

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**

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 (статинами) и данные мета-анализов показали, что снижение уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) 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 на различных популяциях пациентов. Доказательная база каждого из применяющихся препаратов показала его эффективность, хорошую переносимость и безопасность у разных пациентов. Вместе с тем, целевых значений ХС ЛНП, в соответствии с российскими и международными рекомендациями пациенты с ИБС достигают 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 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 актуальной оптимизация терапии статинами, что позволит врачам в повседневной клинической практике уже на старте назначать оптимальную, более эффективную дозу статина и добиться целевых значений ХС ЛНП у большинства пациентов. В конечном итоге, 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 ЛНП. Высокая клиническая эффективность оригинального аторвастатина - Липримара по снижению неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов представлена в более чем 400 клинических исследованиях с участием более 80000 пациентов с различными нозологиями: острый коронарный синдром (MIRACLE - Schwartz G., 2001, PROVE-IT - Cannon C.P., 2004), ИБС (ALLIANCE - Kore M.J., 2004, AVERT - Pitt B, 1999, GREACE - Athyros V.G., 2004, IDEAL - Pedersen T. R., 2005, TNT- LaRosa D.C., 2005) мозговой инсульт и транзиторная ишемическая атака (SPARCL - Amarenco P., 2006, CARDS – Hitman 2007, TNT Waters A, 2006), сахарный диабет (CARDS- 2004, 4D – Wanner 2005), хронические заболевания почек (4D – Wanner 2005, TNT Shepherd J., 2008, CARDS - Hitman 2006, ALLIANCE Koren M.J. , 2009); артериальная гипертензия с факторами риска (ASCOT-LLA - Sever P. S., 2003). Установлено, что аторвастатин может быть применен с успехом у самых разных контингентов пациентов: пожилых пациентов (SAGE -

Deedwania P.2007, CARDS- Nail 2006, TNT - Wenger 2006, ALLIANCE - Koren M.J. , 2000); женщин (BELLES- Raggi P. 2005; BONES - Bone H.G.2007.), детей 10-17 лет (Pediatric study-McCrindle.2003), пациентов с наследственной гиперлипидемией (ASAP- Smilde T J 2001), пациентов с периферическим атеросклерозом (TREADMILL-Mohler E.R.2003), пациентов с ИБС после оперативного вмешательства (ARMYDA- ACS -Patti G,2007,- 3 - Patti G,2003, - RECAPTURE - Sciascio G, 2009). Следует подчеркнуть, что все перечисленные клинические исследования были проведены с использованием оригинального аторвастатина – Липримара®, а выявленное в ходе данных исследований снижение сердечно-сосудистых осложнений и смертности при терапии Липримаром можно объяснить не только его выраженным гиполипидемическим действием, но и разнообразными плеiotропными эффектами. Убедительные данные по безопасности и переносимости Липримара® во всем диапазоне доз (10-80 мг/сут) получены в клинических исследованиях и обобщены в двух мета-анализах (С. Newman, 2003, 2006).

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

1) Пациентам высокого и очень высокого риска:

1а) с осложненными формами ИБС: острым коронарным синдром, перенесенным инфарктом миокарда (ИМ); ишемическим мозговым инсультом, транзиторной ишемической атакой; семейной гиперхолестеринемией с клиническими проявлениями атеросклероза - после реконструктивных операций на сердце и сосудах ^{1,2} - рассмотреть воз-

возможность назначения аторвастатина в дозе 80 мг/сут на максимально длительный срок.

Стратегия снижения уровня ХС ЛНП «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.

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

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

1б) с неосложненными стабильными формами ИБС, а также её эквивалентами (аневризма аорты, атеросклероз периферических артерий, каротидный атеросклероз) -

рассмотреть возможность назначения аторвастатина в дозе 40 мг/сут на максимально длительный срок, что позволяет до 50% снизить уровень ХС ЛНП и риск развития сердечно-сосудистых осложнений. При хорошей переносимости и недостижении целевых значений ХС ЛНП (> 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 ЛНП 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 ЛНП (<2,0 ммоль/л) - рассмотреть возможность назначения аторвастатина в стартовой дозе 20 мг/сут на максимально длительный срок лечения

Стратегия снижения уровня ХС ЛНП 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 гипертонией 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 ЛНП).

Стратегия снижения ХС ЛНП 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), дисбеталипопро-

теинемией (тип III), семейной эндогенной гипертриглицеридемией (тип IV) - рекомендуется рассмотреть возможность назначения аторвастатина в дозе 10 – 80 мг/сут в монотерапии или комбинациях с другими гиполипидемическими препаратами, исходя из уровня ХС ЛНП и величины сердечно-сосудистого риска. Возможность назначения комбинированной гиполипидемической терапии (статины+фибрат или статины+никотиновая кислота) следует рассмотреть при исходном уровне триглицеридов $\geq 5,6$ ммоль/л.

Стратегия снижения уровня ХС ЛНП согласно величине сердечно-сосудистого риска по системе SCORE. Цель терапии - коррекция уровня ХС ЛНП, профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений.

Состав Совет Экспертов:

1. Оганов Р.Г. - председатель
2. Кухарчук В.В. - председатель
3. Аронов Д.М.
4. Ахмеджанов Н.М.
5. Бойцов С.А.
6. Бубнова М.Г.
7. Ежов М.В.
8. Марцевич С.Ю.
9. Сергиенко И.В.
10. Сусеков А.В.

Москва , 9 ноября 2010 года