

Ключові компоненти базової терапії пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями

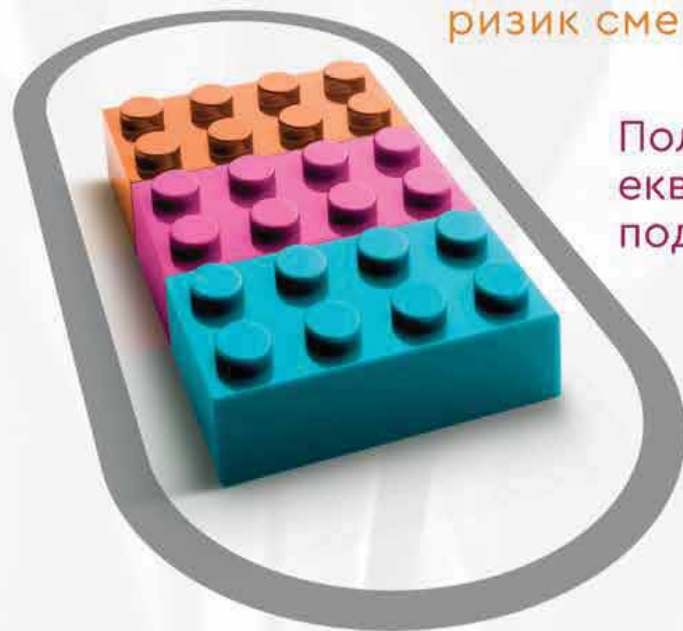
ОДНА
КАПСУЛА

1 РАЗ НА ДЕНЬ

Одночасний прийом АСК + статин + і-АПФ на **71%** знижує ризик смертності у пацієнтів з ССЗ¹

Поліпіл знижує рівні ЛПНЩ еквівалентно монотерапії подвійною дозою статинів²

Поліпіл покращує контроль АТ та рівень ЛПНЩ незалежно від попередньої терапії³



ТРИНОМІЯ[®]
ацетилсаліцилова кислота • аторвастатин • раміпріл



Триномія[®]. Діючі речовини: 1 капсула містить 100 мг кислоти ацетилсаліцилової, 20 мг аторвастатину (у вигляді аторвастатину кальцію тригідрату) і 2,5 (або 5, або 10) мг раміпрілу. Лікарська форма: капсули тверді. Фармакотерапевтична група: Інгібітори ГМГ-КоА-редуктази; інші комбінації. Код АТХ С10В Х06. Показання: вторинна профілактика ускладнень з боку серцево-судинної системи у дорослих пацієнтів в якості замінної терапії, коли забезпечується адекватний контроль при терапії монокомпонентними засобами в еквівалентних терапевтичних дозах. Побічні реакції: розлади і запалення з боку шлунково-кишкового тракту, такі як печія, відчуття дискомфорту в животі, нудота, блювота, біль у шлунку, діарея, запор, метеоризм, диспепсія, мікрокровотечі, пароксизмальний бронхоспазм, сильна задишка, непродуктивний дратівливий кашель, закладеність носа, бронхіт, синусит, риніт, назофарингіт, висипання (у тому числі макуло-папулезні), алергічні реакції, фаринголарингеальний і головний біль, біль у м'язах, біль у суглобах, м'язовий спазм, біль в грудях і спині, кінцівках і спині, носова кровотеча, набряк суглобів, гіперглікемія, відхилення функціональних проб печінки, підвищення рівня креатинінази і калію в крові, артеріальна гіптензія, ортостатичне зниження артеріального тиску, запаморочення, непритомність, стомлюваність. Протипоказання: гіперчутливість до компонентів препарату, інших нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ) або тартразину; гіперчутливість до сої або арахісу; астма в анамнезі або інші алергічні реакції, викликані прийомом НПЗЗ; гострі пептичні виразки; гемофілія та інші порушення згортання крові; ниркова, печінкова або серцева недостатність тяжкого ступеня; гемодіаліз; артеріальна гіптензія; назальні поліпи; пов'язані з астмою, яка викликана або загострюється при використанні АСК; наявне захворювання печінки або постійне підвищення рівня трансаміназ сироватки більш ніж в 3 рази в порівнянні з нормою, що не має пояснень; вагітність, годування грудьми; спільне застосування з тіпранавіром, ритонавіром, циклоспорином або метотрексатом (15 мг на тиждень і більше); екстракорпоральні методи лікування, які призводять до контакту крові з негативно зарядженими поверхнями; раміпріл не слід застосовувати пацієнтам із гіпотензивними або гемодинамічно нестабільними станами, ангіоневротичний набряк в анамнезі; виражений двосторонній стеноз ниркових артерій або в одній з функціонуючих нирок; діти і підлітки до 18 років; нещодавно перенесені травми і хірургічні втручання. Фармакологічні властивості: ацетилсаліцилова кислота необоротно інгібує агрегацію тромбоцитів шляхом ацетилювання циклооксигенази, що необоротно інгібує синтез тромбоксану А2; аторвастатин є селективним конкурентним інгібітором ГМГ-КоА-редуктази; раміпріл; активний метаболіт пролікіа раміпрілу, притягує АПФ. Категорія відпуску. За рецептом. Р. П. МОЗ України: UA / 15408/01/01, UA / 15409/01/01, UA / 15410/01/01 від 26.08.2016. Виробник: Феррер Інтернаціональ, С.А., Іспанія. Найменування та місце знаходження уповноваженого представника: ТОВ «АСІНО УКРАЇНА», Україна, 03124, м. Київ, бульвар В. Гавела, 8; ТОВ «АСІНО УКРАЇНА» входить до групи компаній Асіно (Швейцарія).

Повна інформація знаходиться в інструкції по застосуванню препарату, інформація для медичних і фармацевтичних працівників, для розміщення в спеціалізованих виданнях для медичних установ та лікарів, і для поширення на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.
¹ Аторвастатин 2X20 мг. I. Hippisley-Cox J, Coupland C. Effect of combinations of drugs on all cause mortality in patients with ischaemic heart disease: nested case-control analysis [published correction appears in BMJ. 2006 Apr 15;332(7546):912]. 2. Gonzalez-Juanatey JR, Tamargo J, Torres F, Weiss B, Oudoverko N. Pharmacodynamic Study of the Cardiovascular Polyphill: Is There Any Interaction among the Monocomponents? Rev Esp Cardiol (Engl Ed). 2020 Jan 23; pii: S1885-5857(19)30415-3. 3. Castellano JM, Verdejo J, Ocampo S, Martinez-Rios MA, Gómez-Álvarez, E, Borraro, G. et al., Clinical effectiveness of the Cardiovascular Polyphill in a real-life setting in patients with cardiovascular risk in Mexico: the SORS study. Arch. Med. Res. 50 (2019) 31-40.

ТОВ «АСІНО УКРАЇНА» | бульвар В. Гавела, 8
Київ | 03124 | Україна
Компанія Acino Group, Швейцарія | www.acino.ua

ferrer

acino

Нові клінічні дані щодо ефективності серцево-судинної таблетки — поліпіл аторвастатин / ацетилсаліцилова кислота / раміприл

XXII Національний конгрес кардіологів України, який відбувся 21-24 вересня в поєднанні онлайн-форматі, охопив найважливіші питання кардіології, у т. ч. застосування поліпілу — комбінованої таблетки для лікування та вторинної профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ).



Хосе Кастелано (Національний центр досліджень ССЗ Карлоса III, Університетська клініка Монтепрінсіпе, Іспанія) в своєму виступі охарактеризував цінність стратегії поліпілу в сучасній кардіології.

Незважаючи на пандемію коронавірусної хвороби (COVID-19), ССЗ залишаються провідною причиною смерті в усьому світі. 80% смертей від ССЗ припадає на країни з низьким і середнім рівнями достатку, де доступ до лікування обмежений (Banslal S. et al., 2015).

Основною проблемою кардіопротекції в Європі є те, що, незважаючи на всі досягнення й удосконалення, ми бачимо недостатній контроль факторів ризику. Порівняння результатів досліджень EUROASPIRE IV та V виявило, що поширеність куріння на постійній основі практично не змінилася (48 та 53% відповідно; $p=0,08$). Аналогічна ситуація спостерігається і щодо підвищеного артеріального тиску (АТ) (46 та 45%; $p=0,79$). Глибоке вивчення контролю ліпідного профілю, проведене в дослідженні EUROASPIRE V (2016-2017 рр.), продемонструвало, що цільових рівнів ліпідів досягли лише 32% пацієнтів. В Україні цей показник становить 21%, а найкращий контроль ліпідогрामी спостерігається у фінських пацієнтів – 55%. Загалом із 8261 хворих із 27 країн, опитаних після госпіталізації щодо коронарної ревазуляризації або гострого коронарного синдрому, статини приймали 84%, а рівня холестерину ліпопротеїнів низької щільності (ХС ЛПНЩ) <1,8 ммоль/л вдалося досягти 32%. Статинотерапія високої інтенсивності була призначена 60% пацієнтів, однак цільового рівня ХС ЛПНЩ <1,8 ммоль/л досягли лише 36% із них (De Backer G.G., 2018).

Метою перехресного спостережного дослідження DA VINCI (2019, $n=5888$) стала оцінка дотримання старих цільових рівнів ХС ЛПНЩ і нових (жорсткіших) цільових рівнів, рекомендованих європейськими настановами. Було з'ясовано, що 52% пацієнтів, котрим призначили ліпідознижувальну терапію, отримували монотерапію статинами середньої інтенсивності, 28% – монотерапію статинами високої інтенсивності, 9% – комбінацію статину з езетимібом, 7% – інші ліпідознижувальні препарати, 4% – монотерапію статинами низької інтенсивності, 1% – комбінацію статину з PCSK9. На тлі такого лікування цільового рівня ХС ЛПНЩ за рекомендаціями 2016 р. досягли 54%, а цільового рівня за рекомендаціями 2019 р. – лише 33% (Ray K.K. et al., 2020).

Однією із причин невдач статинотерапії може бути незадовільна прихильність до лікування. Варто зауважити, що прихильність є динамічним процесом: її рівень суттєво знижується вже через 6 міс терапії. Так, через 6 міс призначені лікарем ліпідознижувальні препарати продовжують приймати лише 52% пацієнтів, глюкозознижувальні засоби – 41%, антигіпертензивні препарати – 43%, препарати від ожиріння – 34%. До завершення 1-го року лікування призначену фармакотерапію самовільно припиняють 50-90% хворих (Castellano J.M. et al., 2013). Безумовно, існує пряма залежність між кількістю таблеток і дотриманням режиму лікування: якщо пацієнту необхідно прийняти лише 1 таблетку, відсоток прийнятих доз протягом року становить 79%, 2 таблетки – 69%, 3 таблетки – 65%, 4 таблетки – 51% (Slaxon A. et al., 2001). На основі наведених фактів і з'явилася

ідея щодо поліпілу – таблетки, яка міститиме всі необхідні для кардіопротекції складники та надасть можливість максимально спростити режим лікування. Крім того, поліпіл може покращити економічну доступність фармакотерапії, зменшуючи в такий спосіб загальносвітовий тягар ССЗ. Досягнення кращої клінічної прихильності при застосуванні поліпілу дозволяє покращити контроль факторів ризику, отже, й клінічні результати, зменшуючи вартість лікування ускладнених форм ССЗ. У дослідженні S. Banslal і співавт. (2016) було визначено взаємозв'язок між рівнем прихильності до лікування та відтермінованими тяжкими небажаними серцево-судинними подіями (смертністю від усіх причин, інфарктами міокарда, інсультами, потребою в ревазуляризації міокарда) при вторинній профілактиці ССЗ. Учасників дослідження було розподілено на три групи залежно від рівня прихильності до лікування. Понад 80% призначених доз прийняли лише 43% пацієнтів. Кумулятивна частота несприятливих серцево-судинних подій через 36 міс спостереження в цій підгрупі учасників була достовірно нижчою, ніж у тих, хто прийняв 40-80% та <40% призначених доз ($p=0,0002$). Отже, можна дійти такого висновку: якщо пацієнти приймають недостатню частку призначених доз лікарських засобів, це не захищає їх від смерті чи тяжких форм ССЗ. Цю проблему може розв'язати поліпіл.

R. Webster і співавт. (2016) проведено проспективний індивідуальний метааналіз даних 3140 пацієнтів із 6 країн, присвячений порівнянню ефективності поліпілу та стандартної терапії ССЗ. Усі залучені до метааналізу дослідження свідчили на користь поліпілу порівняно зі звичайною терапією. Пацієнти, які приймали поліпіл, майже на 60% краще дотримувалися призначеного режиму лікування.

Дослідження SORS, що визначало вплив поліпілу на контроль факторів ризику в популяції пацієнтів з високим серцево-судинним ризиком через 1 рік спостереження після переходу зі стандартної терапії на поліпіл, з'ясувало, що перехід на поліпіл дозволяє зменшити ХС ЛПНЩ на 18,7%, загальний холестерин – на 24,3%, тригліцериди – на 30,7%. Якщо врахувати, що ці пацієнти отримували лікування до переходу на поліпіл, ефект є просто вражаючим. Теоретичні розрахунки свідчать про те, що отримане в цьому випробуванні зниження ХС ЛПНЩ має можливість знизити відносний ризик тяжких небажаних серцево-судинних подій на 14,8%. Окрім того, в учасників було зафіксовано зменшення систолічного АТ на 12,8%, а діастолічного – на 9,7%. За розрахунками, таке зниження систолічного АТ сприяє зменшенню ризику серцево-судинних подій майже на 40%. Поліпіл забезпечував хороші показники досягнення цільового АТ (130/85 мм рт. ст. в осіб із цукровим діабетом і 140/90 мм рт. ст. у всіх інших категорій пацієнтів). На момент залучення до випробування в межах цільового АТ перебували лише 20,1% хворих, а через 12 міс прийому поліпілу – уже 55,4%. Цікаво, що контроль АТ на тлі лише поліпілу не відрізнявся від контролю АТ на тлі поєднання поліпілу з антигіпертензивним препаратом / препаратами (Castellano J.M. et al., 2015).

Порівняння фармакодинаміки поліпілу аторвастатину / ацетилсаліцилової кислоти (АСК) / раміприлу щодо ХС ЛПНЩ і систолічного АТ із референсними препаратами (аторвастатин та раміприл) підтвердило відсутність несприятливої фармакодинамічної взаємодії між компонентами поліпілу. Крім того, порівняння поліпілу з аторвастатином виявило на 7% більше зниження ХС ЛПНЩ на тлі прийому поліпілу, що є свідченням синергетичного ефекту раміприлу й аторвастатину (Gonzales-Juanatey J.R. et al., 2019).

Нещодавно опублікований масштабний метааналіз ($n=18162$) довів, що терапія комбінацією препаратів із фіксированими дозами забезпечувала кращий результат стосовно ХС ЛПНЩ і систолічного АТ, ніж застосування окремих препаратів. У групі поліпілу також спостерігалася достовірне зменшення кількості серцево-судинних смертей, інсультів, інфарктів міокарда та потреби в ревазуляризації (Joseph P. et al., 2021). Отриманий результат (зниження досягнення значущих кінцевих точок на 38%) відповідає теоретичним розрахункам, що ґрунтується на результатах вищезазначеного дослідження SORS.

Наразі триває дослідження SECURE, присвячене застосуванню поліпілу аторвастатину / АСК / раміприлу в людей віком >65 років після інфаркту міокарда. Незабаром завершаться останні контрольні візити цього дослідження, а перші надання результатів очікуються у 2022 р. Імовірно, висновки випробування SECURE зможуть доповнити доказову базу високої ефективності поліпілу.

Під час надання відповіді на запитання слухачів Хосе Кастелано зауважив, що, хоча на перший погляд доза аторвастатину (20 мг) виглядає недостатньою, цей ефект компенсується тривалим щоденним прийомом поліпілу за умови високого рівня прихильності.

Найвизні на фармацевтичному ринку України поліпіл Триномія (фармацевтична компанія «Асіно») містить АСК (антиагрегантний засіб) у дозі 100 мг, аторвастатин (препарат для профілактики утворення нових і стабілізації уже наявних атеросклеротичних бляшок) у дозі 20 мг та раміприл (препарат, що запобігає ремоделюванню міокарда) в дозі 2,5, 5 чи 10 мг. Триномія показана як засіб вторинної профілактики ускладнень з боку серцево-судинної системи в дорослих пацієнтів.



Завідувачка кафедри кардіології, лабораторної та функціональної діагностики Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна, доктор медичних наук, професор Віра Йосипівна Целуйко представили аудиторії доповідь «Свіжий погляд на відому групу препаратів. Статини – знайомі незнайомці».

Віра Йосипівна підкреслила, що в своїй презентації використовувала лише тематичні джерела 2021 р. з метою надання найсучаснішої інформації щодо застосування статинів.

Відповідно до нових рекомендацій Європейського товариства кардіологів із профілактики ССЗ (2021), для пацієнтів без ССЗ із дуже високим ризиком цільове значення ХС ЛПНЩ становить 1,4 ммоль/л, для хворих без ССЗ із високим ризиком – 1,8 ммоль/л, для пацієнтів зі встановленим ССЗ – 1,4 ммоль/л. Для досягнення цільових рівнів ХС ЛПНЩ при первинній (особливо вторинній) профілактиці рекомендовано застосовувати всі доступні методи.

На сьогодні основним правилом статинотерапії у хворих високого та дуже високого ризику є використання максимальних або максимально переносимих доз, оскільки це дозволяє зберегти життя пацієнтів. За результатами метааналізу даних 15 досліджень ($n=4313$) встановлено, що призначення високих доз статинів пацієнтам, яким проведено черезрідкове коронарне втручання, забезпечує зниження кількості ускладнень упродовж 30 днів на 54%, а також частоти інфаркту міокарда на 50%. Водночас продемонстровано, що статинотерапія сприяє зниженню частоти порушень церебральної гемодинаміки після стентування сонних артерій (Erkoll A. et al., 2021) та зменшенню короткочасної, а також довгострокової смертності при оперативних втручаннях щодо аневризми абдомінального відділу аорти (Xiong X. et al., 2021).

У наш час статини не є винятково кардіологічними препаратами. А.Ф.М.З. Zein і співавт. (2021) провели аналіз даних 14 446 пацієнтів 8 досліджень і виявили, що статинотерапія асоціювалася зі зниженням смертності від COVID-19 (відношення ризиків 0,72). Аналіз окремих підгруп хворих довів, що прийом статинів в умовах стаціонару супроводжувався достовірно меншою смертністю порівняно з відсутністю їхнього прийому. На зв'язок статинотерапії зі смертністю не впливали ні вік, ні стать, ні наявність цукрового діабету й артеріальної гіпертензії. Схожі дані отримали А. Kollias і співавт. (2021), у метааналізі яких було продемонстровано, що прийом статинів знижує госпітальну летальність на 35%.

Продовження на стор. 30.

Нові клінічні дані щодо ефективності серцево-судинної таблетки — поліпіл аторвастатин / ацетилсаліцилова кислота / раміпріл

Продовження. Початок на стор. 29.

Окрім того, статини знижують ризик розвитку онкологічних захворювань та смерті від них у пацієнтів із серцевою недостатністю (СН). Q. W. Ren і співавт. (2021) проаналізували регіональний реєстр клінічної інформації щодо 87 102 хворих із СН і з'ясували, що застосування статинів асоціювалося з меншим на 16% ризиком захворюваності на рак. Здатність статинів знижувати ризик раку залежала від тривалості прийому препаратів; середній час спостереження становив 4,1 року. 10-річна смертність серед учасників, які приймали статини, становила 3,8%, а серед осіб, котрі їх не приймали, – 5,2%. Здатність статинів переривати різні сигнальні шляхи, що сприяють канцерогенезу, була підтверджена в доклінічних експериментах на прикладі аденокарциноми підшлункової залози. Обсерваційні дослідження довели, що застосування статинів є корисним для пацієнтів з такими пухлинами, в т. ч. на етапах хіміо-профілактики та спостереження після хірургічної резекції. Статини також покращували терапевтичний прогноз таких хворих на пізніх стадіях раку.

Відповідно до аналізу даних корейської національної служби медичного страхування за 2005–2015 рр., прийом статинів та АСК асоціювався зі зниженням імовірності гепатоцелюлярної карциноми. Статинам був притаманний дозозалежний вплив, незалежний від фоновоза застосування АСК (Chi W.-M. et al., 2021). Такі самі результати отримали автори метааналізу 24 досліджень, які підтвердили зв'язок статинотерапії з меншою частотою розвитку гепатоцелюлярних карцином (відносний ризик 0,54). Особливо виразним це зниження ризику було в хворих із цукровим діабетом і цирозом печінки, а також в осіб, які отримували противірусну терапію.

Водночас було виявлено специфічні сприятливі ефекти окремих статинів при інших неатеросклеротичних і непухлинних хворобах. Пітавастатин розглядається як засіб-кандидат для лікування остеопорозу, оскільки він здатен пригнічувати остеокластичну резорбцію та сприяти утворенню

кісткової тканини остеобластами (Cheon Y.-H. et al., 2021). Розувастатин зменшує запалення та окисний стрес у дихальних шляхах, що робить його потенційним препаратом для комплексного лікування бронхіальної астми (Saadat S. et al., 2021). Аторвастатин має позитивний вплив на перебіг депресії порівняно із плацебо (Lee M.C. et al., 2021). Преподмонстровано, що статини уповільнюють прогресування ранніх стадій глаукоми (Thiermeier N. et al., 2021).

Відповідно до сучасних поглядів, найкраще переваги статинів реалізуються в складі поліпілу, які дозволяють знизити рівень ХС ЛПНЩ, а також АТ (незалежно від попередньої терапії). Наприклад, у дослідженні R. Gonzales-Juanatey та співавт. (2019) застосування поліпілу за типом Триномії (фармацевтична компанія «Асіно») – фіксованої комбінації аторвастатин / АСК / раміпріл – забезпечувало на 7% більше зниження ХС ЛПНЩ, ніж монотерапія аторвастатином. За сприятливим впливом на ліпідний профіль використання поліпілу виявилось еквівалентним подвоєнню дози статину.



мотивація, простота режиму лікування та знання ефективності, безпеки й часу призначення препарату.

З метою мотивації необхідно переконати пацієнта, що для задовільної якості життя слід мінімізувати ризик подальших кардіоваскулярних подій за допомогою оптимального медикаментозного лікування, а простоти

режиму лікування дозволяє досягти застосування поліпілу порівняно з окремим прийомом показаних засобів.

За даними Українського реєстру випадків гострого коронарного синдрому (2015), під час виписки статини призначаються 93,5% пацієнтів, однак через 6 міс після виписки ліпідознижувальну терапію отримують лише 58,8% осіб, яким вона була призначена. Натомість кількість засобів метаболічної терапії, які не входять до рекомендацій фахових товариств, зростає у 7 разів.

Аналіз 106 послідовних історій хвороб пацієнтів із гострим коронарним синдромом довів, що середня кількість призначених під час виписки таблеток становить 6,2±1,4. Безумовно, такий режим лікування має негативний вплив на прихильність пацієнта до терапії (особливо довготривалої), тому доцільно одразу під час виписки призначити поліпіл.

Поліпіл, зокрема Триномія (фармацевтична компанія «Асіно»), розповсюджений у країнах Латинської та Центральної Америки, котрі за рівнем валового внутрішнього продукту приблизно відповідають Україні. За даними С. Aquilar і співавт. (2021), застосування поліпілу супроводжується меншим рівнем використання ресурсів системи охорони здоров'я (насамперед за рахунок меншої тривалості стаціонарного лікування пацієнтів, які приймають поліпіл).

Запорука успіху довготривалої терапії та вторинної профілактики ССЗ – прихильність пацієнта до лікування. Досягти високого рівня прихильності дозволяє поліпіл (Триномія, фармацевтична компанія «Асіно»), що різко скорочує кількість необхідних таблеток і дозволяє досягти цільових рівнів ХС ЛПНЩ та АТ, водночас зменшуючи агрегацію тромбоцитів.

Відповідно до сучасних досліджень, поліпіл є не лише ефективним, а й фармакоекономічно доцільним засобом, що було підтверджено за результатами численних випробувань.

Підготувала Лариса Стрільчук

UA-TRIN-PUB-112021-061



ДАЙДЖЕСТ

НОВИНИ СВІТОВОЇ МЕДИЦИНИ

Живити алкоголь у малих дозах, щоб жити «довго та щасливо»? Це може не спрацювати

Тривалий час вважалося, що споживання алкоголю в низьких і помірних кількостях може мати позитивний вплив на здоров'я. Це припущення ґрунтувалося на даних про те, що непитувачі, ймовірно, помирають раніше, ніж люди, які споживають алкоголь у малих кількостях. Однак у нещодавньому дослідженні було з'ясовано, що більшість випадків ранньої смерті мали місце в осіб, які на момент смерті не вживали алкоголь, але в минулому вживали алкоголь або наркотичні речовини, були запеклими курцями, а також мали в анамнезі проблеми зі здоров'ям, тобто фактори ризику ранньої смерті.

Згідно з новим дослідженням учених з Університету Грайфсвальда (Німеччина), результати якого було опубліковано в журналі PLOS Medicine, підвищений ризик смерті серед ніх непитувачих може значною мірою пояснюватись іншими факторами, як-от попередні проблеми з алкоголем або наркотичними речовинами, щоденне куріння та загальний незадовільний стан здоров'я.

Попередні дослідження показали вищий рівень смертності серед осіб, які утримуються від алкоголю, порівняно з тими, хто вживає алкоголь у невеликих чи помірних кількостях. У новому дослідженні було використано дані випадкової вибірки з 4028 дорослих німців, які брали участь у стандартизованому інтерв'ю, проведеному в період із 1996 до 1997 рік, коли учасникам було від 18 до 64 років. Були доступні вихідні дані про споживання алкоголю за 12 місяців до інтерв'ю, а також інша інформація про стан здоров'я, вживання алкоголю та наркотичних речовин. Дані про смертність були доступні при подальшому спостереженні протягом 20 років.

Серед учасників дослідження 447 (11,10%) не вживали алкоголь упродовж 12 місяців до базового інтерв'ю. 3-поміж цих непитувачих 405 (90,6%) у минулому споживали алкоголь, а 322 (72,04%) мали один або кілька інших факторів ризику передчасної смерті, у тому числі розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю в минулому, або надмірне вживання алкоголю (35,4%), щоденне куріння (50%), задовільну чи погану самооцінку здоров'я (10,51%). Було виявлено, що 125 осіб, які утримувалися від алкоголю та не мали вищезазначених факторів ризику, не продемонстрували статистично значимої різниці в смертності від серцево-судинних захворювань або раку порівняно зі споживачами алкоголю в низьких та помірних дозах.

Таким чином, отримані результати спростовують користь уживання алкоголю для збереження здоров'я та довголіття.

Джерело: <https://www.sciencedaily.com/releases/2021/11/211102140652.htm>

Оновлено клінічні рекомендації NICE «Серцево-судинні захворювання: оцінка і зниження ризику, включно з модифікацією ліпідів» [CG181]

Клінічні рекомендації Національного інституту вдосконалення охорони здоров'я та догляду Великої Британії (NICE) «Серцево-судинні захворювання: оцінка і зниження ризику, включно з модифікацією ліпідів» [CG181] містять рекомендації щодо оцінки ризику серцево-судинних захворювань, модифікації способу життя та ліпідомодифікуючої терапії для первинної та вторинної профілактики кардіоваскулярної патології.

Ці клінічні рекомендації призначені для медичних працівників, а також для людей із ризиком розвитку серцево-судинних захворювань та/або з уже наявною серцево-судинною патологією. Зокрема, настанови спрямовані на допомогу медичним працівникам щодо виявлення осіб, схильних до підвищення ризику розвитку серцево-судинних захворювань, включно з пацієнтами із цукровим діабетом 1 або 2 типу чи хронічним захворюванням нирок.

Ці рекомендації є оновленою версією настанов, опублікованих у 2014 році (попереднє оновлення відбулося 2018 року): документ було частково доповнено новими даними щодо інструментів оцінки ризику, а також інформацією щодо зміни ціни та доступності статинів.

У представленому оновленні Група з укладання рекомендацій (GDG) пропонує використовувати термін «холестерин ліпопротеїнів невисокої щільності» замість «холестерин ліпопротеїнів низької щільності» (ХС ЛПНЩ). Також у настановах статини згруповано до трьох різних категорій інтенсивності відповідно до відсоткового зниження ХС ЛПНЩ, а саме:

- низька інтенсивність (якщо зниження становить від 20% до 30%);
- середня інтенсивність (якщо зниження становить від 31% до 40%);
- висока інтенсивність (зниження перевищує 40%).

Зазначена класифікація була погоджена консенсусом GDG на підставі аналізу літератури. Також рекомендації містять оновлення щодо розгляду можливості лікування інклісіраном пацієнтів із первинною гіперхолестеринемією або змішаною дисліпідемією.

Оновлені рекомендації слід використовувати разом з іншими документами NICE щодо модифікації факторів ризику серцево-судинних захворювань.

Джерело: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181/chapter/Introduction>

За матеріалами спеціалізованого медичного порталу Health-ua.com <https://health-ua.com>