

С О В Р Е М Е Н Н А Я
КАРДИОЛОГИЯ



№2 (02) 2016
www.cardio.expert

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ИЗДАНИЕ ДЛЯ КАРДИОЛОГОВ И ТЕРАПЕВТОВ РОССИИ И СТРАН СНГ

Высокий риск –
повод действовать

CARDIO
EXPERT

№ 2

2 0 1 6

Авторские права на настоящие материалы принадлежат ООО «Издательский дом «АБВ-пресс». Перепечатка материалов и использование их в любой форме возможны только с письменного разрешения ООО «Издательский дом «АБВ-пресс». Несмотря на то, что содержание данного репринта было тщательно проверено, ни издатели, ни их партнеры не несут какой-либо ответственности или обязательств за актуальность предоставленной информации, за любые ошибки, пропуски или опечатки в оригинальном тексте или переводе, как и за любые вызванные этим последствия. Перед тем как предписывать препарат, следует ознакомиться с действующими инструкциями по применению.

Отпечатано в типографии ООО «Юнион Принт»

Т Е М А Н О М Е Р А

Высокий риск — повод действовать

Экономически наиболее выигрышная, первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений представляет собой не такую простую задачу, как это кажется на первый взгляд.



Любовь Юрьевна
ДРОЗДОВА

К.м.н., старший научный сотрудник отдела первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе здравоохранения ФГБУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России

Основная задача врача-терапевта или врача общей практики, работающего в поликлинике, — это предотвращение сердечно-сосудистых осложнений, в том числе повторных, инфаркта, инсульта, а также их развития.

В том случае, когда мы выбираем тактику ведения пациента с ишемической болезнью сердца (ИБС) и уже перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) или инсультом, то есть говорим о вторичной профилактике, основные цели и алгоритмы обследования и лечения понятны, а от пациента мы ожидаем достаточно высокой приверженности к лечению, так как он уже мотивирован как к изменению образа жизни, так и к приему терапии.

Большой вопрос вызывает ведение пациентов в зоне первичной профилактики. Первичное предотвращение сердечно-сосудистых катастроф и лечение пациента с высоким риском становятся самым экономически эффективным методом снижения смертности и заметно выигрывают по данному показателю у высокотехнологичных методик, которые применяются для лечения осложнений.

Одна из основных проблем — это отсутствие со стороны пациентов с набором факторов риска, которые уже могут иметь высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск, каких-либо жалоб и обращений к врачу.

Давайте обратимся к клиническому примеру.

Пациент, 45 лет, не предъявляющий жалоб, обратился в поликлинику по месту жительства для прохождения диспансеризации. После анкетирования на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, а также обследований I этапа диспансеризации согласно полу и возрасту врач получил следующую информацию:

Артериальное давление: 158/70 мм рт. ст.
ЧСС: 56 в 1 мин.

Общий холестерин: 5,8 ммоль/л.

Рост 178 см, **вес** 91 кг, **ИМТ** = 28,7 кг/м².

Глюкоза: 5,1 ммоль/л.

Поведенческие факторы риска: курение 20 сигарет в день, нерациональное питание и низкая физическая активность.

Наследственностьотягощена по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Данные электрокардиографии: ритм синусовый, признаки гипертрофии левого желудочка.

Итак, даже краткий скрининг дает нам информацию о целом комплексе факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В то же время необходимо помнить о том, что факторы риска действуют мультипликативно, и расценивать их отдельно друг от друга мало информативно. Давайте оценим суммарный сердечно-сосудистый риск такого пациента по шкале SCORE.

ТАБЛ. 1. 10-летний риск фатальных ССЗ (SCORE) в европейских регионах высокого риска с учетом пола, возраста, систолического артериального давления, общего холестерина и курения

Мужчины в возрасте 50 лет										Систолическое АД, мм рт. ст.
Некурящие					Курящие					
Общий холестерин, ммоль/л										
4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	
4	4	5	6	7	7	8	10	12	14	180
2	3	3	4	5	5	6	7	8	10	160
2	2	2	3	3	3	4	5	6	7	140
1	1	2	2	2	2	3	3	4	5	120

Абсолютный риск для нашего пациента умереть в ближайшие 10 лет от ССЗ — 7%, и несмотря на то, что нашего пациента ничего не беспокоит, риск уже высокий.

По данным эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ, около 41% мужчин без анамнеза ССЗ атеросклеротического генеза в России могут быть отнесены к группе высокого риска, то есть риск умереть от инфаркта или инсульта в ближайшие 10 лет для них составляет более 5%.

Давайте разберемся, какую тактику дальнейшего ведения нашего пациента выбрать. Конечно, на первый план при профилактике развития сердечно-сосудистых катастроф выходят возможности немедикаментозного лечения: снижение массы тела, повышение физической активности и отказ от курения. Самая эффективная из этих мер — отказ от курения; курение более чем на 50% обуславливает высокий сердечно-сосудистый риск нашего пациента. Однако важно помнить, что риск развития инсульта/инфаркта у бросившего курить пациента и у некурявшего сравнивается не ранее чем через 5 лет, а по некоторым показателям — только через 15.

Одна из трудных задач, которую необходимо решить при лечении таких пациентов, — это их мотивация как на изменение образа жизни, так и на прием лекарственной терапии. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых осложнений предлагают использовать с этой целью шкалы риска. Наиболее удобной и наглядной шкалой с данной точки зрения признана шкала JBS3: она была разработана совместно несколькими британскими научными обществами как компонент рекомендаций по профилактике ССЗ. Простые индикаторы, которые она учитывает [пол, возраст, уровень артериального давления (АД), показатели липидного профиля, статус курения, индекс массы тела (ИМТ)], позволяют оценить «возраст сердца», то есть какому возрасту соответствует состояние сердечно-сосудистой системы. Для оценки «возраста сердца» нашего пациента не хватает только показателей липидного профиля. Напомню, что только определение показателей липидного спектра в целом позволяет нам не только определить сердечно-сосудистый риск, но и принять решение о назначении гиполипидемической терапии. Оценка показателей

липидного профиля выявила уровень ХС-ЛПНП 4,6 ммоль/л, и, в совокупности с другими факторами риска, это привело к тому, что «возраст сердца» нашего пациента на 16 лет превышает возраст биологический.

Какие обследования необходимы для такого пациента? Конечно же, это эхокардиография, биохимический анализ крови (в котором мы должны обратить внимание на уровень креатинина). Необходимо предусмотреть и оценку показателей активности печеночных ферментов, если мы будем рассматривать назначение гиполипидемической терапии.

Что можно сделать для лечения такого пациента в плане выбора медикаментозной терапии? Вопрос необходимости назначения антигипертензивной терапии для такого пациента не вызывает сомнений, целевые значения также определены: систолическое давление менее 140 мм и диастолическое менее 90 мм рт. ст. Вопрос выбора препарата, с которого необходимо начать лечение, не дает однозначного ответа в такой ситуации, и мы можем ориентироваться на следующее: сопутствующие заболевания, удобство приема препарата, наличие у пациента высокой вариабельности АД. При выборе любого препарата необходимо помнить о двух составляющих. Для пациента высокого риска предпочтительно начинать лечение сразу с комбинированной терапии, кроме этого необходимо запланировать контрольный визит пациента, примерно через 2 нед, с целью оценки эффективности назначенной терапии, а также данных самоконтроля АД, то есть дневников давления пациента.

Вторым и более сложным вопросом остается необходимость назначения гиполипидемической терапии для такого пациента. Важную информацию для определения тактики его ведения в плане назначения гиполипидемической терапии дают результаты дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий: наличие атеросклеротических бляшек однозначно решает вопрос в пользу начала гиполипидемической терапии статинами. Давайте обратимся к европейским рекомендациям по лечению дислипидемий для оценки необходимости назначения статинов с целью первичной профилактики в конкретном случае. Уровень ХС-ЛПНП — 4,6 и риск по шкале SCORE 7% стратифицируют нашего пациента в когорту пациентов, нуждающихся в гиполипидемической терапии, наряду с необходимостью коррекции питания и снижения массы тела.

Пациенты высокого риска с артериальной гипертонией (АГ) и совокупностью факторов риска, как в данной клинической ситуации, при условии назначения статинов имеют на 30% более низкий риск развития инфаркта через 3 года после начала приема препаратов, при этом значимые различия наблюдаются уже через 3 мес.

Назначение гиполипидемической терапии сопряжено с контролем как эффективности терапии, так и безопасности. Европейские рекомендации по профилактике ССЗ определяют целевые значения ХС-ЛПНП для пациентов высокого риска следующим образом: ХС-ЛПНП < 2,6 ммоль/л или снижение на 50% от исходного уровня, если он в пределах 2,6 и 5,1 ммоль/л. Таким образом, для нашего пациента ориентиром могут быть выбраны следующие целевые значения:

ХС-ЛПНП должен достигнуть значений менее 2,3 ммоль/л (при исходном ХС-ЛПНП, равном 4,6 ммоль/л). Титрация дозы статина необходима до определения дозировок, которые приведут к снижению уровня ХС-ЛПНП и достоверно улучшат прогноз нашего пациента в плане риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

В настоящее время статинами с максимальной липидснижающей активностью считаются аторвастатин и розувастатин, эффективность которых по снижению уровня ХС-ЛПНП сопоставима в эквивалентных дозах. Эффективность статино-терапии у пациентов с АГ и дополнительными факторами риска была изучена в крупном исследовании ASCOT-LLA (англо-скандинавское исследование по оценке исхода сердечных заболеваний), в котором применение аторвастатина (Липримар) в дозе 10 мг/сут сопровождалось достоверным снижением коронарных осложнений (нефатального ИМ и смерти от ИБС) на 36% по сравнению с плацебо.

Что касается контроля безопасности, то в первую очередь, как мы уже обсуждали ранее, необходимо оценить исходную активность печеночных ферментов. Повторный анализ необходимо проводить через 8 нед, и его можно совместить с контролем показателей эффективности терапии. Если активность печеночных ферментов не повышается, то мониторировать данный показатель нужно не чаще чем 1 раз в год. Основанием для отмены статинов с одновременной оценкой других причин для изменения печеночных показателей служит по-

вышение АСТ и АЛТ более чем в 3 раза. Исходный контроль КФК перед назначением статинов не требуется и необходим только в случае миалгии у пациента.

Третий компонент терапии у пациентов с ССЗ — это назначение антиагрегантной терапии, однако, обращаясь к ранее упомянутым рекомендациям, рутинное назначение антиагрегантной терапии в зоне первичной профилактики не обоснованно и может привести к значимому повышению риска развития кровотечений. Аспирин и клопидогрел не рекомендуются лицам, у которых не обнаружено ССЗ, из-за увеличения риска кровотечений.

Таким образом, ведение пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений требует такого же внимания врача-терапевта, как и ведение пациентов с ишемической болезнью сердца или, к примеру, перенесших инсульт. Отсутствие жалоб, низкая приверженность пациентов могут приводить к тому, что лечение таких пациентов проводится не в полном объеме, и зачастую сводится исключительно к рекомендациям по изменению образа жизни. Тем не менее, современные подходы к снижению сердечно-сосудистого риска у таких пациентов предполагают назначение комплексной терапии, и прежде всего антигипертензивной и гиполипидемической. Только достижение целевых значений факторов риска сердечно-сосудистых осложнений позволяет врачу считать лечение такого пациента эффективным и снижающим риск развития сердечно-сосудистых катастроф в будущем.

ТАБЛ. 2. Влияние различных доз статинов на уровень ХС-ЛПНП

Доза (мг/день)	5	10	20	40	80
Флювастатин			21%	27%	33%
Правастатин		20%	24%	29%	
Симвастатин		27%	32%	37%	42%
Аторвастатин		37%	43%	49%	55%
Розувастатин	38%	43%	48%	53%	

Адаптировано: Law MR et al. BMJ 2003;326:1423.

Список литературы:

1. Piepoli M.F. et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Eur Heart J. 2016 Aug 1;37(29):2315–81.
2. JBS3 Risk Calculator http://www.jbs3risk.com/pages/risk_calculator.htm доступно 02.12.2016.
3. Law M.R. et al. Quantifying effect of statins on low density lipoprotein cholesterol, ischaemic heart disease, and stroke: systematic review and meta-analysis. BMJ 2003; 326: 1423–1429.
4. Sever P.S. et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomized controlled trial. Lancet 2003; 361: 1149–58.

Рекомендации Европейского общества кардиологов по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

ТАБЛ. 1. Роль лабораторных показателей в скрининге и лечении

Показатель	Применение в скрининге, диагностике и лечении	Целевое значение лечения
ЛПНП	Используется в скрининге, оценке риска, постановке диагноза и лечении. Первичная цель лечения	У пациентов с очень высоким риском ССЗ целевой уровень ХС-ЛПНП < 1,8 ммоль/л (< 70 мг/дл) или снижение ХС-ЛПНП по крайней мере на 50%, если исходный уровень находится в диапазоне 1,8–3,5 ммоль/л (70–135 мг/дл) У пациентов с высоким риском ССЗ целевой уровень ХС-ЛПНП < 2,6 ммоль/л (< 100 мг/дл) или снижение ХС-ЛПНП по крайней мере на 50%, если исходный уровень находится в диапазоне 2,6–5,2 ммоль/л (100–200 мг/дл) У пациентов с умеренным или низким риском развития ССЗ целевой уровень ХС-ЛПНП < 3,0 ммоль/л (115 мг/дл)
Общий холестерин	Используется для оценки риска развития ССЗ по шкале SCORE. Цель лечения, если определение других показателей невозможно	—
Триглицериды	Дополнительный показатель в оценке риска, постановке диагноза и подборе терапии	Не цель лечения, но значения < 1,7 ммоль/л (150 мг/дл) свидетельствуют о сниженном риске развития ССЗ. При высоких значениях ТГ необходимо искать другие факторы риска
ЛПВП	Независимый фактор риска. Рекомендуется оценивать до начала лечения. Не следует использовать в качестве цели лечения	Не цель лечения, но значения > 1,0 ммоль/л (40 мг/дл) у мужчин и > 1,2 ммоль/л (48 мг/дл) свидетельствуют о сниженном риске развития ССЗ
Не-ЛПВП [ЛПОНП, остатки ЛПОНП, ЛППП, ЛПНП, Lp(a)]	Независимый фактор риска; следует рассматривать как маркер риска у пациентов с высоким уровнем триглицеридов. Вторичная цель лечения	Целевые уровни ХС-не-ЛПВП < 2,6, 3,4 и 3,8 ммоль/л (100, 130 и 145 мг/дл) для пациентов с очень высоким, высоким и умеренным рисками развития ССЗ соответственно
АpoB	Основной аполипопротеин атерогенных липопротеинов (ЛПНП, ЛПОНП, ЛППП). Альтернативный маркер риска, особенно у пациентов с высоким уровнем триглицеридов. Вторичная цель лечения, если возможно определение данного показателя	< 80 мг/дл и < 100 мг/дл у пациентов с очень высоким и высоким риском развития ССЗ соответственно
Lp(a)	Не рекомендуется использовать в скрининге. Оценивается у лиц с ССЗ в анамнезе, семейной гиперхолестеринемией, повторными случаями ССЗ, несмотря на оптимальную липидснижающую терапию, риском по шкале SCORE > 5%	—

Скрининг на дислипидемию следует проводить мужчинам старше 40 лет, женщинам старше 50 лет и в постменопаузе, а также:

- лицам с верифицированным сердечно-сосудистым заболеванием;
- лицам с аутоиммунными заболеваниями — системная красная волчанка (СКВ), ревматоидный артрит, псориаз;
- женщинам с гестационным сахарным диабетом (СД) или повышением артериального давления во время беременности;
- мужчинам с эректильной дисфункцией;
- при наличии ксантом, канталазм, липоидной дуги роговицы у лиц моложе 45 лет;
- лицам, принимающим антиретровирусную терапию;
- лицам с хроническими заболеваниями периферических артерий.

ТАБЛ. 2. Классификация риска развития сердечно-сосудистых осложнений

Очень высокий риск	Высокий риск	Умеренный риск	Низкий риск
<ul style="list-style-type: none"> • Верифицированное ССЗ • СД с одним или более фактором риска, или поражением органов-мишеней (протеинурия), или факторами риска (курение, артериальная гипертензия, дислипидемия) • Тяжелое нарушение функции почек (СКФ < 30 мл/мин/1,73 м²) • Бляшка, выявленная при проведении коронароангиографии или УЗИ сонных артерий • Риск по шкале SCORE ≥ 10% 	<ul style="list-style-type: none"> • Резко выраженные единичные факторы риска (АД > 180/110 мм рт.ст. или общий холестерин > 8 ммоль/л) • СД без факторов риска и поражения органов-мишеней • Умеренно выраженное нарушение функции почек (СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м²) • Риск по шкале SCORE 5–10% 	<ul style="list-style-type: none"> • Риск по шкале SCORE 1–5% 	<ul style="list-style-type: none"> • Риск по шкале SCORE < 1%

ТАБЛ. 3. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в зависимости от уровня ЛПНП

Риск по шкале SCORE, %	Уровень ЛПНП				
	< 70 мг/дл < 1,8 ммоль/л	70–99 мг/дл 1,8–2,5 ммоль/л	100–154 мг/дл 2,6–3,9 ммоль/л	155–189 мг/дл 4,0–4,8 ммоль/л	≥ 190 мг/дл ≥ 4,9 ммоль/л
< 1	Вмешательство не требуется	Вмешательство не требуется	Вмешательство не требуется	Вмешательство не требуется	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости
≥ 1 и < 5	Вмешательство не требуется	Вмешательство не требуется	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости
≥ 5 и < 10 или высокий риск	Вмешательство не требуется	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости	Изменение образа жизни, сопутствующая лекарственная терапия	Изменение образа жизни, сопутствующая лекарственная терапия	Изменение образа жизни, сопутствующая лекарственная терапия
≥ 10 или очень высокий риск	Изменение образа жизни, лекарственная терапия при необходимости	Изменение образа жизни, сопутствующая лекарственная терапия	Изменение образа жизни, сопутствующая лекарственная терапия	Изменение образа жизни, сопутствующая лекарственная терапия	Изменение образа жизни, сопутствующая лекарственная терапия

ТАБЛ. 4. Рекомендации по питанию с целью снижения ЛПНП и улучшения липидного профиля

Наименование	Предпочтительно	Умеренно	В ограниченном количестве
Злаки	Цельное зерно	Белый хлеб, рис, паста, кукурузные хлопья, крекеры	Мучные кондитерские изделия (маффины, круассаны, пироги)
Овощи	Сырые и вареные овощи	Картофель	Овощи, приготовленные в масле или сливочном сыре
Бобовые культуры	Чечевица, бобы, горох, нут, семена культурной сои	–	–
Фрукты	Свежие или замороженные фрукты	Сухофрукты, желе, варенье, консервированные фрукты, фруктовое мороженое, соки	–
Сладости, подсластители	Некалорийные подсластители	Сахароза, мед, шоколад, конфеты	Кексы, мороженое, фруктоза, безалкогольные напитки
Мясо и рыба	Постное мясо, жирная рыба, мясо домашней птицы без кожи	Нежирная говядина, баранина, свинина или телятина, морепродукты, ракообразные и моллюски	Сосиски, саями, бекон, свиные ребрышки, хот-доги, ливер
Молочные продукты и яйца	Обезжиренное молоко и йогурт	Молоко и сыр пониженной жирности и другие молочные продукты, яйца	Обычный сыр, сметана, цельное молоко и йогурт
Кулинарный жир, соусы	Уксус, горчица, обезжиренные соусы	Оливковое масло, масла из нетропических овощей, мягкий маргарин, салатные соусы, майонез, кетчуп	Маргарин из гидрогенизированных жиров и твердый маргарин, пальмовое и кокосовое масла, сливочное масло, свиной жир
Орехи/зерна	–	Все несоленые (за исключением кокоса)	Кокос
Способ приготовления пищи	На гриле, на пару, варка	Обжаривание	Жарка

ЛИПРИМАР®

ОРИГИНАЛЬНЫЙ АТОРВАСТАТИН

Зарегистрирован в 118 странах.
Изучен более чем у 80 000 пациентов
в рамках 400 клинических исследований¹

Для выбора Липримара у него есть много веских причин.
Знакомьтесь, вот семь из них!



СНИЖАЕТ РИСК СМЕРТИ И ДОКАЗАННО ПРЕДОТВРАЩАЕТ ИНФАРКТЫ И ИНСУЛЬТЫ у широкого спектра пациентов²⁻⁷

Торговое название: Липримар®. **Международное непатентованное название:** аторвастатин. **Регистрационный номер:** П N014014/01. **Фармакологические свойства:** аторвастатин — селективный конкурентный ингибитор ГМГ-КоА-редуктазы. Синтетическое гиполипидемическое средство. **Показания к применению:** гиперхолестеринемия: в качестве дополнения к диете для снижения повышенного общего холестерина, ХС-ЛПНП, apo-B и триглицеридов у взрослых, подростков и детей в возрасте 10 лет или старше с первичной гиперхолестеринемией, включая семейную гиперхолестеринемию (гетерозиготный вариант) или комбинированную (смешанную) гиперлипидемию (соответственно тип IIa и Ib по классификации Фредриксона), когда ответ на диету и другие немедикаментозные методы лечения недостаточны; для снижения повышенного общего холестерина, ХС-ЛПНП у взрослых с гомозиготной семейной гиперхолестеринемией в качестве дополнения к другим гиполипидемическим методам лечения (например, ЛПНП-аферез) или если такие методы лечения недоступны. **Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний:** профилактика сердечно-сосудистых событий у взрослых пациентов, имеющих высокий риск развития первичных сердечно-сосудистых событий, в качестве дополнения к коррекции других факторов риска; вторичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ИБС с целью снижения смертности, инфарктов миокарда, инсультов, повторных госпитализаций по поводу стенокардии и необходимости в реваскуляризации. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к любому компоненту препарата; активное заболевание печени или повышение активности «печеночных» трансаминаз в плазме крови неясного генеза более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы; беременность; период грудного вскармливания; женщины детородного возраста, не использующие адекватные методы контрацепции; возраст до 18 лет, за исключением гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии (применение противопоказано у детей в возрасте до 10 лет); одновременное применение с фузидовой кислотой; врожденный дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция. С осторожностью применяют у пациентов, злоупотребляющих алкоголем; у пациентов, имеющих в анамнезе заболевания печени; у пациентов с наличием факторов риска развития рабдомиолиза. При беременности и в период кормления грудью Липримар® противопоказан. **Способ применения и дозы:** внутрь, в любое время суток независимо от приема пищи. Доза препарата варьируется от 10 мг до 80 мг 1 раз в сутки и титруется с учетом концентрации ХС-ЛПНП, цели терапии и индивидуального ответа на проводимую терапию. Максимальная суточная доза — 80 мг. Первичная гиперхолестеринемия и комбинированная (смешанная) гиперлипидемия: рекомендуемая доза — 10 мг 1 раз в сутки; гомозиготная семейная гиперхолестеринемия: рекомендуемая доза — 80 мг 1 раз в сутки. Гетерозиготная семейная гиперхолестеринемия: начальная доза составляет 10 мг в сутки. Дозу следует подбирать индивидуально и оценивать актуальность дозы каждые 4 недели с возможным повышением до 40 мг в сутки. Доза может быть увеличена до максимальной — 80 мг в сутки. Применение у детей с 10 до 16 лет при гетерозиготной семейной гиперхолестеринемии: рекомендуемая начальная доза — 10 мг 1 раз в сутки. Доза может быть увеличена до 20 мг в сутки. У пациентов с недостаточностью функции печени дозу необходимо снижать, при регулярном контроле активности «печеночных» трансаминаз: аспартатаминотрансферазы (АСТ) и аланинаминотрансферазы (АЛТ); у пациентов с недостаточностью функции почек и у пожилых пациентов коррекция дозы не требуется. **Побочные действия:** Липримар® обычно хорошо переносится; побочные реакции, как правило, легкие и переходящие: головная боль, боль в горле, носовое кровотечение, запор, метеоризм, диспепсия, тошнота, диарея, мигрень, артралгии, боль в конечностях, судороги мышц, припухлость суставов, боль в спине, мышечно-скелетные боли, отклонение от нормы результатов «печеночных» тестов (АСТ и АЛТ), повышение активности сывороточной креатининфосфокиназы, аллергические реакции, гиперликемия, назофарингит. **Форма выпуска:** таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, 20 мг, 40 мг и 80 мг. По 14, 30 и 100 таблеток в картонной упаковке. **Срок годности:** 3 года. **Условия отпуска:** по рецепту. Перед назначением препарата ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению.

1. Внутренние данные компании «Пфайзер». 2. Sever P. et al. Lancet 2003; 361: 1149-58. 3. Colhoun H.M. et al. Lancet 2004; 364: 685-96. 4. Athyros V.G. et al. Current Medical Research and Opinion 2002; 18:220-228. 5. Schwartz G.G. et al. JAMA 2001; 285: 1711-1718. 6. Amarengo P. et al. N Eng J Med 2006; 223: 549-559. 7. Инструкция по медицинскому применению препарата Липримар, П N014014/01-080915.



Пфайзер, Россия, 123112, Москва, Пресненская набережная, д. 10.
Тел.: +7 (495) 287 50 00, факс: +7 (495) 287 53 00. www.pfizer.com



Сила. Доказательство. Уверенность.