

Западно – Казахстанский Государственный Медицинский
Университет имени Марата Оспанова.

*Эффект применения розурвастатина в первичной
профилактике атеросклероза и его осложнений.*

Подготовил: Балғазиев Д 102 гр/кардиология

Проверила: Кошмаганбетова Г.К.

Актуальность

- ▶ Статины – наиболее эффективный рычаг, влияющий на липидный обмен. Основной целью гиполипидемической терапии у больных ИБС считается снижение и поддержание холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) на уровне ниже 100 мг/дл, а также снижение общего холестерина. Значимость роли статинов в первичной профилактике сердечно – сосудистых заболеваний особенно возросло после того, как при первичной профилактике ишемической болезни сердца в течение многих лет было получено достоверное снижение кардио - сосудистой смертности на 29 и 35% .

Вопрос

Эффективно ли применение розурвастатина в дозе 20 мг/сут в первичной профилактике атеросклероза и его осложнений у пациентов без ИБС с уровнем ХС ЛПНП меньше 3,37 ммоль/л ?

*Р – пациенты без ИБС с уровнем
ХС ЛПНП меньше 3,37
ммоль/л*

Г – розурвастатин 20 мг/сут

С – контрольная группа (плацебо)

*О – снижение ХС, ХС ЛПНП,
снижение заболеваемости*

Цель

изучение способности розувастатина предотвращать сердечно-сосудистые происшествия у практически здоровых лиц среднего возраста с низким или нормальным уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности

Задачи

- Отобрать мужчин ≥ 50 лет и женщин ≥ 60 лет без ишемической болезни сердца с уровнем ХС ЛПНП $< 3,37$ ммоль/л
- Определить основную (розурвастатин 20 мг/сут) и контрольную группу (плацебо).
- Провести лабораторную диагностику (оценить ХС, ХС ЛПНП).

Материалы и методы

В исследование включены 900 лиц с низким риском развития атеросклероза, имевшим нормальный уровень холестерина

Разделены на 2 равные группы по 450 человек в каждой. Основная группа получала розурвастатин 20 мг/сут, контрольная - плацебо

Дизайн исследования

- ▶ **Рандомизированное
контролируемое
исследование,
простое слепое.**

Выборка

▶ Простая случайная

Критерии включения:

- мужчины ≥ 50 лет и женщины ≥ 60 лет без ишемической болезни сердца с уровнем ХС ЛПНП $< 3,37$ ммоль/л

Этические аспекты

- ▶ Одобрено КЭ
- ▶ Информированное согласие с полным раскрытием всей необходимой информации
- ▶ Имеют право отказаться от исследования в любое время
- ▶ Эквиполентность
- ▶ Действие в интересах пациента
- ▶ Полезность для пациента и общества

Abstract

BACKGROUND:

Evidence is lacking about the effectiveness of risk reduction interventions in patients with asymptomatic peripheral arterial disease.

OBJECTIVES:

This study aimed to assess whether statin therapy was associated with a reduction in major adverse cardiovascular events (MACE) and mortality in this population.

METHODS:

Data were obtained from 2006 through 2013 from the Catalan primary care system's clinical records database (SIDIAP). Patients age 35 to 85 years with an ankle-brachial index ≤ 0.95 and without clinically recognized cardiovascular disease (CVD) were included. Participants were categorized as statins nonusers or new-users (first prescription or represcribed after at least 6 months) and matched 1:1 by inclusion date and propensity score for statin treatment. Conditional Cox proportional hazards modeling was used to compare the groups for the incidence of MACE (myocardial infarction, cardiac revascularization, and ischemic stroke) and all-cause mortality.

RESULTS:

The matched-pair cohort included 5,480 patients (mean age 67 years; 44% women) treated/nontreated with statins. The 10-year coronary heart disease risk was low (median: 6.9%). Median follow-up was 3.6 years. Incidence of MACE was 19.7 and 24.7 events per 1,000 person-years in statin new-users and nonusers, respectively. Total mortality rates also differed: 24.8 versus 30.3 per 1,000 person-years, respectively. Hazards ratios were 0.80 for MACE and 0.81 for overall mortality. The 1-year number needed to treat was 200 for MACE and 239 for all-cause mortality.

CONCLUSIONS:

Statin therapy was associated with a reduction in MACE and all-cause mortality among participants without clinical CVD but with asymptomatic peripheral arterial disease, regardless of its low CVD risk. The absolute reduction was comparable to that achieved in secondary prevention.

Copyright © 2016 American College of Cardiology Foundation.
Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Вопрос

Каков риск возникновения неблагоприятных сердечно – сосудистых событий у пациентов в возрасте от 35 до 85 лет, без признаков сердечно – сосудистых заболеваний, при применении статинов?


P – пациенты в возрасте от 35 до 85 лет, без видимой сердечно – сосудистой патологии

I – применение статинов (в статье препарат не указывается)

C – контрольная группа без применения статинов

O – заболеваемость, смертность

T – 2006 – 2013 гг.



Дизайн исследования:
когортное
исследование

Выборка: простая
случайная.

1. Todd J. Anderson, Jean Grégoire, Glen J. Pearson, Arden R. Barry, Patrick Couture, Martin Dawes, Gordon A. Francis, Jacques Genest, Steven Grover, Milan Gupta, Robert A. Hegele, David C. Lau, Lawrence A. Leiter, Eva Lonn, G.B John Mancini, Ruth McPherson, Daniel Ngui, Paul Poirier, John L. Sievenpiper, James A. Stone, George Thanassoulis, Richard Ward, 2016 Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the management of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult, Canadian Journal of Cardiology, 2016
CrossRef
2. Sudha Seshadri, Alexis Economos, Clinton Wright, Stroke, 2016, 253
CrossRef
3. Naoyuki Sato, Ryuichi Morishita, The roles of lipid and glucose metabolism in modulation of β -amyloid, tau, and neurodegeneration in the pathogenesis of Alzheimer disease, Frontiers in Aging Neuroscience, 2015, 7
4. Jones P, Kafonek S, Laurora I, et al. Comparative dose efficacy study of atorvastatin versus simvastatin, pravastatin, lovastatin and fluvastatin in patients with hypercholesterolemia (The Curves study). Am J Cardiol 1998; 81: 582-7.
5. Nawrocki JW, Weiss SR, Davidson MH, et al. Reduction of LDL cholesterol by 25 % to 60 % in patients with primary hypercholesterolemia by atorvastatin a new HMS-CoA reductase inhibitor. Arterioscler Thromb Vasc Biol 1995; 15: 678-82.
6. Smith DG, Leslie SJ, Szucs TD, et al. Cost of treating to a modified European Atherosclerosis Society LDL-C target. Comparison of atorvastatin with fluvastatin, pravastatin and simvastatin. (Treat-to-Target Study). Clin Drug Invest 1999; 17: 185-93.
7. Athyros VG, Papageorgiou AA, Mercouris BR, et al. Treatment with atorvastatin to the National cholesterol educational program goal versus "usual" care in secondary coronary heart disease prevention: The GREek Atorvastatin and Coronary-heart-disease Evaluation Study (GREACE). Cur Med Res Opin 2002; 18: 220-8.
- 8 Nissen S, Tuzcu M, Schoenhagen P. Effect of Intensive Compared With Moderate Lipid-Lowering Therapy on Progression of Coronary Atherosclerosis. JAMA 2004; 291: 1071-80.
9. Okazaki S, Yokoyama T, Miyauchi K Early Statin Treatment in Patients With Acute Coronary Syndrome. Demonstration of the Beneficial Effect on Atherosclerotic Lesions by Serial Volumetric Intravascular Ultrasound Analysis During Half a Year After Coronary Event: The ESTABLISH Study. Circulation 2004; 110: 1061-8.
10. Nissen S, Nicholls S, Sipahi I. Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis. The ASTERIOD trial. JAMA 2006; 295: 1556-65.
11. Newman BC, Palmary G, Sielbershats H, Szarek M. Safety of atorvastatin derived from analysis of 44 completed trail in 9,416 patients. Am J Cardiol 2003; 92: 670-6.