

Секция 9: Медицинские науки

**Альмухамбетова Рауза Кадыровна**

*К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №3*

*Казахский Национальный медицинский университет*

*им. С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Жангелова Шолпан Болатовна**

*К.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней №3*

*Казахский Национальный медицинский университет*

*им. С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Капсултанова Дина Амангельдиновна**

*К.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №3*

*Казахский Национальный медицинский университет*

*им. С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Ағманова Жанат Болатқызы**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*им. С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Болатхан Айгерім Нұрғалиқызы**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*им. С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

**Дүйсенбек Әйгерім Сәдуақасқызы**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*им. С. Д. Асфендиярова*

*г. Алматы, Республика Казахстан*

## **ЛИПИДКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОГРАММЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА**

Комплексная кардиологическая реабилитация – процесс, который должен начинаться немедленно, продолжаться непрерывно, проводиться поэтапно. Одним из аспектов комплексной кардиологической реабилитации наряду с физической, психологической, социальной и профессиональной реабилитацией, является оценка клинического состояния пациента и оптимизация фармакологического лечения. В многочисленных исследованиях по первичной и вторичной профилактике продемонстрирована четкая связь между снижением уровня холестерина (ХС) и снижением частоты сердечно-сосудистых событий (смерть, инфаркт миокарда, инсульт) [1, с.7-77]. Общеизвестно, что одним из основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и атеросклероза является дислипидемия – патологическое состояние, характеризующееся нарушением липидного обмена с изменением функции и/или уровня липопротеинов плазмы. Считается, что если у пациента уже состоялся инфаркт миокарда, то риск повторения события у него выше.

У пациентов, перенесших инфаркт миокарда и принимающих статины, уровень ХС должен соответствовать целевым значениям.

**Целью нашего исследования** явилось изучение липидного спектра у больных после инфаркта миокарда на фоне терапии полвастеролом, который является дженериком розувастатина.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 36 больных ПИКС в возрасте от 42 до 76 лет (средний возраст составил  $61,4 \pm 1,8$ ), из них 15 мужчин и 21 женщина. Диагноз ПИКС был верифицирован на основании клинико-инструментального обследования, включавшего ЭКГ, ЭхоКГ и КАГ. Были проведены общеклинические и биохимические анализы (липидный спектр: уровень общего холестерина, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, белок, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, глюкоза). Больные получали полвастерол (ХИМФАРМ, АО (SANTO, ТМ)) по 10 –

20 мг в сутки на ночь в течение 6 месяцев. Контроль липидного профиля проводился при первом визите через 1 месяц терапии, затем через 2 месяца при втором визите и через 6 месяцев при третьем визите.

**Результаты и обсуждение.** Гиполипидемическая терапия остается основным резервом в решении задач первичной и вторичной профилактики ИБС. Проведенными за последние годы крупными исследованиями по вторичной профилактике убедительно доказано, что комбинированная диетическая и медикаментозная гиполипидемическая терапия замедляет прогрессирование коронарного атеросклероза и даже вызывает у части больных обратное его развитие, способствует стабилизации атеросклеротических бляшек и значительно снижает заболеваемость инфарктом миокарда и уровень коронарной и общей смертности.

Статины являются краеугольным камнем в лечении дислипидемии, что доказано в больших проспективных исследованиях у пациентов с различным уровнем сердечно-сосудистого риска. Статины – класс лекарственных препаратов, которые часто используются для снижения уровня ХС, они способны блокировать работу фермента в печени, необходимого для производства холестерина.

До лечения треть наших пациентов не принимали статины регулярно (только при повышении холестерина), две трети принимали статины по 1-2 месяца весной и осенью.

Таблица 1

Липидный спектр больных ПИКС при лечении статинами

Показатели	До лечения	После лечения		
		1 визит	2 визит	3 визит
ОХС	6,2±0,8	5,82±1,05	5,31±,078	4,6±0,9
ХС ЛПНП	4,05±0,9	4,1±1,02	3,12±0,9	2,66±0,95
ХС ЛПВП	0,95±0,03	0,99±0,5	1,12±0,05	1,03±0,04
ТГ	3,3±0,4	2,9±0,8	2,5±0,2	2,35±1,1

Согласно международным рекомендациям кардиологов [1, с.7-77; 2, с.1598–1660; 3, с.135–141; 4, с.27-32; 5, с.104-111; 6, с.65-66], целевые уровни липидов для пациентов с ИБС: общий ХС ниже 4,5 ммоль/л, ХС

ЛПНП менее 2,5 ммоль/л, холестерин ЛПВП для мужчин свыше 1 ммоль/л, для женщин 1,2 ммоль/л., уровень триглицеридов менее 1,7 ммоль/л.

Через 1 месяц лечения показатели липидного профиля практически не изменились, в связи с чем доза полвастерола была увеличена до 20 мг/сутки. При динамическом наблюдении через 2 месяца целевого уровня ОХС достигли 13 пациентов (36,1%), через 6 месяцев – 29 (80,6%); ХС ЛПНП соответственно 10 (27,8%) и 26 (72,2%), тогда как показатели ХС ЛПВП и ТГ не претерпели существенных изменений.

По результатам нашего наблюдения, несмотря на проводимую терапию статинами сохраняются повышенный уровень триглицеридов (ТГ) и низкий уровень липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), которые увеличивают сердечно-сосудистый риск независимо от уровня ЛПНП. По данным литературы, установлено, что риск развития больших сердечно-сосудистых событий выше на 64% у пациентов с низким уровнем ЛПВП менее 0,96 ммоль/л, а риск смерти, ИМ и повторного ОКС выше на 27% у пациентов с высоким уровнем ТГ свыше 2,3 ммоль/л. применение статинов снижает риск больших сердечно-сосудистых событий на 22%, тогда как 78% риска остается без внимания. Даже интенсивная терапия статинами не устраняет риск, связанный с атерогенной дислипидемией, а именно с низким уровнем ЛПВП и высоким уровнем триглицеридемии.

Общеизвестно, что бляшку нельзя стабилизировать за 2–3 дня, время ее заживления составляет как минимум 3–6 нед, а проявление защитного противоатеросклеротического действия липидкорректирующей терапии проявляется еще позже. Результаты метаанализа 13 рандомизированных клинических испытаний с участием почти 18 тыс. пациентов, перенесших ОКС, показали, что позитивный эффект ранней интенсивной терапии статинами начинается после 4 мес. При этом результаты систематического обзора рандомизированных клинических испытаний с общим количеством 9,5 тыс. пациентов, начавших терапию статинами в первые 12 дней после ОКС, показали снижение общей смертности за период наблюдения почти 2

года. Всем больным с инфарктом миокарда необходим прием статинов, исключение — непереносимость. Назначить лекарство — не значит успешно лечить больного, У пациентов, перенесших инфаркт миокарда необходим контроль эффективности гиполипидемической терапии, достижение целевого уровня показателей липидного спектра. Современная стратегия гиполипидемической терапии ориентируется на следующих трех принципах: «чем ниже уровень ХС ЛПНП, тем лучше»; «чем раньше, тем лучше»; «лучше поздно, чем никогда».

Согласно литературным данным, гепатотоксичность относится к серьезным осложнениям лечения статинами. Она проявляется в основном биохимическим синдромом — 3-кратным или более повышением активности печеночных ферментов — АСТ, АЛТ, а также щелочной фосфатазы. Умеренное повышение (в 1,5–2 раза превышающее норму) должно насторожить врача и усилить клиническое и биохимическое наблюдение за больным, но не отменять лечения. По результатам нашего исследования, уровень ферментов в 1,5-2 превышающий норму не отмечен ни у одного больного. К другим побочным явлениям терапии статинами относятся запоры, диарея, метеоризм, тошнота, изжога или боль в области желудка. 5 пациентов (13,9%) указывали на неприятные ощущения в области желудка, запоры, метеоризм при увеличении дозы до 20 мг/сутки, но при снижении до 10 мг эти проявления исчезли.

Таким образом, для оценки адекватности терапии статинами недостаточно знать уровень общего ХС — следует оценивать весь липидный профиль. У больных после перенесенного инфаркта миокарда сохраняется высокий риск развития повторных острых коронарных событий, что требует проведения липидснижающей терапии в комплексе с фармакологической реабилитацией.

Препарат полвастерол оказывает достаточно выраженный гиполипидемический эффект при хорошем профиле безопасности, что дает возможность рекомендовать в комплексной терапии у больных ПИКС.

## **Литература**

1. Европейское Общество Кардиологов (ESC), Европейское общество атеросклероза(EAS). Рекомендации ESC, EAS по диагностике и лечению дислипидемий.2016 / Российский кардиологический журнал № 5 (145), 2017. С 7-77.
2. Bassand J.P., Hamm C.W., Ardissino D. et al. (2007) Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of the European Society of Cardiology. *Eur. Heart J.*, 28(13): 1598–1660.
3. Bavry A.A., Mood G.R., Kumbhani D.J. et al. (2007) Long-term benefit of statin therapy initiated during hospitalization for an acute coronary syndrome: a systematic review of randomized trials. *Am. J. Cardiovasc. Drugs*, 7(2): 135–141.
4. Пархоменко А.Н. (2009) Особенности ведения больных с постинфарктным кардиосклерозом в условиях реальной амбулаторной практики в Украине: результаты многоцентрового скринингового исследования. *Ліки України*, 7(133): 27–32.
5. Бритов А.Н., Чурина М.П. Клиническая, липид–нормализующая и плейотропная эффективность розувастатина; обзор серии исследований GALAXY / Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011. 10(1). С. 104–109.
6. Бойцов С.А., Сусеков А.В., Аронов Д.М. и др. Актуальные вопросы терапии статинами в клинической практике. Совещание совета экспертов. Атеросклероз и дислипидемии. 2011. № 1. С. 65–66.