

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С РОЗУВАСТАТИНОМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ И В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

С. Исламова,
Г. Бабушкина, доктор медицинских наук, профессор
Городская клиническая больница №13, Уфа
E-mail: svetlana-islamov@mail.ru

Показана эффективность применения различных доз розувастатина в комплексной терапии пациентов с острым коронарным синдромом и в постинфарктном периоде по данным липидограммы и показателя внутрисердечной гемодинамики.

Ключевые слова: острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, розувастатин, постинфарктный период, внутрисердечная гемодинамика, липидограмма.

В настоящее время смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) занимает 1-е место среди всех причин летального исхода. По данным Роскомстата, в 2011 г. показатель смертности составил в Российской Федерации (РФ) 753 на 100 тыс. населения, что существенно отличается от уровня в развитых странах мирового сообщества. В 2013 г. население РФ сократилось на 990 тыс. человек. С учетом этих данных 2015 г. в РФ был объявлен годом борьбы с ССЗ.

Основную долю среди ССЗ занимает инфаркт миокарда (ИМ). У женщин ИМ отмечается реже, чем у мужчин, в 2,5–5,0 раза. При этом в возрасте 40–59 лет ИМ у мужчин встречается в 0,2–0,6% случаев, в возрасте 60–64 лет – в 1,7% [1]. Общая смертность при ИМ достигает 30–50%.

В механизме развития ИМ основную роль играет дестабилизация атеросклеротической бляшки (АТБ), что приводит к ее разрыву и эрозии с последующим стенозом или окклюзией коронарной артерии (КА). В результате активной воспалительной реакции фиброзная оболочка АТБ пропитывается цитокинами, пенстыми клетками, Т-лимфоцитами и макрофагами, уменьшается выработка коллагена гладкомышечных клеток, разрушается эластин. Локальное воспаление приводит к прогрессированию атеросклеротического процесса [1].

Согласно современным рекомендациям, терапия ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы (статины) является важным направлением в лечении острого коронарного синдрома (ОКС) [2–5]. Нарушение липидного обмена в виде повышения уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) приводит к эндотелиальной дисфункции. Плейотропные свойства статинов являются важным фактором лечения в остром периоде ИМ.

С целью определения эффективности приема различных доз розувастатина в комплексном лечении больных ОКС с подъемом сегмента ST и в постинфарктном периоде нами на

базе городской клинической больницы №13 Уфы проведено обследование 60 пациентов мужского пола в возрасте от 38 до 70 лет, поступивших в стационар с первичным Q-ИМ. Критериями включения в исследование были: мужской пол, возраст до 70 лет, наличие первичного Q-ИМ; критериями исключения – перенесенный ИМ в анамнезе, тяжелое течение сахарного диабета, выраженная почечная и печеночная патология, кардиомиопатии, онкопатология.

Пациентов случайным методом разделили на 2 группы: в 1-й больные (n=30) получали розувастатин в дозе 20 мг/сут, во 2-й (n=30) – в дозе 40 мг/сут. Стандартная терапия ИМ включала тромболитическую терапию, двойную дезагрегантную, антикоагулянтную терапию, β-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, нитраты.

Средний возраст пациентов в 1-й группе составил 54,15±6,02 года, во 2-й группе – 55,43±6,94 года. При поступлении в стационар, через 3 нед и через 3 мес лечения оценивали следующие показатели: общий холестерин (ОХ), содержание ЛПНП, триглицеридов (ТГ), креатинфосфокиназы, аланин- и аспаратаминотрансферазы, эхокардиографические (ЭхоКГ) показатели: толщину межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), конечный систолический (КСО) и диастолический (КДО) объем, ударный объем (УО), фракцию выброса (ФВ).

По данным липидограммы, в 1-й группе показатели ОХ снизились (M±δ) с 5,18±1,2 ммоль/л при поступлении до 3,98±0,81 ммоль/л через 3 нед и до 3,96±0,66 ммоль/л через 3 мес (p<0,001), ЛПНП – соответственно с 3,29±0,69 до 2,3±0,85 и 2,27±0,84 ммоль/л (p<0,001), ТГ – с 1,9±0,89 до 1,76±0,85 и 1,72±0,2 ммоль/л (p>0,05).

Во 2-й группе наблюдалась следующая динамика показателей: уменьшение ОХ с 4,98±0,66 до 3,61±0,68 ммоль/л через 3 нед и до 3,52±0,54 ммоль/л через 3 мес (p<0,001); ЛПНП – соответственно с 3,27±0,69 до 1,93±0,64 и 1,82±0,41 ммоль/л (p<0,001); ТГ – с 1,87±0,82 до 1,51±0,42 и 1,49±0,31 ммоль/л (p<0,05).

В течение 3 мес наблюдения побочных эффектов приема розувастатина в группах не выявлено, что коррелировало со статистически значимым (p<0,01–0,001) снижением уровня трансаминаз.

По данным ЭхоКГ, в 1-й группе отмечена тенденция к уменьшению толщины МЖП с 1,16±0,17 до 1,12±0,15 см, ЗСЛЖ – с 1,15±0,12 до 1,10±0,13 см, КДО – с 138,4±39,1 до 130,43±36,8 мл; КСО – с 71,12±26,05 до 64,27±20,31 мл, а также к увеличению УО с 68,0±17,2 до 70,64±18,50 мл при практически не изменившемся показателе ФВ – соответственно 50,07±6,40 и 51,00±6,35%.

Во 2-й группе имела тенденция к уменьшению толщины МЖП с 1,17±0,16 до 1,14±0,1 см, ЗСЛЖ – с 1,13±0,13 до 1,06±0,1 см; КДО – с 138,4±36,96 до 136,13±40,23 мл; КСО – с 68,66±27,01 до 65,88±23,33 мл (p>0,05) и увеличению – УО с 68,03±16,44 до 76,01±12,02 мл (p>0,05) при статистически значимо возросшем уровне ФВ – с 50,1±6,2 до 55,26±6,10% (p<0,05).

Исследованы конечные точки: смерть, повторный ИМ, острое нарушение мозгового кровообращения, госпитализация в стационар в связи с прогрессирующей стенокардией, декомпенсацией сердечной недостаточности и необходимостью проведения коронарных вмешательств. В 1-й группе отмечены 2 летальных исхода и 1 повторная госпитализация. Один пациент умер через 6 сут после поступления в стационар (при поступлении у него наблюдались осложнения ИМ в виде кардиогенного шока и полной поперечной блокады), другой – через 1 мес (на вскрытии установлено, что причиной смерти явился разрыв аневризмы аорты). Случай повторной госпитализации был связан с прогрессирующей стенокардией и необходимостью проведения коронарных вмешательств.

Во 2-й группе случаев смерти не наблюдалось, выявлены 2 повторные госпитализации в течение 3 мес наблюдения, связанные с декомпенсацией сердечной недостаточности.

Таким образом, на фоне приема розувастатина в дозе 20 мг/сут у перенесших Q-ИМ наблюдалась нормализация уровня ЛПНП: у 23% пациентов – через 3 нед, у 34% – через 3 мес. У 63% больных, принимавших розувастатин в дозе 40 мг/сут, наблюдалась нормализация ЛПНП через 3 нед и у 70% больных – через 3 мес, что коррелировало с увеличением ФВ (p<0,05) по результатам ЭхоКГ в данной группе, благоприятно влияя на прогноз заболевания. В обеих группах побочные эффекты отсутствовали, что сопровождалось значимым снижением уровня трансаминаз (p<0,01–0,001).

Литература

1. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система: учеб. пособие. 3-е издание / М.: МЕДпресс-информ, 2013; с. 495.
2. Джаиани Н.А. Применение статинов при остром коронарном синдроме. Позиции розувастатина // Рус. мед. журн. – 2014; 18: 1345–8.
3. Hamm C., Bassand J., Agewall S. et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. – 2011; 32: 2999–3054.
4. Erbs S., Beck E., Linke A. et al. High-dose rosuvastatin in chronic heart failure promotes vas-culogenesis, corrects endothelial function, and improves cardiac remodeling-results from a randomized, double-blind, and placebo-controlled study // Int. J. Cardiol. – 2011; 146 (1): 58–63.
5. Pitt B., Loscalzo J., Moryak J. et al. Comparison of Lipid-Modifying Efficacy of Rosuvastatin Versus Atorvastatin in Patient With Acute Coronary Syndrome (from the LUNAR) // Am. J. Cardiol. – 2012; 109 (9): 1239–46.

EFFICIENCY OF COMBINATION THERAPY WITH ROSUVASTATIN FOR ACUTE CORONARY SYNDROME AND IN THE INFARCTION PERIOD

S. Islamova; Professor G. Babushkina, MD
City Clinical Hospital Thirteen, Ufa

The paper shows the efficiency of using different rosuvastatin doses in the combination therapy of patients with acute coronary syndrome and in the postinfarction period according to lipidogram readings and intracardiac hemodynamic parameters.

Key words: acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, rosuvastatin, postinfarction period, intracardiac hemodynamic parameters, lipidogram.