

Най-новият статин в България – Crestor, бе официално представен пред медицинската общественост

На 2 март 2007 в хотел „Кемпински-Зографски“ в София беше представен най-новият медикамент от групата на статините в България – Crestor. Срещата беше открита от 2-жа Зоя Паунова, изпълнителен директор на Астра Зенека, България. Тя направи кратко изложение за приноса на компанията в развитието на модерната медицинска наука и множеството социални проекти, разработени в страната от екипа на Астра Зенека. Кратко поздравление към участниците беше поднесено и от посланика на Швеция у нас, н. пр. Бертил Рот.

На събитието присъстваха около 450 лекари от цялата страна, които с интерес посрещнаха нестандартния формат на научната част от мероприятияето. В импровизирано телевизионно студио журналистката Ива Дойчинова се беше превъплътила в ролята на пациент и умело ръководеше дискусия, насочена към основни въпроси при лечението на един от основните рискови фактори за исхемична болест на сърцето – високият холестерол. Експерти в импровизираното студио бяха проф. Кътова и доц. Гочева от Националната кардиологична болница, доц. В. Сиракова от Университетска болница „Св. Марина“, доц. Финков – МБАЛ „Света Анна“, доц. Гудев – МБАЛ „Царица Йоанна“ и доц. С. Денчев от УБ „Александровска“. Специален гост-лектор на събитието беше проф. Херберт Шустер от Хумболтовия университет в Берлин.

Първият повдигнат въпрос беше от кое заболяване загиват най-много хора в България? Отговорът бе гаден от проф. Кътова, която представи последните налични данни за заболяемостта и смъртността в България. Основни представени факти:

- Демографско остаряване на населението: относителен дял на лица над 60 г. 22,8%;
- Свръхсмъртност при мъже (117 мъже/ 100 жени);
- Структура на смъртността – няма промени по отношение на смъртността от ССЗ (67,5%);
- 55710 нови случаи на КАБ годишно
- 11427 нови случаи на миокарден инфаркт годишно
- Над 1 милион българи страдат от хиперхолестеролемия
- Само 7% от тях провеждат лечение със статини, а едва 2% са под адекватен контрол
- 82% от пациентите с КАБ (или рискови еквиваленти - ЗД) не достигат прицелното ниво за LDL-холестерола 2.6 mmol/l

След това дискусията беше насочена към модерните схващания за патогенезата на атеросклерозата. Доц. Гудев посочи основните моменти в този прогресиращ с годините процес. Наред с подчертаването на основната роля на LDL-холестерола в патогенезата на атеросклерозата, той обърна внимание и на новостите, свързани с възпалителния ѝ характер и ролята на различните медиатори в този изключително сложен процес. В заключение той представи сложността на проблема като ролята на ранимата плака, ранимата кръв и ранимия миокард, които в съвкупност определят ранимостта на целия пациент.

Кратък преглед на проучванията, демонстриращи връзката между понижението на нивото на LDL-холестерола и прогресията на атеросклерозата, направи доц. Финков. В прегледа на по-старите проучвания той демонстрира ясната връзка между степента на намаление на LDL-холестерола и забавянето на процеса, като при тях е използвана количествена ангиография за оценка на ефекта. Особено внимание бе обърнато на новите методи за оценка на степента на атеросклерозата и в частност – вътресъдовия ултразвук. Той представи и по-новите проучвания с липидопонижаващи медикаменти, използващи тази модерна техника за оценка на коронарната атеросклероза.

REVERSAL – проучване за агресивно липидопонижение с atorvastatin и ефекта на постигането на нива от 2.0 ммол/л за LDL-холестерола върху атеросклерозата. Резултатите от това проучване демонстрираха, че постигането на тези нива за LDL-холестерола рефлектира в спиране на прогресията на атеросклерозата.

ASTEROID, друго проучване, цитирано от доц. Финков, при което с медикамента rosuvastatin (наличен в България под търговското наименование Crestor) се постигат още по-ниски нива на LDL-холестерола – 1.6 ммол/л. Също така той отбеляза, че е наблюдавано и сериозно повишение на нивата на HDL-холестерола от около 15%. Резултатите от проучването показаха статистически значима регресия на атеросклеротичната плака при постигането на тези липидни нива.

Следващата тема за дискусия бе важността на постигане на прицелните нива за холестерола сред популацията от високорискови пациенти.

Доц. Сиракова припомни, че прицелните нива за пациентите с установена исхемична болест на сърцето (ИБС) или захарен диабет според препоръките на Европейската асоциация по кардиология са под 4.5 ммол/л за общия холестерол и 2.5 ммол/л за LDL-холестерола. Въпреки това, според данни от проучвания, проведени дори в гържави с добре развита здравна система, при много малък процент от пациентите се постигат прицелните нива. Този нисък процент може да се онагледя с правилото на половинките: от популацията, нуждаеща се от понижаване на липидните нива, едва половината пациенти получават липидопонижаващи медикаменти, а от тях едва половината постигат прицелните си нива. Значението на достигането на прицелните нива за LDL-холестерола бе демонстрирано в едно проучване от съседна Гърция, което показва, че стриктното постигане на прицелните нива за LDL-холестерола води до значително намаление на сърдечно-съдовите инциденти спрямо пациентите, лекувани в реалната практика. И така, отново беше повторен изводът за изключителното значение на постигането на прицелните нива за холестерола при пациенти с установена ИБС.

В следващия момент организаторите изненадаха присъстващите с малка закачка, като ги призоваха тържествено да обещаят да вложат всичките си усилия, умения и чар, за да убедят своите пациенти да постигнат прицелните си нива за холестерола.

Следващият участник в дискусиата – доц. Денчев, представи съвременните препоръки за нивата на LDL-холестерола при пациенти, приети в болница с остри коронарни синдроми. Той постави фокуса върху препоръките:

- ACC/AHA 2002 Guideline Update for the Management of Patients With Unstable Angina and Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: HMG-CoA-редуктазни инхибитори и диета при пациенти с LDL-холестерол, по-висок от 2.6 mmol/l, трябва да се започнат 24 до 96 часа след приемане и да се продължат след изписването от болницата. (Ниво на доказателство: B).
- Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines: Тези пациенти са с много висок риск за повторни коронарни инциденти в близко бъдеще. Поради тази причина за всички пациенти, приети в болница с остър коронарен синдром, трябва да се обмисли интензивно лечение със статини. Много сериозни доказателства в тази посока демонстрира проучването PROVE IT за постигане на препоръчителни нива за LDL-C от 1.8 mmol/l.

В своя край дискусиата достигна и до изключително важния въпрос: Дали трябва да се притесняваме при употребата на статини? Доц. Гоче-

ва направи интригуващ преглед на възможните странични ефекти, които могат да се наблюдават при употреба на медикаменти от групата на статините. За щастие, обобщително, те са редки, и направи интересно сравнение с безопасността при употребата на аспирин:

- При лечението с аспирин за една година на 248 лекувани се очаква при един от тях поява на кървене от гастро-интестиналния тракт. За сравнение, поява на тежък миозит може да се очаква при един от 100 000 лекувани със статини пациенти.

- При лечението с аспирин за една година на 2 066 лекувани се очаква при един от тях поява на фатално кървене от гастро-интестиналния тракт. За сравнение, поява на фатален миозит може да се очаква при един от 1 000 000 лекувани със статини пациенти.

Доц. Гочева завърши изложението си с въпрос към аудиторията: Кой е най-големият риск, свързан със статините, при пациенти, подходящи за вторична профилактика?

Правилните отговори са два: 1. Да не се лекуват със статини; 2. Да не се прилага адекватната доза и да не се достигнат таргетните нива.

В края на научната част обобщаваща лекция за клиничните проучвания с медикамента Crestor изнесе и гост-лекторът проф. Шустер. Ето и основните акценти от нея:

- големите рандомизирани проучвания със статини недвусмислено показаха, че колкото са по-ниски нивата на LDL-холестерола при първична и вторична профилактика на ИБС, толкова е по-ниска честотата на сърдечно-съдовите инциденти;
- оптималното понижаване на LDL-холестерола за постигане на максимален благоприятен ефект (постигане на прицелните нива при болшинството пациенти) е 45-50%;
- този желан ефект може да се постигне с начална доза от 10 mg rosuvastatin (Crestor), 40 mg atorvastatin, 80 mg simvastatin, а останалите статини не могат да го постигнат дори при максимална доза;
- този факт бе потвърден и в голямото, рандомизирано сравнително проучване STELLAR. В него се демонстрира и статистически значимо по-добрият ефект на rosuvastatin в сравнение с atorvastatin по отношение на повишението на HDL-холестерола;
- не е установена разлика в безопасността на Crestor и тази на другите известни статини, както в проведени клинични проучвания, така и в реалната клинична практика.

В края на научната част бяха зададени редица въпроси от присъстващите в залата към лекторите, които се превърнаха в повод за интересна научна дискусия.