

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 ведущей причиной смертности населения 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 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, симvastатин, флуvastатин, аторvastатин 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 приверженностью 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 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 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 аторvastатин. Аторvastатин 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 аторvastатина (Липримар®) по снижению неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов представлена в более чем 400 клинических исследованиях с участием более 80 000 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 G.A., 2007; TNT Waters A., 2006), сахарный диабет (CARDS — 2004; 4D — Wanner C., 2005), хронические заболевания почек (4D — Wanner C., 2005; TNT — Shepherd J., 2008; CARDS — Hitman G.A., 2006; ALLIANCE — Koren M.J., 2009), артериальная гипертензия с факторами риска (ASCOT-LLA — Sever P. S., 2003). Установлено, что аторvastатин может быть с успехом применен у самого разного контингента пациентов: в пожилом возрасте (SAGE — Deedwania P., 2007; CARDS — Neil H.A., 2006; TNT — Wenger N.K., 2006; ALLIANCE — Koren M.J.; 2000), женщин (BELLES — Raggi P., 2005; BONES — Bone H.G., 2007), детей 10-17 лет (Pediatric study — McCrindle B.W., 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; ARMYDA-3 — Patti G., 2006; RECAPTURE — Sciascio G., 2009). Следует подчеркнуть, что все перечисленные клинические исследования были проведены с использованием оригинального аторвастатина (Липримар®), 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 плейотропными 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 (C. 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 дифференцированно 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 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 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 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 мес 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), дисбеталипопротеинемией (тип III), семейной эндогенной гипертриглицеридемией (тип IV) — рассмотреть возможность назначения аторвастатина в дозе 10-80 мг/сут в виде монотерапии или комбинациях с другими гиполипидемическими препаратами, исходя из уровня ХС ЛНП и величины

сердечно-сосудистого риска. Возможность назначения комбинированной гиполипидемической терапии (статин+фибрат или статин+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 Совета 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

СООБЩЕНИЕ ОБ УТОЧНЕНИЯХ И ОПЕЧАТКАХ

в тексте перевода Рекомендаций по диагностике и лечению фибрилляции предсердий Европейского общества кардиологов (ЕОК), опубликованных в РФК 2011; 7, Приложение к №1-2

1. Уточнения

В связи с тем, что ЕОК внесло уточнения в оригинал таблицы 15, сообщаем о новой редакции ее перевода (стр.37).

Прежняя редакция табл. 15

Новая редакция табл. 15

Таблица 15. Средства для контроля частоты сердечных сокращений

Внутривенно	Поддерживающая пероральная доза
Бета-блокаторы	
Метопролол CR/XL 2,5-5 мг	100-200 мг один раз в день (ER)
Бисопролол НП	2,5-10 мг один раз в день
Атенолол НП	25-100 мг один раз в день
Эсмолол 10 мг	НП
Пропранолол 1 мг	10-40 мг три раза в день
Карведилол НП	3-25 мг два раза в день
Недигидропиридиновые антагонисты кальция	
Верапамил 5 мг	40 мг два раза в день/360 мг один раз в день (МВ)
Дилтиазем НП	60 мг три раза в день/360 мг один раз в день (МВ)
Сердечные гликозиды	
Дигоксин 0,5-1 мг	0,125–0,5 мг один раз в день
Дигитоксин 0,4-0,6 мг	0,05-0,1 мг один раз в день
Другие	
Амиодарон 5 мг/кг в течение 1 ч, поддерживающая доза 50 мг/ч	100-200 мг один раз в день
Дронедарон ^а НП	400 мг два раза в день
^а Только у пациентов с непостоянной формой ФП НП – не применимо МВ – лекарственная форма медленного высвобождения	

Таблица 15. Средства для контроля частоты сердечных сокращений

Внутривенно	Поддерживающая пероральная доза
Бета-блокаторы	
Метопролол CR/XL 2,5-5 мг болюсно в течение 2 мин; до 3 доз	100-200 мг один раз в день (МВ)
Бисопролол НП	2,5-10 мг один раз в день
Атенолол НП	25-100 мг один раз в день
Эсмолол 50-200 мкг/кг/мин	НП
Пропранолол 0,15 мг/кг в течение 1 мин	10-40 мг три раза в день
Карведилол НП	3-25 мг два раза в день
Недигидропиридиновые антагонисты кальция	
Верапамил 0,0375-0,15 мг/кг в течение 2 мин	40 мг два раза в день/360 мг один раз в день (МВ)
Дилтиазем НП	60 мг три раза в день/360 мг один раз в день (МВ)
Сердечные гликозиды	
Дигоксин 0,5-1 мг	0,125–0,5 мг один раз в день
Дигитоксин 0,4-0,6 мг	0,05-0,1 мг один раз в день
Другие	
Амиодарон 5 мг/кг в течение 1 ч, поддерживающая доза 50 мг/ч	100-200 мг один раз в день
Дронедарон ^а НП	400 мг два раза в день
^а Только у пациентов с непостоянной формой ФП НП – не применимо МВ – лекарственная форма медленного высвобождения	

2. Опечатки в тексте перевода

1. Стр. 9, Рис. 1, 4 строка сверху. Напечатано: «Антигипертензивные средства». Следует читать: «Антиаритмические средства»

2. Стр. 39, Табл. 16, 3 колонка слева, 5 и 7 строки сверху. Напечатано: «...клиренсе креатинина <50 мг/мл» и «...клиренсе креатинина <30 мг/мл». Следует читать: «...клиренсе креатинина <50 мл/мин» «...клиренсе креатинина <30 мл/мин».