**УДК 616.12.08**

**Г.Н. Билялова**

**Больница Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Астана**

**ИЗУЧЕНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИ К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ**

**С ВЫСОКИМ КОРОНАРНЫМ РИСКОМ**

**Аннотация**

В данной статье проведено исследование комплаентности и эффективности применения статинов для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. В исследование были включены 42 больных с ИБС, артериальной гипертонией, сахарным диабетом 2 типа; сочетанием высокого уровня отдельных факторов риска. Оценивали следующие параметры: клиническую симптоматику, уровни общего ХС, ХС, ЛПНП, ТГ, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (ACT). Повышению комплаентности к терапии способствует регулярный мониторинг пациентов, а также клиническая эффективность и высокая липидснижающая активность крестора.

**Ключевые слова:** статины, артериальная гипертония, сахарный диабет, фактор риска, активность крестора, сердечно-сосудистая система.

Предотвращение сердечно–сосудистых осложнений, снижение общей и сердечно–сосудистой смертности, увеличение продолжительности жизни является основной приоритетной задачей здравоохранения Республики Казахстан. [1] Нарушения липидного обмена являются одним из важнейших факторов риска (ФР) развития болезней системы кровообращения. [2,3]

В последнее время ряд новых многообещающих лекарственных средств находится на стадии III фазы клинических испытаний. К этим препаратам в первую очередь следует отнести ингибиторы микросомального белка-переносчика, миметики гормонов щитовидной железы и олигонуклеотиды, такие как мипомерсен, а также ингибиторы белка-переносчика эфира холестерина (CEPT)-дальсетрапиб и анасетрапиб. В предварительных клинических исследованиях эти препараты эффективно снижали уровень ХЛПНП у больных с выраженной гиперхолестеринемией. Но зачастую в практической деятельности врачи встречаются с умеренной гиперхолестеринемией и в рекомендациях по профилактике болезней системы кровообращения в клинической практике сделан акцент на изменение интенсивности профилактических мероприятий в зависимости от общего уровня риска развития сердечно-сосудистой патологии, что и обосновывает различные стратегии вмешательства. [4]

Антиатерогенное действие статинов, установленное во многих исследованиях, приводит, в конце концов, к самому главному эффекту лечения больных атеросклерозом – к достоверному снижению смертности от ишемической болезни сердца и головного мозга. Причем статины эффективны, как при первичной профилактике у людей с факторами риска, так и при вторичной профилактике, т.е. у больных с манифестированными заболеваниями атеросклеротического характера. [5]

**Цель** настоящего исследования состояла в изучении комплаентности и эффективности применения статинов для первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материалы и методы**

В исследование были включены 42 больных. До начала терапии определялся риск развития фатальных коронарных событий с использованием специальных систем SCORE. Критериями включения в исследование были: документированная ИБС (стабильная стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз), артериальная гипертония, сахарный диабет 2 типа; сочетание высокого уровня отдельных факторов риска; показатели общего холестерина (ОХ) более 5,9 ммоль/л, содержание холестерина ЛПНП более 3,0 ммоль/л. Были сформированы 2 группы обследованных. Их средний возраст составил 55,1,2±3,4 лет и 53,9±2,0 лет. На момент включения в исследование по возрастным, клинико-биохимическим параметрам и получаемой базисной терапии существенных различий между группами не выявлено. Одной группе был назначен крестор (розувостатин, фирма «Астра Зенека») по 10 мг однократно в сутки вечером. Другая группа сформирована из лиц, скептически относящихся к медикаментозной липид снижающей терапии, им даны рекомендации по диете. Первое контрольное обследование больных проведено через 2 месяца приема препарата. Через 8 недель у всех пациентов оценивали следующие параметры: клиническую симптоматику, уровни общего ХС, ХС, ЛПНП, ТГ, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы(ACT).

В качестве основных показателей эффективности лечения изучали динамику уровней липидов крови. Критерии безопасности были очерчены допустимым повышением активности трансаминаз не более 3-кратного, а также клиническими проявлениями со стороны скелетной мускулатуры. Кроме того, наблюдавшиеся нами больные получали так же комплексную терапию сердечно-сосудистой патологии в зависимости от тяжести заболевания.

**Результаты и обсуждение**

В 1 группе у 91% больных через 8 недель был достигнут целевой уровень ЛПНП. Очевидно, достичь целевого уровня остальных пациентов не удалось из-за более высокого исходного уровня ЛПНП. В таблице 1 представлена динамика показателей липидного спектра крови у обследованных лиц на фоне их лечения с применением статиновой терапии.

Переносимость изучаемого препарата в суточных дозах 10 мг можно считать хорошей, так как убедительных различий в частоте нежелательных явлений с контрольной группой не получено. Значимых отклонений активности трансаминаз (троекратного превышения) при лечении крестором не наблюдалось, в 3 случаях было незначительное повышение АЛТ и АСТ, что обусловлено изначально пограничными показателями до начала лечения. Это также подтверждает мнение об относительной безопасности препарата.

Отдельным вопросом является влияние регулярного мониторинга уровня липидов на отношение пациентов к соблюдению рекомендаций, касающихся изменения образа жизни или приема лекарственных препаратов. В ряде клинических исследований было обнаружено положительное влияние такого регулярного обследования на приверженность пациентов терапии. До конца не ясно, только ли регулярный контроль уровня липидов вызывает этот эффект или он развивается в результате сочетания информирования пациента, его регулярного контакта с врачом и оценки степени.

Наблюдение в течение года показало, что пациенты, уже, имеющие сердечно-сосудистые заболевания, коронарные события более привержены к терапии статинами, чем лица, имеющие множественные факторы риска, (91,7% соответственно 61.1%).

*Таблица 1.*

**Динамика показателей липидного спектра в крови.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Группа крестора (n-22) | Группа сравнения (диета) (n20) |
| исходно | через 8 нед. | различие | исходно | через 8 нед. | различие |
| абс. | % | р | абс. | % | р |
| Общий ХС | 6,24±0,51 | 4,12±0,76 | -2,12 | -34 | <0,001 | 6,18±0,57 | 5,61±0,67 | -0,57 | -9,4 | <0,05 |
| ХСЛПНП | 4,17±0,64 | 2,43±0,71 | -1,74 | -40 | <0,001 | 4,16±0,58 | 3,38±0,64 | -0,78 | -18,7 | <0,05 |
| ХСЛПВП | 0,92±0,28 | 1,1±0,29 | +0,18 | +16 | <0,05 | 0,9±0,35 | 1,1±0,28 | -0,2 | -18 |  |
| ТГ | 2,02±0,71 | 1,55±0,58 | -0,47 | -23 | <0,05 | 2,4±0,85 | 1,93±0,88 | -0,5 | -20 |  |

Повышение мотивации пациента к терапии — другая важная сторона врачебной деятельности. Большинство проблем, связанных с приверженностью пациентов рекомендуемым немедикаментозным способам терапии (изменение образа жизни), являются сходными с проблемами, которые возникают при повышении приверженности пациентов назначенной гиполипидемической терапии. Несмотря на разъяснительную работу со стороны врача и осведомленность пациентов о пользе и целесообразности липидоснижающей терапии наблюдается стремление к курсовому лечению статинами, что принципиально неверно, так как такая терапия должна проводиться у больных постоянно. Так же одним из факторов, объясняющих недостаточное выполнение пациентами рекомендаций врача, является так же бессимптомное и пожизненное течение заболевания

Основной задачей практикующих врачей является лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями атеросклеротического генеза, а также пациентов с риском их развития с применением оптимальных доз статинов для достижения терапевтического результата, поскольку соблюдением диеты не удается достичь целевого уровня липидов.

**Выводы:**

1. Повышению комплаентности к терапии способствует регулярный мониторинг пациентов, а также клиническая эффективность и высокая липидснижающая активность крестора, что делает его перспективным в профилактике органных поражений у больных атеросклерозом на всех стадиях развития процесса.

2. При слабой и умеренной гиперхолестеринемии крестор в суточной дозе 10 мг дает отчетливый гипохолестеринемический эффект, снижая уровень холестерина на 34%, липопротеидов низкой плотности в среднем на 40%, и уровень триглицеридов на 23%.

3. Целевого уровня холестерина липопротеидов низкой плотности удалось достигнуть при назначении дозы препарата 10 мг/сут у 91% больных.

***Литература:***

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 - 2015 годы

2. Waters DD et al. Lipid Treatment Assessment Project 2/A Multinational survey to evaluate the proportion of patient Achieving Low-Density Lipoprotein Cholesterol Goals // Circulation 2009 Jul 7;120(1):28-34. Epub 2009 Jun 22.

3. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Кардиоваскулярная терапия и профилактика - 2009 8(6) - Приложение №3.

4. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Первичная профилактика сердечно–сосудистых осложнений: роль статинов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2009. - № 4. - С. 80–84.

5. Crouse J.R.3rd, Raichlen J.S., Riley W.A. et al. METEOR Study Group. Effect of rosuvastatin on progression of carotid intima–media thickness in low–risk individuals with subclinical atherosclerosis: the METEOR Trial. JAMA 2007; 297:1344–1353.

**Тұжырым**

**БИІК КОРОНАРЛЫ ТӘУЕКЕЛМЕН АУЫРАТЫН АУРУЛАРДЫҢ ТЕРАПИЯЛЫҚ**

**ЕМДЕЛУІНІҢ КОМПЛЕАНТНТЫЛЫҒЫН ЗЕРТТЕУ**

**Г.Н. Билялова**

**Қазахстан Республикасының Президентінің жұмысын басқаруының ауруханасы, Астана қаласы**

Жүрек-тамырлық аурулардың алғашқы және екінші реттегі профилактикасына статиндерді қолданудың комплаенттігіне (емдеуге бейілділік) және тиімділігіне зерттеу жүргізілді. Зерттеуге ЖИА-мен, артериялық гипертониямен 2 типтегі қантты диабетпен, қауіптің жеке факторының жоғары деңгейінің үйлесімділігімен 42 науқасалынды. Мына параметрлер: клиникалық симптоматика ХС, ХС, ЛПНП, ТГ, ХС жоғары тығыздық тағы липопротеидтердің (ЛПВП), аланинаминотрансферазаның (АЛТ), aспартатаминотрансферазаның (ACT) жалпы деңгейі бағаланды. Терапияға комплаенттілікті (емдеуге бейілділікті) арттыру пациенттердің тұрақты мониторингіне, сондай-ақ клиникалық тиімділікпен крестордың жоғары липидті төмендететін белсенділігіне мүмкіндік береді.

***Негізгі сөздер:*** *статинлар, артериальды гипертония, қантдиабеті, қауіпфакторы, кресторактивтілігі, жүрек-қантамырлар жүйесі.*

**Summary**

**STUDY OF KOMPLAENTNOSTI FOR THERAPY OF PATIENTS WITH A HIGH CORONARY RISK**

**G.N. Bilyalova**

**Hospital Management Department of the President of the Republic of Kazakhstan, Astana**

The research on patient compliance and efficiency of the use of statins for initial and secondary prevention of cardio-vascular deceases has been conducted. The study included 42 patients with coronary heart disease, arterial hypertension, type 2 [diabetes mellitus](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=328382_1_2&s1=%F1%E0%F5%E0%F0%ED%FB%E9%20%E4%E8%E0%E1%E5%F2), and mix of other high risk factors. The following parameters were assessed: clinical semiotics, levels of overall[cholesterol](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=4307504_1_2&s1=%F5%EE%EB%E5%F1%F2%E5%F0%E8%ED" \t "_blank), low density lipoproteins (LDL), [triglycerides](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=3224568_1_2&s1=%F2%F0%E8%E3%EB%E8%F6%E5%F0%E8%E4%FB), high-density lipoproteins (HDL),[alanine amino transferase](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=5294302_1_2&s1=%E0%EB%E0%ED%E8%ED%E0%EC%E8%ED%EE%F2%F0%E0%ED%F1%F4%E5%F0%E0%E7%E0" \t "_blank) (ALT), [aspartate amino transferase](http://www.multitran.ru/c/m.exe?t=5316013_1_2&s1=%E0%F1%EF%E0%F0%F2%E0%F2%E0%EC%E8%ED%EE%F2%F0%E0%ED%F1%F4%E5%F0%E0%E7%E0) (AST). It was found that patient compliance to therapy is improved by regular monitoring of patients along with the clinical efficiency and high lipid-decreasing activity of the crestor.

**Key words:** statins, arterial hypertension, diabetes mellitus, risk factor, activity krestor, cardiovascular system.

**УДК 617:546-009**

**Н.С. Смаилов**

**Медицинский центр Государственного медицинского университета города Семей**

**ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТОВ И ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ФАКТОРАХ РИСКА**

**Аннотация**

В статье приведены данные о профилактике, эпидемиологии и информированности населения о факторах риска инсультов.

**Ключевые слова:** профилактика инсультов, факторы риска инсультов.

Инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.

Первым упоминанием об инсульте служат описания, сделанныеГиппократомв460-х годах до н.э., в которых говорится о случае потери сознания в результате заболевания головного мозга.

В дальнейшем Галенописал симптомы, которые начинаются с внезапной потери сознания, и обозначил его термином «апоплексия», что означает «удар». С тех пор термин «апоплексия» достаточно прочно и надолго входит в медицину, обозначая при этом как острое нарушение мозгового кровообращения, так и быстро развивающееся кровоизлияние в другие органы (апоплексия яичника, апоплексия надпочечников и др.).

Уильям Гарвейв1628 году изучил, как движется кровь в организме, и определил функцию сердца как насосную, описав процесс циркуляции крови. Эти знания заложили основу изучения причин возникновения инсульта и роли сосудов в этом процессе.

В течение ХVIII века были сделаны важные открытия: Томас Виллис обнаружил роль анастомозов между основными артериями, кровоснабжающими головной мозг, и показал, что возможен переток крови в случае закупоривания одной из них. Верфер стал различать инсульт, который возникает в результате закупоривания артерий (один из вариантов ишемического инсульта), и инсульт в результате прорыва крови с излитием крови в ткань мозга (геморрагический инсульт). Этот же ученый описал клинические случаи, когда слабость в конечностях очень быстро проходила. Данные описания можно считать первыми упоминаниями о преходящем нарушении мозгового кровообращения (или транзиторных ишемических атаках).

Значительный вклад в понимание патогенеза инсульта сделал Рудольф Вирхов. Он предложил термины «тромбоз» и «эмболия». Данные термины до сих пор являются ключевыми в диагностике, лечении и профилактике инсульта. Позднее он также установил, что тромбоз артерий вызывается не воспалением, а жировым перерождением сосудистой стенки, и связал его с атеросклерозом.

Существует два основных типа инсульта: **ишемический**, возникающий при закупорке сосудов (тромбоз сосудов мозга) и **геморрагический**, происходящий при разрыве сосудов (кровоозлияние в мозг, под оболочки и в желудочки мозга).

**Ишемический инсульт** (гр.*Ischo -* задерживаю и *haimatos -* кровь) чаще в обиходе называют инфарктом. В отличие от **геморрагического инсульта, ишемический** происходит при закупорке сосудов: эмболия или тромбоз сосудов головного мозга.

***Эмболический инсульт*** является причиной 20-30% ишемических инсультов и обусловлен кардиогенной эмболией (***кардиоэмболический*** инсульт) или эмболией из аорты и крупных вне- или внутричерепных артерий (артерио-артериальная эмболия), редко - эмболией из вен (парадоксальная эмболия).

***Атеротромботический инсульт*** составляет примерно 30-40% ишемических инсультов и вызван тромбозом, развивающемся обычно на месте атеросклеротической бляшки во вне- или внутричерепной артерии. Выделяют два вида тромбоза, которые вызывают инсульт: тромбоз крупных артерий и мелких артериальных сосудов (**лакунарный тромбоз**).

**Геморрагический инсульт** (гр. *Haimatos -* кровь и *rhegnymi* - прорываю) - это наиболее опасный из всех видов инсульта. **Геморрагический инсульт** вызывается разрывом сосудов: кровоизлияние в мозг, под оболочки и в желудочки мозга. К геморрагическому