

ДИСЛИПИДЕМИЯ – 2024: ВРЕМЯ ПОБЕЖДАТЬ

Без холестерина нет атеросклероза!

Н.Н. Аничков (1885–1964),
основоположник липидной теории атеросклероза

Симпозиум с таким названием прошел при поддержке компании «ЭГИС» на Российском национальном конгрессе кардиологов в 2023 г. в Москве. Эксперты обсуждали вопросы профилактики и лечения дислипидемий с разными степенями сердечно-сосудистого риска (ССР). По мнению всех выступавших на симпозиуме, достижение и удержание целевых уровней холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) и триглицеридов являются ключевыми факторами, влияющими на прогноз и улучшающими сердечно-сосудистые исходы. Согласно последним отечественным и европейским клиническим рекомендациям, пациентам групп высокого и очень высокого риска показаны статины с эзетимибом, причем предпочтительно в фиксированных комбинациях (ФК). Подробнее о таких комбинациях, доказательной базе и доступности статинов и эзетимиба для российских пациентов вы узнаете в этом материале.

ИНТЕРЕСНО!

Российский национальный конгресс кардиологов 2023 г. считается юбилейным: 60 лет назад было основано Российское кардиологическое общество, главный организатор таких форумов, и компания «ЭГИС» в этом году отмечает 110-летний юбилей со дня своего основания. В 1913 г. в Будапеште венгерский фармацевт Шандор Балла вместе со швейцарским доктором Альбертом Вандером основали завод по производству лекарств, из которого и выросла компания. Сегодня «ЭГИС» является одним из ведущих фармацевтических предприятий по производству дженерических лекарственных средств в Центральной и Восточной Европе, его продукция доступна населению 62 стран.

«Бремя дислипидемии в России – где мы?»

Так назвал свое выступление на конгрессе кардиологов профессор Марат Владиславович Ежов, д.м.н., главный научный сотрудник отдела проблем атеросклероза НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ «НМИЦ кардиологии им. акад. Е.И. Чазова» Минздрава России, президент Национального общества по изучению атеросклероза.

«Именно наш соотечественник Николай Николаевич Аничков, крупнейший российский и советский патологоанатом, генерал-лейтенант медицинской службы, открыл ведущее значение липидов, главным образом холестерина (ХС), в морфо- и патогенезе атеросклероза, — рассказал М.В. Ежов. Это достижение было признано одним из 10 важнейших открытий медицины XX в. Публикация, где впервые описывалось это открытие, появилась в немецком журнале в 1913 г. Основой для липидной теории атеросклероза Н.Н. Аничкова послужили опыты с кормлением кроликов чистым ХС. Таким образом удалось воспроизвести у животных изменения в аорте, подобные атеросклерозу у человека.

«Сегодня каждый второй взрослый россиянин, — напомнил эксперт, — страдает гиперхолестеринемией, каждый четвертый — гипертриглицеридемией, каждый пятый-шестой — гиперлипопротеидемией. Это требует от отечественного здравоохранения значительно усилить борьбу с данными расстройствами». По мнению докладчика, идеальным сценарием повышения эффективности борьбы с атеросклерозом в таком ключевом направлении, как скрининг на дислипидемию, стало бы определение уровня ХС у всех лиц в возрасте до 18 лет, а еще лучше — в первое десятилетие жизни, что открыло бы возможности для обследования также и родителей. Возраст до 18 лет мог бы стать оптимальным временным окном не только для установления диагноза наследственного нарушения липидного обмена, но и для начала лечения. Именно такой подход считается клинически и экономически эффективным.

На сегодняшний день рекомендуется скрининг, включающий анализ крови с определением липидного профиля, для стратификации ССР по шкале системной оценки коронарного риска (Systematic COronary

Таблица 1. Значения липидного спектра, ммоль/л

Категория риска	Триглицериды	ХС-нелПВП	ХС-ЛПНП	ХС-ЛПВП	
				Мужчины	Женщины
Низкий	<1,7	—	<3,0	>1,0	>1,2
Умеренный		—	<2,6		
Высокий		<2,6	<1,8		
Очень высокий		<2,2	<1,4		

Примечание. ХС-нелПВП — холестерин, не связанный с липопротеинами высокой плотности, ХС-ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХС-ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности.

Розувастатин Плюс
Аторвастатин / Эзетимиб

Торвазин Плюс
Аторвастатин / Эзетимиб

ЛИПОБОН
Эзетимиб

КОГДА СТАТИНА НЕДОСТАТОЧНО

Розувастатин Плюс
20 мг + 10 мг
первая комбинация

Торвазин Плюс
40 мг + 10 мг
первая и единственная комбинация

Липобон
10 мг
новый эзетимиб

Первая комбинация
розувастатина и эзетимиба
в одной капсуле¹

Первая и единственная комбинация
аторвастатина и эзетимиба
в одной капсуле²

Новый эзетимиб
европейского
качества³

EGIS

¹По данным IQVIA, 2019.

²Государственный реестр лекарственных средств.

³Общая характеристика лекарственного препарата Липобон® (регистрационное удостоверение ЛП-№(000387)-(PF-RU).

Рис. 1. Гиполипидемические препараты компании «ЭГИС»

Risk Evaluation 2, SCORE2) всем, кто старше 40 лет. Так указано в российских клинических рекомендациях «Нарушения липидного обмена» 2023 г.* (далее Рекомендации — 2023) и аналогичных европейских документах. Докладчик представил целевые и оптимальные значения липидного спектра, указанные в Рекомендациях — 2023 (табл. 1).

Медикаментозную терапию дислипидемии можно начать только после оценки общего риска развития ССЗ; обсуждение с пациентом особенностей приема препаратов и определение целевого уровня ХС-ЛПНП — в соответствии с категорией риска. Дальнейшее лечение проводится согласно российским и европейским рекомендациям.

*Клинические рекомендации. Нарушения липидного обмена. (Электронный ресурс.) Доступно по: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/752_1 (дата обращения: 25.10.2023).

Всем пациентам с дислипидемией рекомендована терапия статинами в дозах, необходимых для достижения целевых уровней. Больным, не достигшим целевых показателей на фоне максимально переносимых доз статинов, показан переход на комбинированную терапию. Первая комбинация — статин и эзетимиб, предпочтительно использование ФК.

Две фиксированные комбинации

Как подчеркнул М.В. Ежов, в последних отечественных клинических рекомендациях по нарушениям липидного обмена, утвержденных Минздравом России в 2023 г., присутствуют 2 зарегистрированные ФК компании «ЭГИС»: розувастатин + эзетимиб (Розулип Плюс®), а также аторвастатин + эзетимиб (Торвазин Плюс®) (рис. 1).

«Обращаю ваше внимание, коллеги, — сказал эксперт, — что в национальных рекомендациях 2023 г. изложен новый взгляд на стартовую терапию дислипидемии наиболее тяжелого течения. У пациентов с очень высоким риском и недостижением целевых уровней ХС-ЛПНП на фоне максимально переносимых доз названных мной комбинаций рекомендовано добавить ингибитор пропротеинконвертазы субтилин/кексин типа 9 (PCSK9) — алирокумаб (или эволокумаб) либо инклисиран. Это инновационный гиполипидемический препарат, ингибирующий синтез белка PCSK9 в так называемом процессе РНК-интерференции».

В случае значительного повышения уровня ХС-ЛПНП у больных очень высокого ($>4,0$ ммоль/л) риска рекомендуется инициальное назначение статинов розувастатина или аторвастатина с эзетимибом, предпочтительно в составе комбинированных препаратов. Следует не тратить время на титрацию дозы статина, а сразу назначать ФК статина с эзетимибом. Что же касается больных экстремального или очень высокого ($>5,0$ ммоль/л) риска со значительным повышением уровня ХС-ЛПНП, то им, согласно российским и европейским рекомендациям, показано инициальное назначение вместе со статином (в максимально переносимой дозе) эзетимиба, а также алирокумаба (или эволокумаба) либо инклисирана.

При недостижении целевого уровня ХС-ЛПНП пациентам без семейной гиперхолестеринемии, но с очень высоким риском на фоне уже применяемой терапии максимально переносимыми дозами статина с эзетимибом или без него рекомендовано добавить алирокумаб, эволокумаб или инклисиран с целью первичной профилактики ССЗ.

Имитационная модель с пятилетним горизонтом

Как рассказал М.В. Ежов, в 2020 г. международной группой ученых, участником которой был и сам докладчик, на основе базы данных Глобального исследования бремени болезней международного Института показателей здоровья и оценки (Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME) для 6 стран была раз-

работана имитационная модель с пятилетним горизонтом (2020—2024 гг.). Модель включала 3 сценария: терапия согласно стандартным клиническим подходам до начала 2020-х годов (сценарий 1), а также интенсифицированное лечение статином и эзетимибом в качестве свободной (2) либо фиксированной (3) комбинации.

Согласно результатам работы, сценарии интенсифицированного лечения 2 и 3 по сравнению со «стандартным сценарием» приведут к относительному сокращению случаев сердечно-сосудистых осложнений (точка основных неблагоприятных сердечно-сосудистых событий — Major Adverse Cardiovascular Events, MACE) на 5,4 и 6,4 %. Таким образом, для сценария 3 (ФК) модель показала заметно лучшие показатели относительного снижения MACE, чем для свободной комбинации. В России эффект от применения свободной или ФК эзетимиба и статина (розувастатина или аторвастатина) составит 406 238 предотвращенных случаев тяжелых кардиологических осложнений.

«Современные подходы к интенсификации липидснижающей терапии»

Так называлось выступление члена-корреспондента РАН профессора Григория Павловича Арутюнова, главного внештатного специалиста терапевта Департамента здравоохранения города Москвы, президента Евразийской ассоциации терапевтов, члена правления Общества специалистов по сердечной недостаточности, вице-президента Российского научного медицинского общества терапевтов, заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, заслуженного врача Российской Федерации.

Как подчеркнул докладчик, по сравнению со 2-й половиной прошлого века мы наблюдаем кардинальную смену ландшафта атеросклероза. В прошлом болезнь поражала преимущественно белых мужчин среднего возраста в развитых странах. Сегодня же основное бремя атеросклероза несет население развивающихся стран. Женщины, молодые люди, представители различных этнических групп и очень пожилые люди все чаще страдают от острого коронарного синдрома. Итак, атеросклероз не щадит никого и развивается в любом возрасте, независимо от расы, этноса, уровня дохода.

Кардиологи прошлого поколения считали, что атеросклероз — заболевание, связанное с накоплением липидов, и что основной патогенетический фактор развития болезни — это окисление ЛПНП, тогда как холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) защищает от атеросклероза.

«Мы же полагаем, — заметил Г.П. Арутюнов, — что воспаление связывает дислипидемию и другие факторы риска с атеросклерозом, что нативные или

агрегированные ЛПНП стимулируют атерогенез и что причинный фактор атеросклероза — это триглицериды. И мы уже не думаем, что наиболее уязвимые бляшки — это фиброатеромы с тонкой капсулой. Сегодня считается, что термин «уязвимая бляшка» неверный.

Все более частой причиной артериального тромбоза у современного пациента становится поверхностная эрозия. И вместо пессимистического взгляда прошлых лет, согласно которому атеросклероз — неизбежное, устойчивое и дегенеративное сопровождение старения, сложилось новое представление. Мы считаем, что атеросклероз развивается эпизодически, может регрессировать, а образ жизни и медицинские меры способны моделировать этот процесс.

ЭТО ИНТЕРЕСНО

Японский ученый Акира Эндо, открывший эру статинов в кардиологии, родился в 1933 г. В 1979 г. Эндо доказал, что препарат мевастатин (был получен из организмов *Aspergillus terreus* — патогенных грибов-сапрофитов, распространенных повсеместно) снижает содержание ХС в крови собак и обезьян. «Мевастатин из-за серьезных побочных эффектов не нашел применения в практике. Но его открытие позволило разработать безопасные лекарства против дислипидемии», — рассказал Григорий Павлович Арутюнов.

«Препаратами 1-й линии в коррекции дислипидемии, — подчеркнул Г.П. Арутюнов, — являются статины». Эзетимиб — обязательное лекарство во 2-й линии. Моноклональные антитела (алирокумаб, эволокумаб или инклисиран) могут применяться во 2-й либо 3-й линиях, но только как третий препарат.

Оценке эффективности и безопасности статинов было посвящено несколько крупных метаанализов. В одном из них, завершеном в 2019 г., участвовало 186 854 пациента разных возрастов. Эффективность 5-летнего лечения оценивали по степени снижения риска кардиологических событий в ответ на достигнутое снижение уровня ХС-ЛПНП на 1 ммоль/л. Во всех возрастных группах терапия статинами как в обычном, так и в интенсивном режиме снижала риск развития основных сосудистых событий на 21 % в ответ на уменьшение уровня ХС-ЛПНП на 1 ммоль/л. Тот же метаанализ показал, что статины практически не повышают риск развития рака. «Профиль переносимости статинов достаточно благоприятен, — заметил докладчик. — Но все же это не идеально безопасные препараты». Однако применение этих средств у многих миллионов пациентов позволило сформировать огромный опыт ведения больных с такими осложнениями тера-

пии статинами, как миалгии, повышение уровней АЛТ/АСТ (аланинаминотрансфераза/аспартатамино-трансфераза) и некоторые другие. В результате появились четкие «дорожные карты» для таких больных, алгоритмы динамического наблюдения, лекарственной коррекции и т.д. Поэтому сегодня отменять статины приходится для совсем немногих больных с осложнениями.

«Но почему лечащий кардиолог идет на это только в случае крайней необходимости? Можно ли отменять статины? — спросил докладчик. — Обратимся к результатам крупного французского когортного исследования, где участвовало свыше 120 тыс. пожилых больных, принимавших статины для первичной профилактики ССЗ. Достаточно было всего на 2,4 года отменить эти лекарства, и риск госпитализации в связи с кардиологическими событиями вырос на 33 %. Думаю, комментарии излишни».

На сегодня хорошо изучена так называемая мощность статинов, как заметил эксперт. Наибольшей «мощностью» из всех статинов, присутствующих на фармацевтическом рынке РФ, обладают аторвастатин и розувастатин. Эти препараты в дозе 10 мг уменьшают уровень ХС-ЛПНП на 38 и 48 % соответственно (симвастатин — на 28 %). Любое удвоение дозы статина, согласно хорошо известному «правилу 6 %», прибавляет 6 % к «мощности». В дозе 40 мг аторвастатин и розувастатин снижают уровень ХС-ЛПНП на 50 и 60 %, а симвастатин — только на 40 %.

Эффективность 2 наиболее «мощных» статинов подтверждена многими исследованиями. Так, например, запланированное на 5 лет исследование по оценке эффективности терапии розувастатином JUPITER (Justification for the Use of Statins in Prevention: An Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin) 2009 г. было закончено уже через 1,9 года. Ведь результаты оказались более чем убедительными: снижение частоты инфарктов на 54 %, инсультов — на 48 %, потребности в реваскуляризации — на 46 %. Англо-скандинавское исследование кардиологических исходов Группы по снижению уровня липидов ASCOT-LLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial — Lipid Lowering Arm) 2003 г. показало, что аторвастатин уменьшает риск инфаркта на 45 %, инсульта — на 27 %, а общих коронарных осложнений — на 29 %.

Как рассказал докладчик, несмотря на все большую частоту назначения высокоинтенсивной терапии статинами, так же как и на увеличение ее продолжительности для все большего числа больных в мире, число пациентов, достигающих на таком лечении целевых уровней ХС-ЛПНП, практически не меняется.

Вот что показало исследование Европейского общества кардиологов об образе жизни, факторах риска и терапевтическом ведении пациентов с коронарными заболеваниями из 24 европейских стран EUROASPIRE IV ($n = 6905$), проведенное в 2 этапа в 2013–2015 и 2016–2018 гг. Несмотря на увеличение от 1-го ко 2-му этапу

числа больных на интенсивной терапии статинами с 30 до 50 %, доля пациентов, достигших целевого уровня ХС-ЛПНП менее 1,8 ммоль/л, выросла лишь на 12 % (с 20 до 32 %).

«И только внедрение в клиническую практику, — подытожил Г.П. Арутюнов, — свободных и фиксированных комбинаций статинов с эзетимибом, а затем и комбинаций с гиполипидемическими препаратами новых поколений позволило нам благодаря взаимодополнению этих медикаментов по разным механизмам действия продвинуться далеко вперед в борьбе с атеросклерозом. Использование ФК заметно приумножает такой успех. Это связано с повышением приверженности пациента, который принимает только одну таблетку вместо двух.

«Новые рекомендации – 2023: шаг вперед»

Доклад с таким названием представила Асият Сайгидовна Алиева, д.м.н., руководитель Центра атеросклероза и нарушений липидного обмена, заведующая научно-исследовательской лабораторией нарушений липидного обмена и атеросклероза научного центра мирового уровня «Центр персонализированной медицины» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России (Санкт-Петербург).

Докладчик остановилась на 2 аспектах ведения пациентов с дислипидемиями, упоминаемых в рекомендациях 2023 г., которым, по мнению А.С. Алиевой, уделяется недостаточно внимания.

Во-первых, речь идет о липопротеине (а) [Лп(а)]. Так называется частица ХС-ЛПНП с дополнительным белком, «окутывающим» данную молекулу. Эта биологическая «клейкая лента» называется апопротеин (а) или апо (а). Подобная лента делает жировые глобулы Лп(а) одними из наиболее липких частиц в нашем организме. Таким образом, именно Лп(а), а не «обычный» ХС-ЛПНП, является наиболее важной молекулой, ответственной за отложения ХС и других липидов на артериальных стенках.

Распространенность повышенного (>50 мг/дл) уровня Лп(а) очень велика. Население мира с подобным расстройством составляет примерно 1,43 млрд человек. При очень высоких уровнях Лп(а), например 100 и 150 мг/дл, риск сердечно-сосудистых заболеваний и смертности возрастает соответственно на 30 и 40 %.

Как сообщила Асият Сайгидовна, согласно рекомендациям, Лп(а) следует измерить хотя бы раз в жизни любому взрослому человеку. При уровне Лп(а) выше 180 мг/дл ССР эквивалентен таковому при гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии (очень высокий риск). Уровень же выше 50 мг/дл соответствует высокому риску. Также указанный уровень следует обязательно измерить у пациентов с отягощенным семейным анамнезом для рестратификации риска между умеренным и высоким.

«Зададимся вопросом, — предложила эксперт, — какова оптимальная основа для принятия решений при выборе гиполипидемической терапии — визуализация или показатели биохимических анализов?»

В российских и европейских рекомендациях 2023 г. указано, что всем пациентам с дислипидемией рекомендовано дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. У больных с выявленными атеросклеротическими бляшками (АСБ) следует реклассифицировать категорию риска от низкого и умеренного до высокого с целью более эффективного управления определяющими ССР факторами. У пациентов с коронарным атеросклерозом и значением кальциевого индекса свыше 100 единиц, по данным компьютерной томографии (КТ) сердца, рекомендовано реклассифицировать категорию риска от умеренного до высокого.

Таким образом, в рекомендациях 2023 г. визуализация, которая характеризует не факторы риска, а уже состоявшееся ССЗ, и менее доступна, чем лабораторные анализы, описывается как существенный, но отнюдь не первостепенный диагностический прием для выбора лекарственного лечения. Но вот в июле этого года в журнале «European Heart Journal» появилась статья L. Tokgozoglu и ее коллег «Great debate: lipid-lowering therapies should be guided by vascular imaging rather than by circulating biomarkers» («Большие дебаты: гиполипидемическая терапия должна основываться на визуализации сосудов, а не на циркулирующих биомаркерах»). «Правы ли наши зарубежные коллеги? — спросила эксперт. — Тот факт, что острые ишемические события становятся результатом разрыва или эрозии АСБ, как и четкая взаимосвязь между тяжестью атеросклеротических заболеваний и ССР, выявленная в многочисленных лучевых исследованиях, включая самое современное (КТ-коронароангиографию), позволяет надеяться на усиление роли визуализации в переводе пациентов на интенсифицированное гиполипидемическое лечение, в том числе с применением комбинаций статинов и эзетимиба».

Уже во многих исследованиях визуализацию применяли для оценки динамики морфологии АСБ на фоне различных способов гиполипидемической терапии. Одна из таких работ показала существенно более выраженное уменьшение объема АСБ за счет сокращения ее липидного ядра у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца, получавших 6 месяцев ФК «аторвастатин и эзетимиб» или ФК «розувастатин и эзетимиб», по сравнению с больными, использовавшими монотерапию статинами (J. Masuda и др., 2015).

В другой работе (P.N. Meng и др., 2020) визуализация продемонстрировала, что при добавлении эзетимиба к статину, по сравнению с монотерапией статинами, наблюдается достоверно больший регресс бляшки по показателю более выраженного утолщения фиброзной капсулы (123 % vs 91 %) на фоне одновременного уменьшения объема атеромы (–1,4 % vs –0,3 %).

Из основных исследований эффективности комбинаций розувастатина и эзетимиба, а именно: многоцентрового рандомизированного исследования розувастатина и эзетимиба (Multicenter Randomized Study of ROsuvastatin and eZetimibe, MRS-ROZE) 2016 г., исследования применения розувастатина и эзетимиба при гиперхолестеринемии (Ildong Rosuvastatin & Ezetimibe for Hypercholesterolemia, I-ROSETTE) 2018 г. и международной многоцентровой двойной слепой плацебо-контролируемой работы ACTE (2011 г.), докладчик подробнее остановилась на последнем.

В исследовании ACTE оценивали эффективность применения ФК «эзетимиб и розувастатин» в сравнении с титрацией дозы розувастатина у 400 пациентов с высоким и умеренно высоким ССР, не достигших целевых значений ХС-ЛПНП. Оказалось, что при использовании комбинации препаратов с различными механизмами действия статистически значимо выше, чем в «группе титрации», выросла доля пациентов, достигших целевых значений ХС-ЛПНП. Следовательно, добавление эзетимиба является более эффективной стратегией гиполипидемической терапии, чем повышение дозы розувастатина.

«Что нужно для успеха?»

Так называлось выступление Надира Мигдатовича Ахмеджанова, к.м.н., ведущего научного сотрудника отдела профилактики метаболических нарушений ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России.

«Американская кардиологическая ассоциация, — сказал докладчик, — недавно представила усовершенствованный подход к оценке сердечно-сосудистого здоровья, а именно 8 жизненно важных правил. Подход был обновлен по сравнению с парадигмой 2010 г., включавшей 7 правил, за счет добавления «здоровья сна» к жизненно важным правилам:

- 1) соблюдение диеты,
- 2) физическая активность,

- 3) ограничение воздействия никотина,
- 4) здоровье сна (комфортный сон не менее 8 ч),
- 5) поддержание нормального индекса массы тела,
- 6) контроль уровня липидов в крови,
- 7) контроль уровня глюкозы в крови,
- 8) контроль артериального давления.

Примечательно, что, по мнению кардиологов США, наибольший вклад в снижение смертности от ишемической болезни сердца в их стране внесла лекарственная коррекция гиперхолестеринемии.

К сожалению, в реальной жизни приверженность здоровому образу жизни во всем мире достигается с трудом. Так, по данным американского исследования, приверженность всем пяти (употребление фруктов и овощей, регулярные физические нагрузки, отсутствие ожирения, умеренное потребление алкоголя и отказ от курения) компонентам здорового образа жизни в США сократилась статистически значимо с 15 до 8 % за период с 1988 по 2006 г. С учетом сказанного миллионам людей в мире необходима медикаментозная коррекция уровня липидов. В настоящее время принята концепция двойного ингибирования ХС (рис. 2). Если блокировать только синтез ХС, то по механизму обратной связи усиливается его всасывание, а если только всасывание ХС, то повышается его синтез. Таким образом, наиболее эффективной представляется комбинированная терапия. Использование комплекса статина и эзетимиба, который подавляет и синтез, и абсорбцию ХС, является патогенетически обоснованным и экономически выгодным.

В подтверждение высокой эффективности комплексной терапии статинами и эзетимибом Набир Мигдатович привел результаты крупного исследования ($n = 105\,209$). Оно продемонстрировало, что на фоне такого лечения целевой уровень ХС-ЛПНП был достигнут у 86 % пациентов и только для 14 % понадобилось добавление ингибиторов PCSK9. В то же время в результате монотерапии статинами целевого уровня удалось достичь лишь у 25 % больных (С.Р. Cannon и др., 2017).

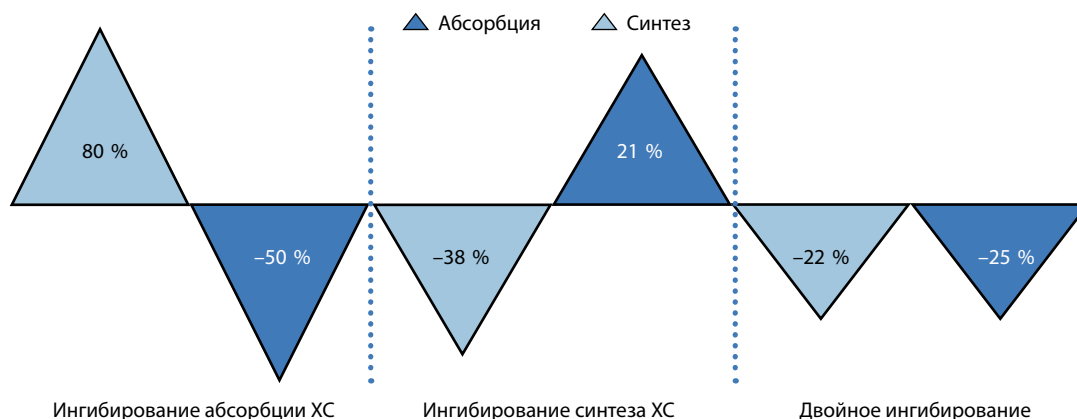


Рис. 2. Концепция двойного ингибирования холестерина (ХС)

Как заметил эксперт, у эзетимиба есть не только гиполипидемические, но и плеiotропные эффекты. В результате снижаются следующие показатели:

- концентрация маркеров оксидативного стресса в крови и моче,
- уровень С-реактивного белка,
- инсулинорезистентность у больных с СД 2-го типа,
- уровень фактора некроза опухоли α , увеличенное содержание которого в крови свидетельствует о более высоком риске и неблагоприятном прогнозе ССЗ;
- экскреция с мочой альбумина.

«Таким образом, — заметил Н.М. Ахмеджанов, — применение статинов и эзетимиба, как в фиксированных (Розулип® Плюс, Торвазин® Плюс), так и в свободных комбинациях (новый эзетимиб европейского качества

Липобон®, компания «ЭГИС»), является эффективной терапией дислипидемии. К сожалению, доступность этих лекарств снижена из-за того, что отечественные стационары не закупают фиксированные комбинации. В список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов входят только аторвастатин и симвастатин, но не розувастатин и эзетимиб. Фиксированные комбинации эзетимиба и статина также не включены в данный перечень льготных лекарств».

По мнению докладчика, общественные организации кардиологов и пациентов должны сделать все, что в их силах, чтобы изменить такую ситуацию.

Подготовил к.м.н. Александр Рылов