

Заключение экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК), Национального Общества по изучению атеросклероза (НОА), Российского общества кардиосоматической реабилитации и вторичной профилактики (РосОКР) по оптимизации терапии статинами в клинической практике

The opinion of the experts of the All-Russian Research Society of Cardiologists (ARRSC), the National Society of Atherosclerosis Study (NSAS), the Russian Society of Cardiosomatic Rehabilitation and Secondary Prevention (RSCRSP) by Optimizing Statin Therapy in Clinical Practice

Несмотря на наметившиеся в последние годы положительные тенденции, сердечно-сосудистые заболевания остаются причиной смертности населения номер один в Российской Федерации.

До 85% всех сердечно-сосудистых смертей приходится на различные формы ишемической болезни сердца (ИБС) и цереброваскулярные заболевания, в то время как существующие подходы в первичной и вторичной профилактике позволяют значительно

снизить сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность. Результаты рандомизированных клинических исследований с ингибиторами ГМГ-Ко-А-редуктазы (статины) и данные метаанализов показали, что снижение уровня холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) плазмы крови на 30–40% от исходного значения снижает риск развития сердечно-сосудистых событий более чем на 1/3. Существующие сегодня в арсенале врачей статины

(ловастатин, правастатин, симвастатин, флувастатин, аторвастатин и розувастатин) хорошо изучены в различных популяциях пациентов. Доказательная база каждого из применяемых препаратов показала его эффективность, хорошую переносимость и безопасность у разных пациентов. В соответствии с российскими и международными рекомендациями пациенты с ИБС достигают целевых значений ХС ЛПНП только в 10–30% случаев (L-TAP-II, DYSIS 2009). Это связано с низким процентом назначения статинов у больных высокого сердечно-сосудистого риска и ИБС, плохой приверженности к терапии, «курсовым» лечением статинами 1 и 2-й генерации в начальных дозах (МСС-2006; Российские исследования ПОРА-2008 и ПЕРСПЕКТИВА-2010). Кроме того, практикующие врачи предпочитают не титровать однажды назначенную дозу статина.

В этой связи представляется актуальным оптимизация терапии статинами, что позволит врачам в повседневной клинической практике уже на старте назначать оптимальную, более эффективную дозу статина и добиться целевых значений ХС ЛПНП у большинства пациентов. Рациональное назначение оптимальных стартовых доз статинов будет способствовать снижению сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности и повышению продолжительности жизни.

Одним из самых популярных и наиболее часто назначаемых в мире статинов, имеющих большую доказательную базу, является аторвастатин. Аторвастатин может быть назначен в любой стартовой дозе от 10 до 80 мг/сут в зависимости от степени риска и уровня ХС ЛПНП. Высокая клиническая эффективность оригинального препарата аторвастатин (Липримар) по снижению неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов представлена более чем в 400 клинических исследованиях с участием более 80 тыс. пациентов с различными нозологиями: острый коронарный синдром (MIRACLE – G.Schwartz, 2001, PROVE-IT – C.Cannon, 2004), ИБС (ALLIANCE – M.Koren, 2004, AVERT – B.Pitt, 1999, GREACE – V.Athyros, 2004, IDEAL – T.Pedersen, 2005, TNT – D.LaRosa, 2005) мозговой инсульт и транзиторная ишемическая атака (SPARCL – P.Amarengo, 2006, CARDS – Hitman, 2007, TNT – A.Waters, 2006), сахарный диабет (CARDS – 2004, 4D – Wanner, 2005), хронические заболевания почек (4D – Wanner, 2005, TNT – J.Shepherd, 2008, CARDS – Hitman, 2006, ALLIANCE – M.Koren, 2009); артериальная гипертензия с факторами риска (ASCOT-LLA – P.Seaver, 2003). Установлено, что аторвастатин может быть с успехом применен у самых разных пациентов: пожилых (SAGE – P.Deedwania, 2007, CARDS – Nail, 2006, TNT – Wenger, 2006, ALLIANCE – M.Koren, 2000);

¹ При подготовке к операциям реваскуляризации миокарда необходимо рассмотреть возможность назначения аторвастатина до вмешательства (ангиопластики) в дозе 80 мг за 12 ч и в дозе 40 мг за 2 ч с целью улучшения исходов и снижения риска пери- и постоперационных осложнений (данные ARMYDA ACS).

² При подготовке к операциям, в том числе вне сердечно-сосудистой системы, пациентов высокого риска необходимо рассмотреть возможность назначения аторвастатина в дозе от 20 до 80 мг/сут периоперационно (не менее чем за 1 мес до вмешательства) с целью снижения заболеваемости и смертности в пери- и постоперационном периоде (ESC Guidelines, 2009).

женщин (BELLES – P.Raggi, 2005; BONES – H.Bone, 2007), детей 10–17 лет (Pediatric study – McCrindle, 2003), пациентов с наследственной гиперлипидемией (ASAP – T.Smilde, 2001), пациентов с периферическим атеросклерозом (TREADMILL – E.Mohler, 2003), пациентов с ИБС после оперативного вмешательства (ARMYDA-ACS – G.Patti, 2007, 3 – G.Patti, 2003, RECAPTURE – G.Sciascio, 2009). Следует подчеркнуть, что все перечисленные клинические исследования были проведены с использованием оригинального препарата аторвастатин (Липримар), а выявленное в ходе данных исследований снижение сердечно-сосудистых осложнений и смертности при терапии препаратом Липримар можно объяснить не только его выраженным гиполипидемическим действием, но и разнообразными плеiotропными эффектами. Убедительные данные по безопасности и переносимости препарата Липримар во всем диапазоне доз (10–80 мг/сут) получены в клинических исследованиях и обобщены в двух метаанализах (C.Newman, 2003, 2006).

Для наиболее эффективного применения статинов в клинической практике необходим конкретный алгоритм действий. Существующая доказательная база и опыт многолетнего клинического применения аторвастатина позволяют дифференцированно рекомендовать различным группам пациентов определенные стартовые дозы аторвастатина.

1. Пациентам высокого и очень высокого риска:

1а) с осложненными формами ИБС – острым коронарным синдромом, перенесенным инфарктом миокарда; ишемическим мозговым инсультом, транзиторной ишемической атакой; семейной гиперхолестеринемией с клиническими проявлениями атеросклероза – после реконструктивных операций на сердце и сосудах^{1,2} необходимо рассмотреть возможность назначения аторвастатина в дозе 80 мг/сут на максимально длительный срок.

Стратегия снижения уровня ХС ЛПНП – «чем ниже, тем лучше», до целевого значения <2,0 ммоль/л (прием аторвастатина неопределенно долго).

Цель терапии – предотвращение сердечно-сосудистых осложнений, снижение общей и сердечно-сосудистой смертности, увеличение продолжительности жизни у данной когорты пациентов;

1б) с неосложненными стабильными формами ИБС, а также ее эквивалентами (аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий, каротидный атеросклероз) необходимо рассмотреть возможность назначения аторвастатина в дозе 40 мг/сут на максимально длительный срок, что позволяет до 50% снизить уровень ХС ЛПНП и риск развития сердечно-сосудистых осложнений. При хорошей переносимости и недостиже-

нии целевых значений ХС ЛПНП (>2,0 ммоль/л) доза аторвастатина может быть увеличена до 80 мг/сут с целью дополнительного снижения риска сердечно-сосудистых осложнений.

Стратегия снижения уровня ХС ЛПНП до целевого уровня <2,0 ммоль/л (прием аторвастатина неопределенно долго).

Цель терапии – предотвращение сердечно-сосудистых осложнений, снижение общей и сердечно-сосудистой смертности, увеличение продолжительности жизни у данной когорты пациентов.

2. Пациентам без ИБС, но с высоким сердечно-сосудистым риском (SCORE >5%), с одним, но выраженным фактором риска; с ИБС и низким уровнем ХС ЛПНП (<2,0 ммоль/л) необходимо рассмотреть возможность назначения аторвастатина в стартовой дозе 20 мг/сут на максимально длительный срок лечения.

Стратегия снижения уровня ХС ЛПНП до целевого значения <2,5 ммоль/л (прием аторвастатина неопределенно долго).

Цель терапии – первичная профилактика (предотвращение) развития сердечно-сосудистых осложнений.

3. Для лиц с артериальной гипертензией без ИБС и умеренным сердечно-сосудистым риском (SCORE 1–4%) рассмотреть возможность назначения аторвастатина в стартовой дозе 10 мг/сут (последующая титрация дозы согласно уровню ХС ЛПНП).

Стратегия снижения уровня ХС ЛПНП до целевого уровня <3,0 ммоль/л (прием аторвастатина не менее пяти лет).

Цель терапии – первичная профилактика (предотвращение) развития сердечно-сосудистых осложнений.

4. Пациентам с гиперхолестеринемией (тип IIa), комбинированной гиперлипидемией (тип IIb), дисбеталипопротеинемией (тип III), семейной эндогенной гипертриглицеридемией (тип IV) рекомендуется рассмотреть возможность назначения аторвастатина в дозе 10–80 мг/сут в качестве монотерапии или в комбинации с другими гиполипидемическими препаратами, исходя из уровня ХС ЛПНП и величины сердечно-сосудистого риска. Возможность назначения комбинированной гиполипидемической терапии (статины + фибрат или статины + никотиновая кислота) следует рассмотреть при исходном уровне триглицеридов ≥5,6 ммоль/л.

Стратегия снижения уровня ХС ЛПНП – согласно величине сердечно-сосудистого риска по системе SCORE.

Цель терапии – коррекция уровня ХС ЛПНП, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Москва, 9 ноября 2010 г.

Состав Совета экспертов

1. Р.Г.Оганов – председатель
2. В.В.Кухарчук – председатель
3. Д.М.Аронов
4. Н.М.Ахмеджанов
5. С.А.Бойцов
6. М.Г.Бубнова
7. М.В.Ежов

8. С.Ю.Марцевич
9. И.В.Сергиенко
10. А.В.Сусекков

Composition of the Board of Experts

1. R.G.Oganov, Chairman
2. V.V.Kukharchuk, Chairman

3. D.M.Aronov
4. N.M.Akhmedzhanov
5. S.A.Boitsov
6. M.G.Bubnova
7. M.V.Ezhov
8. S.Yu.Martsevich
9. I.V.Sergiyenko
10. A.V.Susekov