

# ЗНИЖУЄ РИЗИК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ!



Інформація про лікарський засіб, призначена для розповсюдження серед медичних і фармацевтичних працівників на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Магнікор - РП МОЗ України № UA/11211/01/01 та № UA/11211/01/02 з 09.04.2020.  
Розістер\* - РП МОЗ України №UA/18695/01/01 та UA/18695/01/02 від 13.04.2021.



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД  
*Якість без компромісів!*



# Профілактика серцево-судинних захворювань за допомогою ацетилсаліцилової кислоти та різних статинів: новий аналіз дослідження NHANES 2011-2018

**Серцево-судинні захворювання (ССЗ), як-от атеросклероз, серцева недостатність, цереброваскулярні захворювання, захворювання периферичних судин та інші серцеві аномалії, є основною причиною смерті в усьому світі; їхня поширеність та рівень смертності від них зростають. Ацетилсаліцилова кислота (АСК) чинить гальмувальний вплив на утворення різних медіаторів запалення та молекул адгезії, що спричиняє антиатеросклероз. АСК знижує ризик серйозних судинних подій на 15-20% як первинна профілактика ССЗ. Отже, роль АСК у профілактиці та лікуванні ССЗ широко визнана медичною спільнотою.**

Статини (клас ліпідознижувальних препаратів) мають значний вплив на затримку розвитку бляшок, зменшуючи в такий спосіб ризик захворюваності та смертності в осіб з атеросклеротичними ССЗ. Доведено, що терапія статинами знижує ризик серцево-судинних подій (ССП) на 30-40% при застосуванні для первинної профілактики ССЗ. У профілактиці первинних ССЗ комбінація статинів з АСК є кориснішою, ніж АСК окремо. Однак незрозуміло, комбінація АСК із яким саме статином забезпечує найбільший захист від ССП. У цьому аналізі використано дані Національного дослідження здоров'я та харчування (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES), щоб дослідити, який статин у поєднанні з АСК має найкращий ефект для профілактики ССЗ.

## Про дослідження

База даних NHANES – це комплексне опитування, яке поєднує у собі інтерв'ю та фізичні огляди для отримання репрезентативної вибірки цивільного населення США. У цьому дослідженні проаналізовано дані NHANES за 4 дворічні цикли (2011-2018). Учасники з відсутніми ССЗ та інформацією в анкетах щодо прийому АСК і статинів (n=16090 та 16449 відповідно) були виключені. Загалом у цьому випробуванні взяли участь 3378 осіб. Вебсайт NHANES (<https://www.cdc.gov/nchs/nhanes>) містить повну інформацію щодо плану дослідження, методології та даних.

## Застосування АСК і статинів

За допомогою даних стандартизованої анкети NHANES 2011-2018 визначали застосування АСК та різних статинів. Щодо використання АСК, учасникам ставили такі запитання: «Чи радять ваші лікарі або інші медичні працівники приймати невеликі дози АСК щодня, щоб запобігти серцевим нападам, інсультам чи раку?», «Вам коли-небудь казали це робити?», «Ви зараз це робите?», «Чи приймаєте ви невеликі дози АСК щодня самостійно, щоб запобігти серцевим нападам, інсультам або раку?». За допомогою цих анкет було створено бінарну змінну (так чи ні), яка свідчила про поточне вживання учасниками АСК. Учасників також опитали стосовно статинів: чи використовували вони будь-які ліки, які потребували рецепта, протягом попереднього місяця. Тих, хто відповів «так», просили показати контейнери для ліків, які вони вживали. Були досліджені аторвастатин, ловастатин, правастатин, розувастатин, симвастатин і комбіновані препарати.

## Коваріати

Такі коваріати були завантажені з бази даних NHANES: вік, стать, расова / етнічна приналежність, коефіцієнт бідності й доходу сім'ї (poverty income ratio, PIR), рівень освіти, сімейний стан, артеріальна гіпертензія і цукровий діабет (ЦД) в анамнезі, куріння, вживання алкоголю, індекс маси тіла (ІМТ), фізична активність, середнє споживання енергії, гемоглобін (Hb), холестерин (ХС) ліпопротеїнів високої щільності (ЛПВШ), загальний ХС (ЗХ), тригліцериди (ТГ), азот сечовини крові (АСК), сечова кислота (СК), креатинін сироватки (КС). Під час інтерв'ю учасники повідомили такі дані: вік, стать, расова / етнічна приналежність, рівень освіти, сімейний стан, статус куріння, вживання алкоголю та середнє споживання енергії. PIR визначався як загальний дохід сім'ї, поділений на поріг бідності. Крім того, дані про Hb, ХС ЛПВШ, ЗХ, ТГ, АСК, СК і КС були отримані з лабораторних тестів. Частота вживання АСК включала «один прийом АСК на день» і «один прийом АСК через день».

## Констатація ССЗ

ССЗ визначалися за наявності сукупності 5 станів, про які повідомляли пацієнти (застійна серцева недостатність (ЗСН), ішемічна хвороба серця (ІХС), стенокардія, інфаркт та інсульт). Учасника було зареєстровано як хворого на ССЗ, якщо він відповів «так» на таке запитання: «Чи казав вам коли-небудь лікар або інший медичний працівник, що у вас ЗСН / ІХС / стенокардія / інсульт?». Стандартизована анкета щодо стану здоров'я, яку заповнюють під час особистої бесіди, надавала детальнішу інформацію ([www.cdc.gov/nchs/nhanes](http://www.cdc.gov/nchs/nhanes)). Первинна профілактика була визначена в цьому дослідженні як запобігання першій появі ССП, як-от ІХС, ЗСН, стенокардія, інфаркт міокарда або інсульт.

## Результати

Загалом до випробування залучили 3778 осіб віком 66,45±10,22 року. Відповідно до зваженого аналізу кількість людей, залучених до дослідження, є репрезентативною для загального населення США у 2468 896 осіб. ССЗ були наявні в 27,7% цієї популяції.

## Зв'язок між використанням АСК і різних статинів та загальними ССЗ

Відношення шансів (ВШ) для ССЗ становило 0,43; 0,69; 0,44; 0,34 і 0,64 для АСК та комбінацій з різними статинами – аторвастатином, ловастатином, правастатином, розувастатином і симвастатином відповідно.

## Зв'язок між використанням АСК і різних статинів та окремими ССЗ

Були проведені окремі аналізи для вивчення зв'язку між застосуванням АСК та різних статинів й окремими ССЗ, як-от ЗСН, ІХС, стенокардія, інфаркт міокарда, інсульт. Результати показали, що існує тісний зв'язок між використанням АСК і різних статинів та поширеністю окремих ССЗ, як-от ІХС, ХСН, стенокардія, інфаркт міокарда. ВШ окремих ССЗ становили 0,47; 0,24; 0,24; 0,30 і 0,98 у повністю скоригованій моделі для комбінації розувастатину й АСК порівняно з використанням лише АСК.

## Аналіз підгруп

Що стосується аналізу підгруп (вік, стать, ЦД та ІМТ), то розувастатин у поєднанні з АСК також виявився найефективнішим для профілактики ССЗ.

## Обговорення

Частота ССП у людей літнього віку поступово зростає. Водночас різноманітні фактори ризику, як-от нездоровий спосіб життя та забруднення навколишнього середовища, також зумовлюють поступове підвищення частоти ССП серед молодого населення. Найважливіший метод запобігання ССЗ – сприяння здоровому способу життя. Крім того, велике значення має первинна медикаментозна профілактика ССП.

Кілька консенсусів визнали переваги АСК як препарату, який найчастіше використовують у первинній профілактиці ССЗ, зокрема для

зниження ризику інфаркту міокарда й інсульту. Gaziano та співавт. провели велике рандомізоване багатоцентрове клінічне дослідження і виявили, що рівень випадків ССЗ був набагато нижчим, ніж очікувалося, коли учасники отримували АСК, що продемонструвало переваги АСК у первинній профілактиці ССЗ.

Статини є першим вибором для зниження високого рівня ХС у крові – фактора ризику ССЗ (здебільшого через зниження біосинтезу ХС). Taylor і співавт. резюмували, що люди без ознак ССЗ, які отримували статини, продемонстрували зниження смертності від усіх причин, великих судинних подій і ревааскуляризацій без вагомих побічних явищ. Дослідники провели декілька клінічних випробувань, щоб оцінити, чи може комбіноване використання АСК і статинів бути корисним для пацієнтів. Athyros і співавт. виявили, що порівняно зі статинами або АСК, що застосовувалися окремо, комбіноване використання АСК і статину значно зменшувало ССП у пацієнтів із дисліпідемією. Корейське національне когортне дослідження, під час проведення якого оцінювали ефективність АСК і статинів у первинній профілактиці смертності від ССЗ, показало, що комбіноване використання АСК і статинів може бути корисним учасникам.

Терапія статинами здатна покращити стан пацієнтів з периферичним атеросклерозом, а також усунути атеросклеротичні бляшки. Однак мало досліджень зосереджено на виборі статинів із комбінованим застосуванням АСК у первинній профілактиці ССЗ. На основі великомасштабної популяції, інтегрованої з бази даних NHANES, повідомлено, що комбінація АСК та розувастатину може значно знизити частоту загальних й окремих ССЗ порівняно з комбінованим використанням АСК з іншими статинами.

Розувастатин – найсучасніший і найпотужніший статин на ринку. На відміну від інших статинів він є повністю синтетичним. Усі статини для первинної профілактики знижували ризик смертності від ССЗ в популяціях, але одночасно деякі ризики шкоди збільшувалися. Водночас різні статини мали відрізнялися за профілем користі та шкоди. Метааналіз показав, що аторвастатин і розувастатин найефективніше зменшують ССП. Окрім того, Liping виявив, що ризик побічних реакцій не підвищувався при застосуванні розувастатину порівняно з аторвастатином. У групі середнього ризику, етнічно різноманітній популяції без ССЗ, розувастатин у дозі 10 мг/день значно зменшував кількість ССП порівняно із плацебо. Порівняно з іншими статинами було показано, що розувастатин знижує рівень ХС ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) ефективніше, ніж більшість інших статинів, має найкращу ефективність у зниженні ЗХ та підвищує рівень ХС ЛПВЩ більше за аторвастатин.

## ВИСНОВКИ

Результати цього дослідження продемонстрували, що:

- комбіноване використання АСК і статинів є ефективнішим у профілактиці ССЗ, ніж використання лише АСК;
- розувастатин має найвищу ефективність щодо профілактики усіх загалом та окремих ССЗ порівняно з іншими статинами при комбінованому застосуванні з АСК.

## ДОВІДКА «ЗУ»

На вітчизняному ринку представлений досить широкий спектр препаратів ацетилсаліцилової кислоти (АСК). Ключовим критерієм вибору є можливість забезпечення оптимального балансу ефективності та безпечності лікування. Оскільки антиагрегантні властивості та гастротоксичність АСК пов'язані з одним і тим самим механізмом – пригніченням ЦОГ-1, основною стратегією, яка дозволяє забезпечити високу ефективність АСК щодо запобігання розвитку ССП і максимально знизити ризик можливих ускладнень, є застосування мінімальних доз. У 2012 році американська спілка торгівельних терапевтів визнала доцільним призначення АСК з метою первинної профілактики ССЗ в осіб від 50 років у дозі 75-150 мг/добу. Такими засобами в Україні є таблетки **Магнікор** та **Магнікор Форте** (АТ «Київський вітамінний завод»), які містять у складі 75 і 150 мг АСК відповідно.

Показаннями для призначення **Магнікору** є:

- ✓ первинна профілактика інфаркту міокарда та ішемічного інсульту пацієнтам із високим серцево-судинним ризиком (артеріальна гіпертензія, гіперхолестеринемія, ЦД, ожиріння), а також за наявності даних спадкового анамнезу;
- ✓ вторинна профілактика тромбоутворення хворим, які перенесли гострий коронарний синдром, транзиторну ішемічну атаку чи гостре порушення мозкового кровообігу, а також у разі захворювань периферійних артерій.

**Магнікор** розчиняється у шлунку, що забезпечує пікову концентрацію АСК у плазмі крові вже через 30-40 хв після прийому препарату. Це вигідно відрізняє його від препаратів у кишковорозчинній оболонці, яка може зменшувати біодоступність АСК.

Рекомендована початкова доза – 150 мг/добу, підтримувальна – 75 мг/добу. Таблетки ковтають цілими (запиваючи водою, якщо це потрібно). Для забезпечення швидкого поглинання таблетку можна розжувати чи розчинити у воді.

Важлива перевага **Магнікору** — доступність. З огляду на те що профілактика ССЗ зазвичай передбачає пожиттєвий прийом АСК, це значно підвищує прихильність пацієнтів до прийому препарату.

Зважаючи на отримані дані про суттєві переваги розувастатину в профілактиці атеросклеротичних ССЗ, а також те, що саме комбінація АСК та розувастатину може значно знизити частоту ССЗ загалом, звертаємо увагу на препарат **Розістер** (АТ «Київський вітамінний завод»), який містить 10 або 20 мг розувастатину.

**Розістер** показаний для:

- первинної профілактики ССЗ як доповнення до корекції інших факторів ризику;
- дорослих, підлітків та дітей віком >10 років із первинною гіперхолестеринемією або змішаною дисліпідемією як доповнення до дієти, коли дотримання дієти і застосування інших немедикаментозних засобів (наприклад, фізичних вправ, зниження маси тіла) є недостатнім.

Дозу **Розістеру** підбирають залежно від мети терапії та відповіді пацієнта на лікування, керуючись рекомендаціями чинних загальноприйнятих інструкцій. Лікарський засіб **Розістер** можна приймати в будь-який час дня і незалежно від прийому їжі.

За матеріалами: Liu T., Zuo R., Wang J. et al. Cardiovascular disease preventive effects of aspirin combined with different statins in the United States general population. *Sci Rep* 13, 4585 (2023).

Підготувала **Олена Костюк**