого СС-риска всегда превышает возможные риски, включая повышение уровня печеночных ферментов, развитие СД и миопатии.
- Вероятность возникновения СД на фоне лечения статинами незначительна и несопоставима с выраженным снижением частоты тяжелых СС-осложнений, которое наблюдается на фоне приема статинов у пациентов высокого и очень высокого риска.
- Наиболее безопасным в отношении риска миопатий является розувастатин (С. Fernandez et al., 2011). Аторвастатин по сравнению с розувастатином обладает более выраженным нефропротекторным эффектом и даже при использовании в максимальной дозе не снижает скорость клубочковой фильтрации у больных с СД в отличие от розувастатина (исследование PLANET I). Повышение уровня печеночных ферментов (АЛТ) на фоне статинотерапии носит дозозависимый характер, и частота трехкратного увеличения этого показателя при использовании максимальной дозы аторвастатина (80 мг/сут) составила не более 1,2% (по данным исследования TNT).

Профессор М.И. Лутай также отметил, что острейшими проблемами СС-профилактики являются низкая приверженность пациентов к лечению статинами и прием этих препаратов в неадекватных дозах, которые не обеспечивают достижения главных целей терапии. В рекомендациях ESC 2012 г. по кардиоваскулярной профилактике указывается, что половина больных ИБС и четверо пациентов высокого риска из пяти не достигают целевых уровней ХС ЛПНП из-за назначения статинов в низких дозах и, как следствие, не получают максимальных преимуществ от этой профилактической стратегии.

С выводами европейских экспертов перекликаются и результаты, полученные украинскими учеными. Так, в исследовании ПРЕСТИЖ статины были назначены 65% больных ИБС, при этом целевые уровни общего ХС и ХС ЛПНП были достигнуты в 18,6 и 23% случаев соответственно (М.И. Лутай и соавт., 2011). Это свидетельствует о том, что статины могли быть назначены в неадекватных дозах либо пациенты самостоятельно изменяли дозировку и прекращали прием препаратов. Действительно, назначение высокоэффективного статина в адекватной дозе еще не означает, что пациент будет четко следовать рекомендациям врача. По данным эпидемиологических исследований, распространенность ИБС в Украине должна составлять около 12%. Анализ динамики использования статинов в Украине показывает, что количество проданных за год препаратов может обеспечить их непрерывный прием в течение года только у 4% пациентов (М.И. Лутай, А.Ф. Лысенко, 2011). Таким образом, в нашей стране существуют две острые проблемы в области статинотерапии: 1) низкая мотивация пациентов высокого и очень высокого риска для регулярного приема статинов в адекватных дозах; 2) неготовность врачей назначать статины в высоких дозировках. Повлиять на данную ситуацию возможно, действуя одновременно в нескольких направлениях.

1. Выбрать для лечения пациентов высокого и очень высокого риска эффективный статин с благоприятным профилем безопасности и доступной ценой.
2. Выбрать альтернативную дозировку статина, которая обеспечивала бы не только необходимое снижение уровня ХС ЛПНП, СС-риска, но и уверенность врача и пациента в том, что данная тактика является оптимальной в отношении эффективности и безопасности.

Этим требованиям отвечает современный и хорошо изученный препарат розувастатин, а назначение его генерика – препарата Роксера (KRKA), который имеет широкий спектр дозировок: 5, 10, 15, 20, 30 и 40 мг – позволяет оптимизировать лечение и расширить круг пациентов, для которых будет доступна данная эффективная профилактическая стратегия.

Сейчас подходит к завершению международное многоцентровое открытое проспективное исследование ROSU-PATH, в котором принимают участие клинические центры семи стран Европы. В исследование включено около 500 пациентов с дислипидемиями и различными факторами риска, которые часто встречаются в реальной клинической практике: курение, артериальная гипертензия, СД, ИБС, ЦВЗ, метаболический синдром, хроническая болезнь почек, заболевания периферических артерий. В данном исследовании сравнивают эффективность использования двух схем титрования розувастатина: стандартной (10-20-40 мг/сут) и альтернативной (15-30-40 мг/сут), оценивая частоту достижения целевых уровней ХС ЛПНП. Согласно полученным на сегодня промежуточным результатам у 320 пациентов розувастатин (Роксера) в дозе 15 мг/сут обеспечивает лучшие результаты по сравнению со стандартной дозой 10 мг уже на старте лечения (снижение уровня ХС ЛПНП на 2,2 против 1,7 ммоль/л). Установлена также более высокая эффективность альтернативной схемы титрования розувастатина в отношении влияния на весь липидный профиль – уровень общего ХС, триглицеридов, ХС липопротеинов высокой плотности. Авторы исследования ROSU-PATH отмечают также хороший профиль переносимости Роксеры и одинаковую частоту побочных эффектов при использовании альтернативной и стандартной схем титрования.

Профессор М.И. Лутай привел данные собственного исследования, которые подтверждают целесообразность использования розувастатина в дозировке 15 мг/сут в определенных ситуациях. В этом исследовании назначение Роксеры в средней дозировке

Продолжение на стр. 58.



Современная стратегия назначения статинов: эффективность, безопасность, приверженность к лечению

Продолжение. Начало на стр. 57.

12,2 мг/сут пациентам с ИБС после коронарного стентирования обеспечивало снижение уровня ХС ЛПНП на 45%, общего ХС — на 38% (М.И. Лутай и соавт., 2012).

Таким образом, розувастатин (Роксера) обладает высокой эффективностью и благоприятным профилем безопасности во всем диапазоне доз, включая 15 и 30 мг/сут. Назначение Роксеры в дозах 15 и 30 мг/сут обеспечивает большую частоту достижения целевых уровней ХС ЛПНП по сравнению с назначением препарата в стандартных дозах 10 и 20 мг/сут. Применение Роксеры в дозировке 15 мг/сут оправдано также для более быстрого достижения целевых цифр. В ситуациях, когда требуется более выраженное снижение уровня ХС ЛПНП, но существует опасение в отношении низкой приверженности пациента к приему максимальных доз статина, альтернативным выходом может служить назначение субмаксимальной дозы Роксеры — 30 мг/сут. Это позволит достичь у пациентов высокого или очень высокого риска рекомендуемой цели (снижение ХС ЛПНП $\geq 50\%$) и повысит доверие к лечащему врачу и выбранной стратегии.

ВЗГЛЯД ПСИХОТЕРАПЕВТА



Доктор медицинских наук, профессор Олег Созонтович Чабан (кафедра психологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины) выступил с докладом «Приверженность как неотъемлемая составляющая эффективности лечения», в котором представил точку зрения врача-психотерапевта на проблему приверженности пациентов к длительному лечению и рассмотрел пути ее решения.

— Установление контакта с пациентом и приобретение его доверия — одна из важнейших проблем, с которыми сталкиваются врачи в своей повседневной практике. К такому выводу, в частности, пришли специалисты из университета Манитобы (Канада), опросив более 300 практикующих врачей. Низкий уровень доверия пациентов к врачам и рекомендуемым лечебным стратегиям, особенно к тем, которые требуют длительного (пожизненного) приема препаратов, обусловлен чрезмерным объемом доступной и неверно воспринимаемой медицинской информации и стремлением к самодиагностике. Тем не менее врач играет главную роль в формировании приверженности больных к лечению — так считают 70% специалистов, опрошенных в ходе исследования, проведенного нами совместно с компанией KRKA (О.С. Чабан, 2015). Поэтому от врача требуется умение установить партнерские отношения с пациентом, и в настоящее время все большую актуальность приобретает термин *concordance*, означающий создание совместными равноценными усилиями терапевтического альянса и достижение договоренности о соблюдении режима лечения. Конкордантность — это прежде всего переговоры между равными партнерами, в результате которых создается модель коммуникации, устраняющая барьеры между целью врача и пониманием пациента. Для того, чтобы эта модель работала, врач в первую очередь должен быть сам убежден в эффективности выбранной лечебной стратегии. Кроме того, важным фактором является готовность и наличие возможности у врача потратить на общение с пациентом достаточное количество времени. Интересно, что в уже упоминавшемся нашем исследовании 49% опрошенных врачей указали, что обсуждение плана лечения с пациентом должно занимать не более 15 минут. 11% участников на вопрос о том, назначили ли бы они себе препараты, которые рекомендуют пациентам, ответили отрицательно. Естественно, при таком подходе шансы убедить пациентов в необходимости длительного приема жизненно важных препаратов минимальны.

В ходе выступления профессор О.С. Чабан ознакомил врачей с некоторыми приемами психологии убеждения пациентов. К таким приемам, например, относится формирование альтернативы для пациента:

- создание ситуации принятия решения пациентом самостоятельно (задать вопрос: «А как вы думаете?»);
- подключение эмоций, как своих, так и пациента. При этом следует помнить, что позитивные эмоции, в отличие от негативных, хотя и приводят к более медленному принятию решений, но являются лучшей основой для создания стойких и длительных партнерских отношений;
- демонстрация заинтересованности вербальными и невербальными сигналами (смотреть в глаза при общении, не отвлекаться на других людей, бумаги и т. п.);
- ознакомление пациента с доказательствами эффективности выбранной лечебной стратегии;
- предложение ознакомиться с альтернативными источниками информации с последующим обсуждением, разъяснением и подталкиванием к самостоятельному принятию решений;
- использование данных, являющихся более важными и убедительными для пациентов.

К приемам неспецифической поддержки пациента относятся, например, демонстрация к нему уважения, заинтересованности проблемами, которые его заботят, реагирование на его эмоции, советы.

Безусловно, в условиях реальной клинической практики многие специалисты первичного звена здравоохранения не имеют достаточного количества времени для того, чтобы уделить пациентам необходимый объем внимания. Тем не менее, если мы хотим изменить ситуацию в области лечения пациентов очень высокого СС-риска к лучшему, особенно при назначении препаратов из группы статинов, таких как Роксера или Аторис, которые не влияют на симптомы, но улучшают прогноз пациентов, следует стремиться к освоению определенных психологических приемов и технологий убеждения, формированию прагматических концептуальных коммуникаций. Нужно помнить, что каждая упущенная возможность для повышения приверженности кардиологических пациентов к лечению означает увеличение количества плохо леченных больных и, как следствие, новых случаев тяжелых инвалидизирующих СС-осложнений и смертей, которые можно было бы предотвратить.

Подготовила **Наталья Очеретяная**





Довіра до препаратів KRKA — це довіра
до європейських інновацій і високої якості

Роксера®

розувастатин

таблетки, вкриті плівковою оболонкою
по 5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг, 30 мг та 40 мг

Роксера® 15 мг та 30 мг:

унікальні дози — унікальні можливості¹



Роксера® — єдиний розувастатин у 6 дозах, що дозволяє найбільш влучно досягати цілі¹

Роксера®. Склад. 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг, 30 мг або 40 мг розувастатину. **Лікарська форма.** Таблетка, вкрита плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Гіполіпідемічні засоби. Інгібітори ГМК-КоА-редуктази. Код АТС C10A A07. **Показання.** Гіперхолестеринемія. Первинна гіперхолестеринемія або змішана дисліпідемія. Гомозиготна сімейна гіперхолестеринемія. Профілактика серцево-судинних порушень. Лікування атеросклерозу. *Діти та підлітки.* Лікування первинної гіперхолестеринемії або змішаної дисліпідемії внаслідок гетерозиготної родинної гіперхолестеринемії. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до розувастатину чи будь-якого неактивного інгредієнта; захворювання печінки в активній фазі, в тому числі невідомої етіології; стійке підвищення рівня трансаміназ у сироватці крові та підвищення рівня будь-якої трансамінази більше ніж у 3 рази понад верхню межу норми; тяжке порушення функції нирок (кліренс креатиніну <30 мл/хв); міопатія, при вже існуючих факторах для міотоксичних ускладнень (для доз 30 мг і 40 мг такі фактори включають: помірне порушення функції нирок (кліренс креатиніну <60 мл/хв); гіпотиреоз; вроджені порушення з боку м'язів; наявність в анамнезі токсичності з боку м'язів, спричиненої іншими інгібіторами ГМК-КоА-редуктази чи фібратами; алкогольна залежність; азіатське походження; супутнє застосування фібрів; вік понад 70 років); супутній прийом циклоспору; вагітність, годування груддю та жінкам репродуктивного віку, які не використовують засобів контрацепції; дітям віком до 10 років. **Спосіб застосування та дози.** Дозу слід підбирати індивідуально, залежно від мети терапії та ефективності лікування, застосовуючи діючі рекомендації. Роксеру можна приймати в будь-який час дня, незалежно від прийому їжі. Таблетку не слід розжовувати або дробити. Таблетку ковтають цілою, запиваючи водою. **Лікування гіперхолестеринемії.** Рекомендована початкова доза становить 5 мг чи 10 мг перорально 1 раз на добу. Підбираючи початкову дозу слід враховувати індивідуальний рівень холестерину у пацієнта та серцево-судинний ризик, а також потенційний ризик розвитку побічних реакцій. **Дозування при порушенні функції нирок.** Для пацієнтів з легким та помірним порушенням функції нирок немає необхідності у корекції дози. У пацієнтів з порушенням функції нирок помірної тяжкості (кліренс креатиніну <60 мл/хв) рекомендована початкова доза становить 5 мг та протипоказані дози 30 мг та 40 мг. Пацієнтів з тяжким порушенням функції нирок застосування Роксери протипоказано. **Побічні реакції.** Побічні реакції, що спостерігаються при застосуванні Роксери, зазвичай слабкі та транзиторні. **Загальний стан.** Астенія. **З боку імунної системи.** Реакції гіперчутливості, у тому числі ангіоневротичний набряк. **З боку ендокринної системи.** Цукровий діабет (залежить від наявності факторів ризику). **З боку нервової системи.** Головний біль, запаморочення. **З боку травної системи.** Запор, нудота, біль у животі, панкреатит. **З боку шкіри та підшкірної клітковини.** Свербіж, висип та кропив'янка. **З боку скелетно-м'язової системи.** Міалгія, міопатія та рабдоміоліз. **З боку нирок.** Протеїнурія. **З боку печінки.** Збільшення рівня трансаміназ. **Лабораторні показники.** Як і з іншими інгібіторами ГМК-КоА-редуктази, можливе дозопропорційне зростання рівня печінкових трансаміназ та креатинінази. Також можливе підвищення рівнів HbA1c. **Фармакологічні властивості.** Розувастатин знижує підвищені концентрації ХС ЛПНЩ, ЗХС та тригліцеридів і збільшує концентрації ХС ЛПВЩ. Терапевтичний ефект досягається протягом 1 тижня після початку лікування, а 90% максимального ефекту досягається через 2 тижні. Максимальний ефект, як правило, досягається через 4 тижні та підтримується протягом лікування. Розувастатин проходить обмежений метаболізм (приблизно 10%). Він піддається тільки мінімальному метаболізму на основі P450, і цей метаболізм не є клінічно важливим. **Упаковка.** По 10 таблеток у блістері, по 3, 6 або 9 блістерів у картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом.

АТОРИС

таблетки, вкриті плівковою оболонкою
по 10 мг, 20 мг, 30 мг, 40 мг та 60 мг

аторвастатин

нова
доза

нова
доза



Аторис — найбільш призначуваний статин у Європі* з новими можливостями¹

* у Центральній, Східній, Південно-Східній та Західній Європі.

Аторис. Склад. 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить 10 мг, 20 мг, 30 мг, 40 мг або 60 мг аторвастатину у вигляді аторвастатину кальцію. **Лікарська форма.** Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. **Фармакотерапевтична група.** Гіполіпідемічні засоби. Інгібітори ГМК-КоА-редуктази. Аторвастатин. Код АТХ C10A A05. **Показання.** *Гіперліпідемія.* (Первинна гіперхолестеринемія (гетерозиготна сімейна і несімейна) та змішана дисліпідемія; гіпертригліцеридемія; первинна дисбеталіпопротеїнемія; гомозиготна та гетерозиготна сімейна гіперхолестеринемія). *Попередження серцево-судинних ускладнень. Запобігання серцево-судинним захворюванням.* **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого інгредієнта препарату, захворювання печінки в гострій фазі або при стійкому підвищенні (невідомого генезу) рівнів трансаміназ у сироватці крові в 3 чи більше разів; під час вагітності, годування груддю та жінкам репродуктивного віку, які не застосовують належні методи контрацепції. **Спосіб застосування та дози.** Препарат призначають у дозі 10–80 мг 1 раз на добу щоденно, в будь-який період дня, незалежно від прийому їжі. Початкову та підтримувальну дози препарату підбирають індивідуально, залежно від вихідного рівня ХС ЛПНЩ, цілі лікування та відповіді. **Побічні реакції.** Побічні ефекти у більшості випадків легкого ступеня тяжкості та тимчасові. **З боку психіки:** кошмарні сновидіння, безсоння. **З боку імунної системи:** алергічні реакції, анафілаксія. **З боку обміну речовин і харчування:** гіперглікемія, гіпоглікемія, збільшення маси тіла, анорексія, цукровий діабет. **З боку репродуктивної системи та молочних залоз:** розлад статевої функції, імпотенція, гінекомастія. **З боку нервової системи:** головний біль, парестезія, запаморочення, гіпестезія, дисгевзія, амнезія, периферична нейропатія. **З боку органів дихання, грудної клітки та середостіння:** біль у горлі та гортані, носова кровотеча. **Інфекції та інвазії:** назофарингіт. **З боку системи крові та лімфатичної системи:** тромбоцитопенія. **З боку органів зору:** затьмарення зору, порушення зору. **З боку органів слуху:** дзвін у вухах, втрата слуху. **З боку метаболізму та харчування:** підвищення трансаміназ, відхилення від норми функціональних проб печінки, підвищення рівня лужної фосфатази в крові, підвищення КФК, гіперглікемія. **З боку травної системи:** запор, метеоризм, диспепсія, нудота, діарея, блювання, біль у животі, відрижка, панкреатит. **Гепатобіліарні порушення:** гепатит, холестази, печінкова недостатність. **З боку шкіри та підшкірних тканин:** кропив'янка, шкірні висипання, свербіж, алопеція, ангіоневротичний набряк, бульозний дерматит, с-м Стивенса–Джонсона, токсичний епідермальний некроліз. **З боку кістково-м'язової системи:** міалгія, артралгія, біль у кінцівках, м'язові спазми, набряк суглобів, біль у спині, шиї, слабкість м'язів, міопатія, міозит, рабдоміоліз, тендонопатія. **Загальні порушення:** нездужання, пірексія, астенія, біль у грудях, периферичні набряки, стомлюваність, пропасниця. **Лабораторні показники:** відхилення функціональних проб печінки, підвищення рівня креатинінази в крові, наявність лейкоцитів у сечі. Підвищення рівня трансаміназ у сироватці є дозозалежним. **Фармакологічні властивості.** Аторвастатин знижує утворення ЛПНЩ, спричинює виражене і стійке підвищення активності ЛПНЩ-рецепторів у поєднанні зі сприятливими змінами якості частинки ЛПНЩ, що циркулюють. Аторвастатин знижує концентрації ЗХС (30–46%), ХС ЛПНЩ (41–61%), аполіпопротеїну В (34–50%) та ТГ (14–33%), спричиняючи варіабельне підвищення ХС ЛПВЩ та аполіпопротеїну А. Крім впливу на ліпідну плазму аторвастатин має інші ефекти, які посилюють його антиатеросклеротичну дію. **Упаковка.** По 10 таблеток у блістері. По 3 або 9 блістерів у коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Повна інформація міститься в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.
Посилання: 1. ePharma Market, CEGEDIM, HmR, IMS, INSIGHT HEALTH, INTELIX, MEDICUBE, PHARMSTANDART, PharmaZOOM 2013.

ТОВ «КРКА УКРАЇНА», 01015, Україна,
м. Київ, вул. Старонаводницька, 13, офіс 127, п/с 42,
тел.: +380 44 354-26-68, +380 44 354-26-67;
веб-сайт: www.krka.ua, ел. пошта: info.ua@krka.biz



Наші знання та прагнення присвячені здоров'ю. Рішучість,
наполегливість та майстерність в поєднанні з єдиною метою —
створення ефективних та безпечних препаратів найвищої якості.