

Лечение гиперхолестеринемии у пациентов с метаболическим синдромом: сравнительная характеристика статинов

Stender S. et al Comparison of rosuvastatin with atorvastatin, simvastatin and pravastatin in achieving cholesterol goals and improving plasma lipids in hypercholesterolaemic patients with or without the metabolic syndrome in the MERCURY I trial. *Diabetes Obes Metab* 7 430-438.

Целью представленного исследования была сравнительная характеристика воздействия различных групп статинов (розувастатина, аторвастатина, симвастатина и правастатина) на дислипидемию у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Анализ эффективности проводился на основании данных, полученных в известном рандомизированном многоцентровом исследовании MERCURY I (Measuring Effective Reductions in Cholesterol Using Rosuvastatin Therapy I). Пациенты, включенные в это исследование, имели ишемическую болезнь сердца (ИБС), 10-летний риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) более 20% или СД 2 в сочетании с повышением холестерина липопротеидов низкой плотности более 2,9 ммоль/л, уровень триглицеридов (ТГ) — менее 4,52 ммоль/л. После 8-недельного периода рандомизации пациенты были разделены на 5 групп терапии, принимавших по 10 мг розувастатина, по 10 мг аторвастатина, по 20 мг аторвастатина, по 20 мг симвастатина, по 40 мг правастатина. Для постановки диагноза МС использовались критерии АТР III.

Из 3140 пациентов, включенных в исследование, 1342 (43%) имели метаболический синдром. Наиболее значимое снижение ХС ЛПНП и общего холестерина было выявлено в группе, принимавшей 10 мг розувастатина. При этой дозе препарата у 46,7% пациентов с МС снизились показатели ЛПНП. Сходное снижение уровня ЛПНП было достигнуто у 36,5% пациентов с МС, принимавших по 10 мг аторвастатина; у 44,5% — при дозе 20 мг аторвастатина; у 35% — на фоне приема 20 мг симвастатина и у 30% — при приеме 40 мг правастатина. Наибольшее количество пациентов достигло оптимального уровня ХС ЛПНП (менее 3,0 ммоль/л) в группе, принимавшей розувастатин. Во всех группах снижение уровня триглицеридов составило 50–70% и было более эффективным у пациентов с МС, чем без такового. Медиана снижения триглицеридов была больше в группе приема 10 мг розувастатина по сравнению с другими группами.

Вывод: статины улучшают липидный профиль у пациентов с высоким суммарным риском ССЗ при наличии метаболического синдрома или без такового. Наиболее эффективен прием 10 мг розувастатина.

Комментарии

Комбинированная гиперлипидемия при метаболическом синдроме характеризуется понижением уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) и повышением уровня триглицеридов и малых

плотных частиц липопротеидов низкой плотности. Ряд исследований последних лет показал, что у пациентов с ожирением и инсулинорезистентностью регистрируется повышение уровня ХС ЛПНП и аполипопротеида В.

Распространенная тактика воздействия на дислипидемию при МС включает использование фибратов или омега-3 жирных кислот, для коррекции ХС ЛПНП — прием статинов или эзетимиба. При использовании сочетания статинов с фибратами необходимо помнить, что только фенофибрат не подавляет метаболическую активность статинов. Так, по данным исследований, комбинация фенофибрата и статина у пациентов с сахарным диабетом 2 типа приводит к значимому снижению атерогенных фракций крови.

S. Stender с соавторами продемонстрировали в своем аналитическом исследовании комплексное воздействие различных групп статинов как на ХС ЛПНП, так и на ХС ЛПВП и ТГ. Важно, что именно на снижение уровня триглицеридов статины оказали более значимое воздействие именно в группе больных с метаболическим синдромом. Снижение уровня ТГ под воздействием статинов заключается в том, что активируются рецепторы ЛПНП, понижается продукция холестерина, образование липопротеидов очень низкой плотности и их выброс в кровяное русло. Наиболее эффективное комплексное воздействие продемонстрировали розувастатин и аторвастатин. Именно эти препараты наиболее значимо повышали ХС ЛПВП у пациентов с МС. Механизм этого эффекта пока не понятен, но, предположительно, статины оказывают опосредованное влияние на ХС ЛПВП путем снижения активности печеночной липазы, уменьшая уровень ХС ЛПНП и ремоделируя ХС ЛПВП из наиболее атерогенных малых плотных частиц ЛПНП.

В заключение необходимо подчеркнуть, что гидрофильные статины меньше проникают через гематоэнцефалический барьер, меньше поступают в мышцы и хрусталик глаза, чем липофильные статины, обладающие более выраженной пенетрантностью.

Данные, полученные S. Stender и соавторами, ставят статины в группу препаратов первого выбора для коррекции гиперлипидемии при метаболическом синдроме. Наиболее приоритетным является использование розувастатина. Но необходимо помнить, что для максимальной эффективности лечение должно быть комплексным и включать снижение массы тела, особенно висцеральной жировой ткани, увеличение физической нагрузки.

Ф.Х. Дзгоева