



Гиполипидемическая терапия: развенчиваем мифы и смотрим на факты

3 клинических случая – как мифы влияют на прогноз пациентов

Факты

Зависимость между ХС ЛНП и наличием/распространенностью атеросклероза начинается с уровня ХС ЛНП 1,6–1,8 ммоль/л¹

1

Пациентам с более высоким риском ССЗ требуется более интенсивное снижение уровня ХС ЛНП для достижения того же абсолютного уровня остаточного риска ССЗ во время лечения по сравнению с лицами с более низким риском²

3

У пациентов с хорошей приверженностью терапии статинами:

- риск ИБС на 19% ниже уже в течение первого года наблюдения³
- риск повторных сердечно-сосудистых осложнений на 34% ниже⁴

5

Клиническая польза от снижения уровня холестерина ЛНП зависит от достигнутого снижения уровня ХС ЛНП²

2

Согласно данным регистра SWEDHEART, интенсивность гиполипидемической терапии была связана со снижением риска смерти. Из всех умерших пациентов (с инфарктом миокарда в анамнезе) 47% не получили терапию в течение 6 месяцев до смерти, в то время как в когорте пациентов, получавших терапию высокоинтенсивными статинами, умерло 5%⁵

4

Особенности ведения коморбидных пациентов



ХБП – это не повод «лечить мягче» или отмены статинов, а наоборот, основание для более однозначного достижения цели с помощью правильной стратегии, часто с ранним назначением комбинированной терапии статин + эзетимиб

У пациентов с ХБП 3 стадии и уровнем ХС ЛНП <1,8 ммоль/л частота ССС и развитие терминальной ХПН, требующей диализа, была ниже в сравнении с пациентами с ХС ЛНП >2,6 ммоль/л на фоне ГЛТ



Статины показаны для снижения риска ССЗ, в том числе и у пациентов с СД2

Дислипидемия – фактор риска развития СД2 и инсулинорезистентности, на фоне которого происходит:

- Накопление липидных метаболитов
- Дисфункция β-клеток поджелудочной железы
- Увеличение реактивных форм кислорода, развитие эндотелиальной дисфункции, воспаления
- Дисфункция эндотелия
- Изменение уровня адипонектина
- Изменение состава и концентрации желчных кислот
- Дисбиоз микробиоты кишечника

Комбинированная терапия

(статин + эзетимиб)

в сравнении с монотерапией высокоинтенсивными статинами



Результаты мета-анализа 15 исследований с участием 251 450 человек⁸



В рамках вебинара вы можете подробнее узнать о клинических случаях из личного опыта авторов

Клинический случай №1

Мужчина 56 лет, АГ 1-2, НТГ, АСБ левой общей сонной артерии 40%

Клинический случай №2

Мужчина 62 года, АГ 2 степени, СД 2 типа, ХБП С2 (СКФ ~70 мл/мин/1,73м²)

Клинический случай №3

Мужчина 38 лет, обращение в связи с выраженной гиперхолестеринемией, выявленной при диспансеризации

Резюме

↗ **неназначение терапии, позволяющей достичь ЦУ, привело к потере времени и прогрессированию атеросклероза с дебютом стенокардии и выявлением гемодинамически значимого стеноза на КАГ**

↗ **страх того, что «статины ухудшат СД», привёл к клинически значимому недолечиванию, ускорившему прогрессирование атеросклероза**

↗ **старт «умеренной дозой без эзетимиба» был заведомо недостаточным для достижения целевого уровня <1,8 ммоль/л, что привело к потере наблюдения и прогрессированию атеросклероза БЦА (рост бляшек/степени стенозирования)**

Общие уроки клинических случаев:

✓ **Наличие клинического ССЗ (ИМ, симптомная ЗПА, значимые коронарные стенозы) = очень высокий риск и необходимость цели ХС ЛНП <1,4 ммоль/л и ↓ ≥50%**

✓ **«Выжидательная тактика» при заведомо недостижимой цели увеличивает шанс клинических событий и прогрессирования атеросклероза**

✓ **Опасения по дисгликемии не должны приводить к недолечиванию: приоритет – снижение СС-риска; гликемию контролируют параллельно**

Зенон®

– истинная фиксированная комбинация

розувастатина и эзетимиба



Результаты ретроспективного анализа данных пациентов с геСГХС из регистра РЕНЕССАНС, относящихся к категории высокого/очень высокого сердечно-сосудистого риска⁹

Терапия препаратом Зенон® привела к большему снижению ХС ЛНП в сравнении с другими ФК

Снижение ХС ЛНП:



Терапия препаратом Зенон® позволила большему количеству пациентов достичь ЦУ ХС ЛНП

Частота достижения ЦУ ХС ЛНП у пациентов ВР и ОВР в зависимости от типа принимаемой ГЛТ



Подготовлено по материалам вебинара д.м.н., проф. Ежова М.В. и к.м.н. Тюриной А.В. «Гиполипидемическая терапия – развенчиваем мифы и смотрим на факты. Разбор клинического случая»

* Согласно данным ультразвукового исследования сосудов (сонных артерий, брюшной аорты, бедренных артерий) и компьютерной томографии коронарных артерий, даже нормальные уровни липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) могут быть ассоциированы с развитием субклинического атеросклероза при отсутствии других факторов риска.

ОКС – острый коронарный синдром, ЦУ – целевой уровень, ХС ЛНП – холестерин липопротеинов низкой плотности, ССС – сердечно-сосудистые события, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания, НЯ – нежелательные явления, АЛТ – аланинаминотрансфераза, АСТ – аспартатаминотрансфераза, геСГХС – гетерозиготная семейная гиперхолестеринемия, ФК – фиксированная комбинация, ВР – высокий риск, ОВР – очень высокий риск, ГЛТ – гиполипидемическая терапия, НТГ – нарушенная толерантность к глюкозе, АСБ – атеросклеротическая бляшка.

1. Fernández-Friera L, et al. Normal LDL-cholesterol levels are associated with subclinical atherosclerosis in the absence of risk factors. Journal of the American College of Cardiology. 2017;70(24):2979–2991
 2. 2024 ESC/EAS Focused Update of the 2019 Guidelines for the management of dyslipidaemias. European Heart Journal, 2024
 3. Schubert J., Waldayer C., Sinning C., et al. Elevated low-density lipoprotein cholesterol: An inverse marker of morbidity and mortality in patients with myocardial infarction. Journal of Internal Medicine. 2023;294(5):616–627
 4. De Vera MA et al. Br J Clin Pharmacol. 2014;78(4):684–698
 5. Nissen SE et al. Ann Intern Med. 2017;167(4):281–282
 6. Bouchard MH et al. J Clin Pharmacol. 2007; 63:698–708
 7. Wei L et al. J Clin Pharmacol. 2008; 66:110–116
 8. Sydhom P, Al-Quraishi B, El-Shawaf M, Osman MT, Naji N, Awwad N, Shehata N, Osama M, Sergany H, Maurice KF, Sayed A. The clinical effectiveness and safety of low/moderate-intensity statins & ezetimibe combination therapy vs. high-intensity statin monotherapy: a systematic review and meta-analysis. BMC Cardiovasc Disord. 2024 Nov 20;24(1):660. doi: 10.1186/s12872-024-04144-y. PMID: 39567875; PMCID: PMC11577940
 9. Алексеева И. А., Ежов М.В., Тюрина А. В. и соавт. Эффективность фиксированной комбинации розувастатина и эзетимиба при гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии по данным регистра РЕНЕССАНС. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2025. 21 (3). 244-256. doi: 10.20996/1819-6446-2025-3205

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ МЕДРАБОТНИКОВ