

АНАЛИЗ ВРАЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

**Е. И. Саранцева, И. Х. Фазлова, А. А. Усанова,
Н. Н. Гуранова, О. Г. Радайкина, Т. В. Горячева**

Заболевания, связанные с атеросклерозом, являются лидирующей причиной смертности во всем мире. В России ситуация с применением статинов остается неудовлетворительной. В связи с этим изучение особенностей гиполипидемической терапии на различных этапах ведения больных с гиперлипидемией является актуальным.

Хорошо известно, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) занимает первое место в общей структуре смертности в любой развитой стране. Россия в этом плане не является исключением. Однако абсолютные цифры смертности от ССЗ в нашей стране значительно выше, чем в других странах, где дала свои результаты система профилактики и лечения факторов риска, связанных с нарушением липидного обмена [1; 10].

Абсолютно доказана и не вызывает сомнения прямая зависимость риска развития сердечно-сосудистых катастроф от уровня общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) [2]. Согласно международным и национальным рекомендациям достижение и поддержание целевого уровня ХС ЛПНП плазмы крови на уровне 2,5 ммоль/л и менее является основной задачей вторичной профилактики заболеваний, связанных с атеросклерозом [3].

В настоящее время разработана эффективная стратегия профилактики и лечения атеросклероза. Эта система мер включает специальную диету, прекращение курения, физическую активность и использование гиполипидемических препаратов. Медикаментозная терапия представлена ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (статины), производными фиброевой кислоты (фибраты), никотиновой кислотой и ее различными формами, секвестрантами желчных кислот, полиненасыщенными омега-3 жирными кислотами, антиоксидантами и ингибиторами абсорбции холестерина в кишечнике. Статины играют основную роль в терапии заболеваний, связанных с атеросклерозом, поэтому включены во все рекомендации по лечению и профилактике ССЗ [1].

В России за последнее десятилетие были проведены два больших исследования: московское исследование по статинам (MSS) и исследование ОСКАР-2006. Было показано, что на период исследования в России ситуация с применением ингибиторов синтеза холестерина была неудовлетворительной [9]. В связи с этим анализ эффективности гиполипидемической терапии на современном этапе является актуальным.

Целью исследования явился анализ характера и эффективности гиполипидемической терапии пациентов кардиологического профиля на стационарном и амбулаторном этапах.

Материалом исследования послужили медицинские карты стационарных больных. Проведен анализ 490 историй болезни за 2011 г.

Сформированы 4 группы пациентов: 1-ю группу составили больные с гипертонической болезнью (ГБ); 2-ю — с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС); 3-ю — с сочетанием ИБС и гипертонической болезни; 4-ю — с сочетанием ИБС, ГБ и сахарного диабета (СД). В каждой группе проведена оценка 10-летнего риска смерти от ССЗ у каждого пациента с целью выявления показаний к гиполипидемической терапии. В группе больных гипертонической болезнью оценка индивидуального риска смерти от ССЗ проводилась по таблице SCORE. Большинство пациентов (43 %) имели низкий индивидуальный риск, умеренный риск обнаружен у 33 % пациентов, высокий — у 16 и очень высокий — у 8 % больных. Во 2–4-й группах все обследованные имели заболевания, позволяющие отнести их к категориям высокого и очень высокого риска, — это ИБС и эквиваленты ИБС.

© Саранцева Е. И., Фазлова И. Х., Усанова А. А.,
Гуранова Н. Н., Радайкина О. Г., Горячева Т. В., 2013

Показания к началу гиполипидемической терапии определяли в соответствии с национальными рекомендациями по диагностике и коррекции нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза третьего пересмотра.

Атерогенные сдвиги в плазме крови выявлены нами у 83 % обследованных пациентов кардиологического профиля: в гиполипидемической терапии нуждался 41 % больных ГБ, 91 % больных ИБС, 85 % пациентов с сочетанием ИБС и ГБ и 74 % пациентов с сочетанием ГБ, ИБС и СД. Наши результаты согласуются с многочисленными литературными сведениями. По данным эпидемиологических и клинических исследований, проведенных в разных странах, в условиях «обычной» амбулаторной практики лишь 30–40 % всех пациентов имеют концентрацию в сыворотке крови липидов, соответствующую принятому нормальному уровню [8].

В нашем исследовании необходимая терапия была назначена или рекомендована при выписке менее чем в половине случаев (41 %). Наиболее часто медикаментозная терапия назначалась больным с сочетанной патологией: больным с сочетанием ГБ, ИБС и СД в 63 % случаев, с сочетанием ГБ и ИБС — в 40 %. Пациентам с изолированной ИБС коррекция гиперхолестеринемии (ГХС) проводилась только в 23 % случаев, больным ГБ такая терапия назначалась еще реже — в 20 % случаев.

Наши данные совпадают с официальными сведениями: в Российской Федерации в настоящее время ингибиторы синтеза холестерина применяются у 30–40 % нуждающихся в гиполипидемической терапии, тогда как во многих европейских странах, по данным исследования REALITY, частота назначения статинов достигает 70–90 %. Тем не менее в сравнении со сведениями 10-летней давности в России в последние годы наблюдается положительная тенденция. В московском исследовании по статинам, проводившемся в 2004–2005 гг., было установлено, что даже в столице только треть больных получает лечение статинами. В эпидемиологической части исследования ОСКАР-2006 пациентам высокого риска в общей поликлинической практике статины назначались чуть более чем в 5 % случаев, а целевые значения ХС ЛПНП были достигнуты только у 4,3 % больных [9; 11].

Наиболее часто терапия ГХС рекомендовалась пациентам при выписке из стационара, реже больные уже получали ее на амбулаторном этапе, еще реже медикаментозная терапия ГХС проводилась в стационаре. Мы

предположили, что данная ситуация может быть связана с высокой стоимостью и, следовательно, отсутствием необходимых препаратов в стационаре, а также с недостаточной приверженностью к этой терапии врачей-кардиологов.

Мы проанализировали, каким именно пациентам проводилась и рекомендовалась при выписке гиполипидемическая терапия. Практически все больные относились к категориям очень высокого (71 %) и высокого (29 %) риска. В первую очередь это пациенты с острыми формами ИБС — острым коронарным синдромом и инфарктом миокарда, а также перенесшие коронарную реваскуляризацию. Выявленная закономерность отражает современные тенденции в здравоохранении. Как известно, в 2011 г. в Республике Мордовия утвержден медико-экономический стандарт медицинской помощи больным с инфарктом миокарда, включающий в том числе обязательную терапию аторвастатином. Кроме того, интенсивное развитие кардиохирургии в настоящее время привело к появлению большого числа пациентов, перенесших операции коронарной реваскуляризации. Программа реабилитации таких пациентов предполагает обязательное назначение ингибиторов синтеза холестерина.

При анализе перечня препаратов, которые применялись для лечения ГХС, выявлено, что на всех этапах ведения больных использовались исключительно ингибиторы синтеза холестерина. Наиболее часто назначались симvastатин (45 %) и аторvastатин (47 %). Розувastатин был рекомендован только 8 % больных. Во всех случаях предпочтение отдавалось генерическим формам препаратов (88 % назначений), оригинальные использовались лишь в 12 % случаев. Среди генерических форм симvastатин и аторvastатин использовались одинаково часто — в 49 и 51 % случаев соответственно.

Известно, что ежегодный прирост рынка статинов в РФ составляет более 50 % именно за счет генерических форм. Это симvastатины (вазилип, симгал, симвастол) и аторvastатины (аторис, тулип, торвакард), которые хорошо изучены в клинических исследованиях и обладают неплохой переносимостью и эффективностью в отношении снижения уровня ХС ЛПНП при значительно меньшей стоимости. Появление на российском фармацевтическом рынке доступных, терапевтически эквивалентных оригиналу генерических форм статинов дает возможность практическому врачу более активно контролировать уровень ХС ЛПНП у больных с дислипидемией [5–7].

Все препараты назначались в начальных или меньших суточных дозах: симвастатин 10–20 мг (рекомендуемая начальная доза 20–40 мг), аторвастатин 10–20 мг (рекомендуемая доза 10–80 мг), розувастатин 5 мг (рекомендуемая доза 5–40 мг). Титрования дозы препарата не проводилось ни в одном случае.

Наши результаты сопоставимы с выводами московского исследования по статинам и европейской программы REALITY. В исследовании MSS чаще всего (в 45 % случаев) применялись начальные дозы симвастатина (10 мг в сутки), что позволяет снизить уровень ХС ЛПНП максимум на 25–28 %. По данным современных регрессионных исследований, этого явно недостаточно не только для стабилизации, но даже для замедления прогрессирования атеросклероза в коронарных артериях. Помимо этого, лишь у 9 % больных дозы статинов титровались. В программе REALITY использование начальных доз статинов в большинстве европейских стран составило 80–95 % [4; 11].

В нашем исследовании неудовлетворительная ситуация выявлена с достижением целевых уровней липидов, которые были достигнуты на амбулаторном этапе только в 34 % случаев. Все больные имели сочетанную патологию (ГБ + ИБС; ГБ + ИБС + СД).

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы.

1. Гиперлипидемия среди больных сердечно-сосудистыми заболеваниями имеет большое распространение: 83 % обследованных нами пациентов нуждались в гиполипидемической терапии.

2. Частота назначения гиполипидемической терапии остается невысокой: менее половины больных получают рекомендации по лечению статинами. Принадлежность к категории очень высокого 10-летнего риска смерти от сердечно-сосудистой патологии связана с более частым назначением статинов. Пациентам с изолированными ИБС и ГБ гиполипидемическая терапия рекомендуется реже всего.

3. Отсутствует дифференцированный подход к выбору препарата: все пациенты получают исключительно ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы. Большинство пациентов принимают генерические формы симвастатина и аторвастатина в начальных дозах без последующей титрации. Целевые уровни холестерина липопротеидов низкой плотности достигаются только у трети пациентов.

4. В связи с использованием исключительно начальных доз ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы сделать заключение о частоте развития и характере побочных эффектов терапии мы сочли невозможным.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. **Алексанян Л. А.** Статины и «бремя» цивилизации: доказанная выгода при атеросклеротических заболеваниях / Л. А. Алексанян, Е. Г. Силина // Рус. мед. журн. — 2011. — № 4. — С. 110–115.
2. **Гиляревский С. Р.** На пути к расширению границ клинического применения статинов / С. Р. Гиляревский // Consilium Medicum. — 2007. — Т. 9, № 5. — С. 103–107.
3. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза. Национальные клинические рекомендации. IV пересмотр / разработ. Комитетом экспертов Всерос. науч. о-ва кардиологов (ВНОК). Секция атеросклероза. — М., 2009. — С. 2–19.
4. Основные результаты московского исследования по статинам / А. В. Сусеков, М. Ю. Зубарева, А. Д. Деев [и др.] // Сердце. — 2006. — Т. 5, № 6 — С. 324–329.
5. Рандомизированное исследование «ФОРВАТЕР»: эффект аторвастатина 10 и 20 мг на уровень липидов, СРБ и фибриногена у больных ИБС и дислипидемией / А. В. Сусеков, М. Ю. Зубарева, М. И. Трипотень [и др.] // Рус. мед. журн. — 2006. — № 10. — С. 790–795.
6. **Росторockая В. В.** Оценка эффективности и безопасности длительного применения симвастатина у больных ИБС и дислипидемией в амбулаторных условиях / В. В. Росторockая // Рус. мед. журн. — 2008. — № 16. — С. 1060–1064.
7. **Садовникова И. И.** Статины — глобальное расширение сферы влияния / И. И. Садовникова, А. В. Струтынский // Рус. мед. журн. — 2008. — № 16. — С. 1045–1050.
8. **Сусеков А. В.** Вторичная профилактика атеросклероза: 30 лет применения ингибиторов ГМГ-КоА редуктазы / А. В. Сусеков // Справ. поликлин. врача. — 2005. — Т. 5, № 6. — С. 11–16.
9. **Сусеков А. В.** Основные результаты московского исследования по статинам (Moscow Statin Survey — MSS) / А. В. Сусеков. — М. : РКИПК МЗ РФ, 2005. — 112 с.

10. **Armitage J.** The Safety of Statins in Clinical Practice / J. Armitage // Lancet. — 2007. — № 370 (9601). — P. 1781–1790.

11. Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: The ASTEROID trial / S. E. Nissen, S. J. Nicholls, I. Sipahi [et al.] // The Journal of the American Medical Association. — 2006. — № 295 (13). — P. 1556–1565.

Поступила 07.12.2012.

УДК 616.1:615.9:546.49

АНАЛИЗ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РТУТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Т. А. Созаева, Н. Ю. Лещанкина, А. А. Усанова

Проведенные исследования свидетельствуют о большой распространенности кардиальной патологии у больных с хронической профессиональной ртутной интоксикацией, причем наиболее часто встречаются артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца. Раскрываются возможные резервы как обследования пациентов, длительно контактирующих с ртутью, так и их лечения.

Актуальность. В настоящее время большой интерес исследователей вызывает проблема изучения воздействия на организм человека неблагоприятных производственных факторов. В структуре профессиональной заболеваемости Республики Мордовия ведущее место принадлежит хронической профессиональной ртутной интоксикации (ХРПИ), которая составляет около 40 % от всех случаев [1].

Соединения ртути являются универсальными ингибиторами многих ферментных систем, что обуславливает полиорганность ртутных поражений [4]. Чаще всего поражаются нервная, костно-мышечная, пищеварительная, мочеполовая системы. Ряд авторов свидетельствуют о том, что испарения ртути приводят к более ранней манифестации и прогрессированию широко распространенных общих заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых [2; 7]. В связи с этим представляется актуальным изучить особенности кардиальной патологии при ХРПИ.

Цель работы — изучение распространенности и структуры заболеваний сердечно-сосудистой системы у лиц, страдающих ХРПИ (по данным Республиканского профпатологического центра).

Материалы и методы исследования.

Работа выполнена в Республиканском профпатологическом центре МУЗ «ГКБ № 5» г. о. Саранск в 2011–2012 гг. Обследовано 45 пациентов с клиническим диагнозом «хроническая профессиональная ртутная интоксикация». Программа обследования включала: изучение жалоб и анамнеза заболевания, профессионального маршрута; объективное обследование больных; проведение лабораторных и инструментальных методов исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови на общий холестерин (ХС), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ), сахар, креатинин, мочевины; анализ мочи на содержание ртути; электрокардиографию (ЭКГ), эхокардиоскопию (ЭхоКС).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением статистических программ Microsoft Office XP и Excell, включая расчеты средних арифметических ($\bar{x}$), ошибок средних арифметических ($\pm m$), оценку достоверности различий между группами по t -критерию Стьюдента

© Созаева Т. А., Лещанкина Н. Ю., Усанова А. А., 2013