

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 (АСТ). 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 (СЕРТ)-дальсетрапид и анасетрапид. 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; соче-

тание 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 (АСТ).

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.	%	p			абс.	%	p
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 липидснижающей 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 органических поражений у больных атеросклерозом на всех стадиях развития процесса.

2. При слабой и умеренной гиперхолестеринемии крестор в суточной дозе 10 мг дает отчетливый гиполипидемический 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**БИК КОРОНАРЛЫ ТӘУЕКЕЛМЕН АУЫРАТЫН АУРУЛАРДЫҢ ТЕРАПИЯЛЫҚ ЕМДЕЛУІНІҢ КОМПЛЕАНТТЫЛЫҒЫН ЗЕРТТЕУ**

Г.Н. Билялова

Қазақстан 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), аспаратаминотрансферазаның (АСТ) 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 COMPLIANCE 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 cardiovascular diseases has been conducted. The study included 42 patients with coronary heart disease, arterial hypertension, type 2 diabetes mellitus, and mix of other high risk factors. The following parameters were assessed: clinical semiotics, levels of overall cholesterol, low density lipoproteins (LDL), triglycerides, high-density lipoproteins (HDL), alanine amino transferase (ALT), aspartate amino transferase (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 krester, 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, сделанные Гиппократом в 460-х годах до н.э., в которых говорится о случае потери сознания в результате заболевания головного мозга.

В дальнейшем Гален описал 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 Гарвей в 1628 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 XVIII 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 (кровоизлияние 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 *rhagnymi* - прорываю) - это наиболее опасный из всех видов инсульта. **Геморрагический инсульт** вызывается разрывом сосудов: кровоизлияние в мозг, под оболочки и в желудочки мозга. К геморрагическому