

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-226-5-9>

**COMBINED LIPID-LOWERING THERAPY, FOCUS  
ON NON-HIGH-DENSITY LIPOPROTEIN CHOLESTEROL**

**КОМБІНОВАНА ГІПОЛІПІДЕМІЧНА ТЕРАПІЯ,  
ФОКУС НА ХОЛЕСТЕРИН НЕ-ЛІПОПРОТЕЇДІВ  
ВИСОКОЇ ЩІЛЬНОСТІ**

**Zolotarova N. A.**

*Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Head of the Department of Internal  
Medicine 4  
Odesa National Medical University*

**Золотарьова Н. А.**

*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри внутрішньої  
медицини № 4  
Одеський національний  
медичний університет*

**Solomko O. V.**

*Candidate of Medical Sciences,  
Associate Professor at the Department of  
Internal Medicine 4  
Odesa National Medical University*

**Соломко О. В.**

*кандидат медичних наук,  
доцент кафедри внутрішньої  
медицини № 4  
Одеський національний  
медичний університет*

**Panigrahi P. K.**

*Candidate of Medical Sciences,  
Associate Professor at the Department of  
Internal Medicine 4  
Odesa National Medical University  
Odesa, Ukraine*

**Паніграхі П. К.**

*кандидат медичних наук,  
асистент кафедри внутрішньої  
медицини № 4  
Одеський національний  
медичний університет  
м. Одеса, Україна*

За даними останніх рекомендацій ESC 2021 р, саме рівню холестерину (ХС) не-ліпопротеїдів високої щільності (не-ЛПВЩ) має приділятися значна увага. Рівні ХС не-ЛПВЩ використовують, як у процесі визначення серцево-судинного ризику, так і під час оцінки досягнення терапевтичних цілей [1, с. 3245, 3276].

Накопичені докази, що ХС не-ЛПВЩ є більш комплексним показником атерогенних частинок, ніж ХС ЛПНЩ і перевершує їх за своєю здатністю передбачувати ризик серйозних серцево-судинних подій [2].

Це особливо актуально у хворих з низькими рівнями ХС ЛПВЩ та підвищенням тригліцеридів. Зменшення саме рівня ХС не-ЛПВЩ, а не тільки ХС ліпопротеїдів низької щільності – це ціль, якою часто нехтують у хворих з таким ліпідним профілем. Відомо, що саме фібрати максимально впливають на ці фракції, це дозволяє припустити, що комбінація фібрату з низькими дозами статинів може здійснити більш виражений вплив на рівень не-ЛПВЩ, ніж монотерапія статинами в більш високих дозах [3].

Хоча статини є основою ліпідознижувальної терапії, відомо, що близько 20% осіб із клінічними показаннями до терапії статинами не можуть їх приймати через певний ступінь непереносимості, особливо у середніх і високих дозах, а 40–75% пацієнтів припиняють прийом статинів протягом 1–2 років після початку [4, с. 157, 159].

**Мета дослідження** – вивчення ефективності стратегії зниження рівня ХС не-ЛПВЩ за допомогою комбінованої терапії аторвастатином та фенофібратом

Обстежено 55 хворих на ішемічну хворобу серця (стабільна стенокардія I–III функціональних класів), з гіпертригліцеридемією, середнім віком 60,32 роки, розподілених на дві репрезентативні групи. Перша група (27 хворих) – отримувала стандартну терапію для хворих на стабільну стенокардію, до якого долучався аторвастатин у дозі 20 мг на добу. У хворих другої групи (28 чоловік) в якості гіполіпідемічної терапії застосовували аторвастатин у зменшеній дозі – 10 мг на добу та фенофібрат у дозі 145 мг на добу. Оцінка ліпідного профілю на фоні лікування проводилась через 6–8 тижнів.

Отримані результати: в першій групі ХС не-ЛПВЩ змінився з  $4,77 \pm 0,27$  ммоль/л до  $4,19 \pm 0,22$  ммоль/л, ці зміни є статистично незначущими ( $p > 0,05$ ).

Кращі результати були отримані у пацієнтів другої групи; що отримували комбіновану терапію, де ХС не-ЛПВЩ знизився з  $5,14 \pm 0,19$  до  $3,94 \pm 0,13$  ( $p < 0,05$ ), що показує більшу ефективність комбінованої терапії у даної категорії хворих.

**Висновок.** Використання комбінованої медикаментозної гіполіпідемічної терапії у хворих на стабільну стенокардію, може чинити більш потужний ефект щодо рівню ХС не-ЛПВЩ, порівняно з монотерапією статинами. Можна припустити, що такі зміни, приведуть до зниження серцево-судинного ризику у довгостроковому періоді.

**Літэратура:**

1. Visseren, F. et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *Eur. Heart J.* 2021; 42(34): 3227–3337. Doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
2. Su X., Kong Y., Peng D. Evidence for changing lipid management strategy to focus on non-high density lipoprotein cholesterol. *Lipids in Health and Disease.* 2019;18 (134). <https://doi.org/10.1186/s12944-019-1080-x>.
3. Tenenbaum A, Fisman E. Z. Fibrates are an essential part of modern anti-dyslipidemic arsenal: spotlight on atherogenic dyslipidemia and residual risk reduction. *Cardiovasc Diabetol.* 2012; 11:125. Doi: 10.1186/1475-2840-11-125.
4. Toth P.M., Patti A.M., Giglio R.V. et al. Management of Statin Intolerance in 2018: Still More Questions Than Answers. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2018; 18(3): 157–173. Doi:10.1007/s40256-017-0259-7.