

Секция 9: Медицинские науки

АЛЬМУХАМБЕТОВА РАУЗА КАДЫРОВНА

К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ЖАНГЕЛОВА ШОЛПАН БОЛАТОВНА

К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №2,

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

КАПСУЛТАНОВА ДИНА АМАНГЕЛЬДИНОВНА

К.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №2,

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

САЯ АҚБӨПЕ АЙТАСҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

МҰХТАРХАНОВА АҚБОТА ШАЛХАРҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ТҮКТІБАЙ ҚАРАШАШ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

ШЫҢҒЫСХАНОВА ИНДИРА ТӨЛЕГЕНҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

НУРУМОВА ҚАРЛЫҒАШ САҒАТҚЫЗЫ

врач-интерн

Казахский Национальный медицинский университет

им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИИ ПРИ ИБС

Наиболее частой причиной развития ИБС является атеросклероз коронарных артерий, при котором происходит постепенное сужение просвета сосудов вследствие формирования атеросклеротической бляшки, в основе которой имеют место холестериновые отложения. Вследствие нарушения липидного обмена происходит отложение холестерина и некоторых фракций липопротеидов в интимае сосудов. Таким образом, одним из основных факторов риска развития ССЗ и атеросклероза является дислипидемия – патологическое состояние, характеризующееся нарушением липидного обмена с изменением функции и/ или уровня липопротеинов плазмы[1, с. of; 2, с 18-23].

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности и безопасности гиполипидемического препарата – розувастатина (Полвастерола фирмы SANTO) у больных ИБС.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 58 больных в возрасте от 44 до 75 лет (средний возраст – $66,2 \pm 0,9$), из них мужчин - 38; женщин -20. Больные поступали в экстренном порядке в

городской кардиологический центр города Алматы с диагнозом острый коронарный синдром (ОКС). Проводились лабораторно-инструментальное обследование: общеклинические и биохимические исследования (липидограмма, ферменты, кардимаркеры, креатинин, мочевины, уровень глюкозы), ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, рентгеноскопии органов грудной клетки, при необходимости ФГДС.

Розувастатин назначали в дозе по 10 мг сутки на ночь с последующим увеличением дозы до 20 мг/сутки. Курс лечения составил 8 недель.

Результаты и обсуждение. Исследования показали, что Полвастерол биоэквивалентен оригинальному розувастатину на 98,02%, существенных отличий гиполипидемического эффекта между ними не выявлено, в обоих случаях происходит достоверное и равнозначное снижение уровней липидного спектра.

При поступлении у всех пациентов была рассчитана степень риска от ССЗ по шкале SCORE, с учетом возраста, пола, сопутствующих заболеваний, уровня артериального давления, холестерина (ХС) и курения. Нормальное содержание липидов в крови: общего холестерина менее 5,2; триглицеридов менее 2,3; ХС ЛПНП менее 3,5; ХС ЛПВП выше 1,0-1,2 ммоль/л. Дислипидемия была обнаружена у 52 (89,7%) пациентов. Оптимальное снижение сердечно-сосудистого риска (ССР) возможно путем комплексного влияния на атерогенную дислипидемию. Статины являются краеугольным камнем в лечении дислипидемий, что доказано в больших проспективных клинических исследованиях у пациентов с различным уровнем сердечно-сосудистого риска. Соответственно, коррекция дислипидемии, которая относится к модифицируемым факторам риска, предусматривает наряду с липиднормализующей диетой, применение гиполипидемических средств, которые работают на уровне печеночных клеток и не проникают в другие органы и ткани, соответственно, меньшая вероятность поражения

мышечной ткани и развития рабдомиолиза. Назначают их однократно во время вечернего приема пищи, т.к. синтез холестерина происходит в ночное время. Прием статинов должен быть постоянным, т.к. ингибирование фермента обратимое, временное. Современная стратегия гиполипидемической терапии предусматривает низкий уровень ХС ЛПНП – физиологически нормально, по принципу «чем ниже ХС ЛПНП, тем лучше», а также раннее начало для получения быстрого клинического эффекта, «чем раньше, тем лучше» и назначение статинов даже пожилым больным старше 75 лет с высоким риском ССО снижает риск смерти на 24%, поэтому «лучше поздно, чем никогда».

Данные метаанализа рандомизированных исследований (4S, CARE, ASCOT- LLA и др.) показывают, что снижение общего холестерина (ОХ) на 25% и ХС ЛПНП на 3-% приводят к снижению сердечно-сосудистых событий и смертности в среднем на 30%. Уровни общего холестерина и ХС ЛПНП остаются первичными целями при лечении дислипидемии. Повышенный уровень триглицеридов и низкий уровень ХС ЛПВП увеличивают ССР, независимо от уровня ХС ЛПНП. Установлено, что риск развития больших СС событий выше на 64% у пациентов с низким уровнем ХС ЛПВП < 0,96 ммоль/л, а риск смерти, инфаркта миокарда и повторного ОКС выше на 27% у пациентов с высоким уровнем ТГ $\geq 2,3$ ммоль/л.

Согласно нашим исследованиям, расчетный риск развития ССЗ со смертельным исходом в ближайшие 10 лет выявил: низкую степень у 10,3%; среднюю – у 26%, высокую - у 53,4% и очень высокую у 10,3% пациентов. При низкой степени риска и уровне ХС ЛПНП от 1,8 до 4,9 ммоль/л липидснижающей терапии не требуется, предусмотрена коррекция образа жизни, при превышении уровня холестерина выше 4,9 ммоль/л показана медикаментозная терапия. При умеренной (средней) степени риска коррекция образа жизни при уровне ХС ЛПНП свыше 2,5 ммоль/л будет неэффективной и необходимо назначение медикаментозной

терапии, тогда как при высокой и очень высокой степени риска рассматривается назначение статинов. Назначение статинов всем пациентам с высоким риском, даже если у них низкий уровень холестерина. Согласно рекомендациям ESC/EAS по лечению дислипидемий от 2016 года предлагается выбор индивидуальных целевых уровней холестерина ЛПН на основе риска. У всех пациентов, независимо от имеющегося у них риска, следует достигать не менее чем 50% снижения уровня холестерина ЛПН; при высоком риске < 2,6 ммоль/л; при очень высоком риске < 1,8 ммоль/л.

Как показано по данным таблицы 1, исходные показатели липидограммы у наших пациентов превышали нормальные значения.

Таблица 1. Динамика липидограммы в процессе лечения полвастеролом

Показатели (ммоль/л)	До лечения	После лечения
		Через 8 нед.
холестерин	6,9±1,5	4,2±3,5
ХС ЛПНП	4,1±1,2	2,2±1,1
ХС ЛПВП	0,85±0,3	1,09±0,3
ТГ	2,4±0,06	1,8±0,04

Динамическое лечение розувастатином приводит к снижению показателей липидограммы, но целевого уровня: ОХ менее 4; ХС ЛПНП менее 1,8, триглицеридов менее 1,7, а ЛПВП свыше 1,0 (у мужчин) и свыше 1,2 (у женщин) ммоль/л достигли только 23 (40%) пациентов. Побочного действия розувастатина нами не замечено.

Таким образом, гиполипидемический препарат розувастатин в дозе по 10-20 мг/сутки в процессе курсовой терапии в течение 8 недель приводит к существенному снижению дислипидемии, при этом обладает достаточно выраженным профилем безопасности, что дает основание рекомендовать его в комплексной терапии больных ИБС.

Литература:

1. DYSLIPIDAEMIAS 2016 (MANAGEMENT OF) ESC Clinical Practice Guidelines//<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Dyslipidaemias-Management-of>.
2. КАРПОВ Ю.А., БУЛКИНА О.С. Европейские рекомендации по лечению дислипидемий – 2016 липидснижающая терапия у пациентов с острым коронарным синдромом и чрескожными коронарными вмешательствами//Медицинский совет, №17, 2016. – С.18-23.