

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ИЗМЕНЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

С. Исламова,

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

Показана корреляционная взаимосвязь между изменениями липидного спектра крови, толщиной комплекса интима-медиа и степенью стеноза сонных артерий при остром коронарном синдроме и в постинфарктном периоде.

Ключевые слова: кардиология, острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, розувастатин, постинфарктный период, атеросклероз, липидограмма, толщина комплекса интима-медиа.

В Российской Федерации 57% смертности от неинфекционных заболеваний приходится на сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в том числе 40% — на возрастную группу от 25 до 64 лет [1]. Патогенетической основой развития ССЗ является атеросклероз. В то же время известны случаи инфаркта миокарда (ИМ) на фоне минимальных морфологических изменений или при полном их отсутствии именно в молодом возрасте [2].

Атеросклероз — генерализованное сосудистое заболевание, которое характеризуется образованием атеросклеротической бляшки (АСБ) в стенке сосуда, вызывающим его сужение. Нестабильность АСБ с разрывами и эрозиями фиброзной оболочки может привести к образованию окклюзирующего тромба в коронарных сосудах, в результате чего развивается ИМ. У молодых мужчин, перенесших Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ), были выявлены глобальные структурно-геометрические нарушения левого желудочка, сохраняющиеся в течение 5 лет

наблюдения [2]. Несомненно, повышенный уровень липидов крови влияет на формирование атеросклероза.

Лидером медикаментозной терапии гиперлипидемии являются ингибиторы фермента — редуктазы 3-гидрокси-3-метилглутарилкоэнзима А, или статины. Наиболее выраженный гиполипидемический эффект у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) доказан при приеме розувастатина, причем дозировка 40 мг оказалась наиболее эффективной [3, 4]. В исследованиях ASTEROID [5], METEOR [6, 7] показано влияние розувастатина на регресс АСБ в коронарных и мозговых артериях. Плейотропные свойства розувастатина также являются важным фактором в лечении ИМ [8].

Нами на базе Городской клинической больницы №13 Уфы с целью определения эффективности различных доз розувастатина в комплексном лечении больных острым Q-ИМ и в отдаленном периоде (в течение 6 мес лечения) наблюдались 60 мужчин в возрасте от 38 до 70 лет, поступивших в стационар с первичным Q-ИМ. Критериями исключения были: перенесенный ИМ в анамнезе, тяжелое течение сахарного диабета, тяжелая почечная и печеночная патология, онкопатология, кардиомиопатии.

Пациенты были разделены на 2 группы: в 1-й (n=30) проводилось лечение розувастатином в дозе 20 мг/сут, во 2-й (n=30) — 40 мг/сут. В стандартную терапию ИМ входили тромболитическая терапия по показаниям, двойная дезагрегантная, антикоагулянтная терапия, β-блокаторы, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, нитраты.

Средний возраст больных в 1-й группе составил 54,15±1,2 года, во 2-й — 55,43±1,2 года. В момент поступления в стационар, через 3 нед, 3 и 6 мес оценивали следующие биохимические показатели крови: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, креатинфосфокиназу (КФК), аланин- (АЛТ) и аспартатаминотрансферазу (АСТ), а также показатели ультразвуковой диагностики магистральных артерий головы (УЗДС МАГ): толщину комплекса интима-медиа (ТИМ), наличие АСБ, степень стеноза сонных артерий.

На фоне приема розувастатина в дозе 20 мг/сут целевой уровень ЛПНП был достигнут у 23% пациентов через 3 нед, у 34% — через 3 мес, а во 2-й группе — у 63% больных через 3 нед и у 70% — через 3 мес. Полученный эффект сохранялся в обеих группах в течение последующих 3 мес наблюдения (рис. 1).

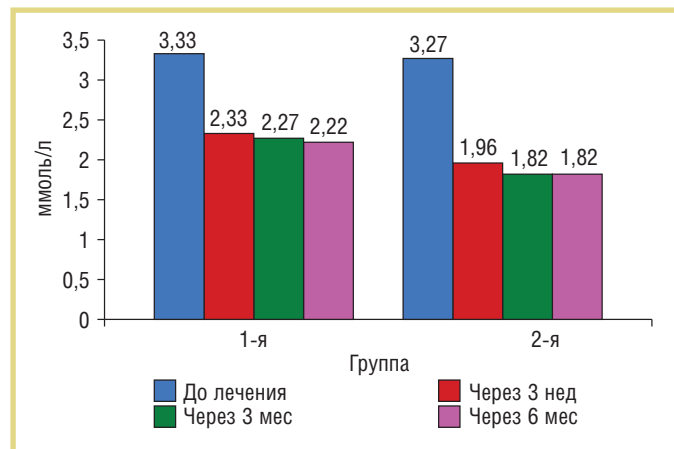


Рис. 1. Изменение показателей ЛПНП в 2 группах наблюдения за 6 мес лечения

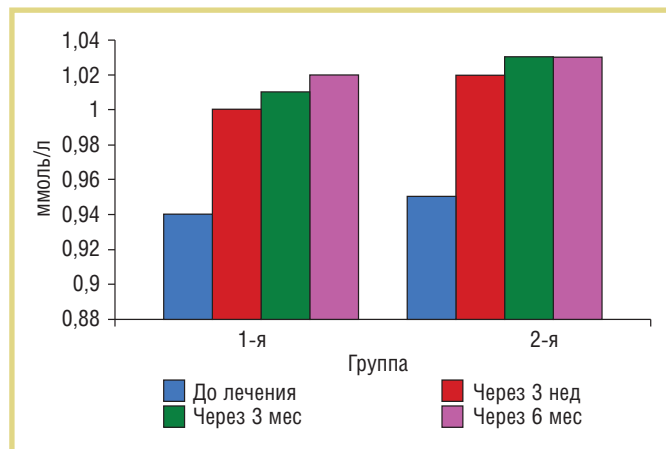


Рис. 2. Изменения показателей ЛПВП в 2 группах наблюдения за 6 мес лечения

В 1-й группе содержание ЛПВП увеличилось через 3 нед, 3 и 6 мес соответственно на 7; 7,8 и 8%, во 2-й — на 8; 8,7 и 8,9% (рис. 2).

ТИМ на фоне приема розувастатина в 1-й группе практически не изменялась (уменьшение с $0,85 \pm 0,05$ до $0,83 \pm 0,16$ см через 6 мес наблюдения), во 2-й изменения в эти сроки были более выраженными (с $0,89 \pm 0,03$ до $0,81 \pm 0,02$ см; $p < 0,05$).

Корреляционный анализ взаимосвязи роста ТИМ от показателей ОХ (рис. 3), продемонстрировал прямую среднюю связь между данными показателями ($r = 0,65$; $p < 0,05$).

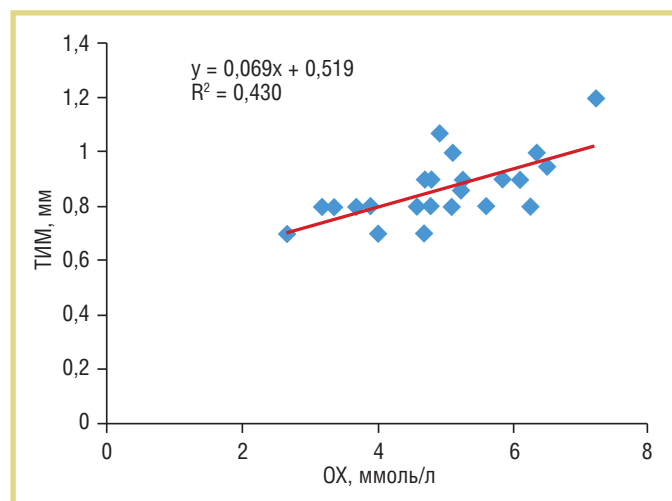


Рис. 3. Корреляционный анализ взаимосвязи роста ТИМ с показателями ОХ у больных ОИМ

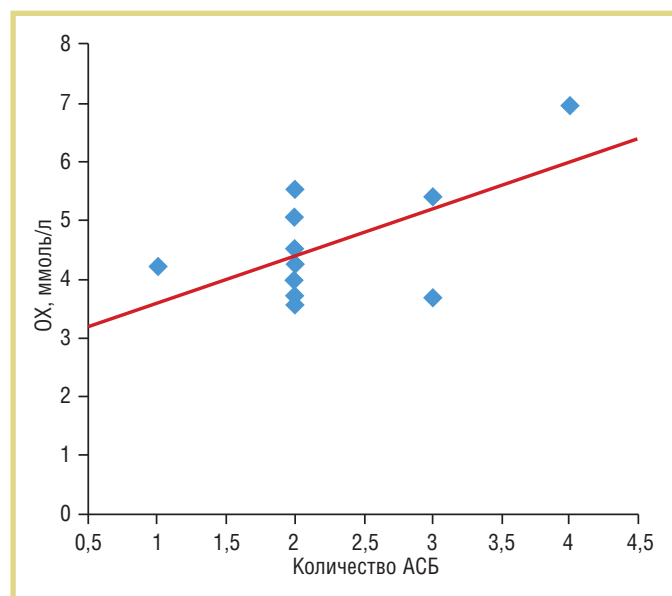


Рис. 4. Корреляционный анализ связи между уровнем ОХ и количеством АСБ

В обеих группах в сонных артериях имелись АСБ с разной степенью стеноза. В 75% случаев имелся стеноз на уровне внутрених сонных артерий. В течение 6 мес наблюдалась тенденция к снижению стеноза сонных артерий на фоне приема розувастатина в 1-й группе с $31,46 \pm 1,59$ до $26,85 \pm 1,28\%$; во 2-й — с $31,71 \pm 2,23$ до $24,26 \pm 2,70\%$ ($p < 0,05$). Также была выявлена средняя прямая корреляционная связь между уровнем ОХ и количеством АСБ (рис. 4).

Таким образом, достижение целевых уровней ЛПНП наблюдалось у 34% больных ОКС, принимавших в комплексной терапии розувастатин в дозе 20 мг/сут и у 70% больных — в дозе 40 мг/сут в течение 3 мес, что сопровождалось увеличением уровня ЛПВП соответственно на 7,8 и 8,7%. Полученные результаты сохранялись в течение последующих 3 мес наблюдения при приеме данных дозировок статина.

Корреляционный анализ взаимосвязи роста ТИМ и количества АСБ с показателями ОХ выявил прямую среднюю связь (соответственно $r = 0,65$; $p < 0,05$ и $r = 0,6$; $p < 0,05$). Причем наиболее выраженное снижение уровня ОХ и ЛПНП во 2-й группе (на фоне приема розувастатина в дозе 40 мг/сут) сопровождалось уменьшением ТИМ и снижением стеноза в области сонных артерий через 6 мес наблюдения ($p < 0,05$).

Литература

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Колтунов И.Е. и др. Необходимые условия для профилактики сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний в Российской Федерации // Кардиоваск. тер. и профилактик. — 2010; 9 (6): 4–9.
2. Булатова О., Бабушкина Г., Буженица С. и др. Постинфарктное ремоделирование левого желудочка у молодых больных // Врач. — 2013; 9: с. 75–7.
3. Исламова С., Бабушкина Г. Эффективность комплексной терапии с розувастатином при остром коронарном синдроме и в постинфарктном периоде // Врач. — 2015; 12: 68–9.
4. Pitt B., Loscalzo J., Monyak 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.
5. Nissen S., Nicholls S., Sipahi I. et al. Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis // JAMA. — 2006; 295: 1556–65.
6. Crouse J. III, Raichlen J., Riley W. et al. Effect of rosuvastatin on progression of carotid intima-media thickness in low-risk individuals with subclinical atherosclerosis // JAMA. — 2007; 297: 1344–53.
7. Lind L., Peters S., den Ruijter H. et al. Effect of rosuvastatin on the echolucency of the common carotid intima-media in low-risk individuals: the METEOR trial // J. Am. Soc. Echocardiogr. — 2012; 25 (10): 1120–7.
8. Du R., Ye P., Yan G. et al. Effect of intensive rosuvastatin therapy on adhesion molecules and the upstream mechanism in patients with peripheral atherosclerosis // Nan. Fang.Yi Ke Da Xue Xue Bao. — 2012; 32(11): 1610–4.

CORRELATING CHANGES OCCURRING IN ACUTE CORONARY SYNDROME

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

The paper shows a correlation between combination therapy for acute coronary syndrome and in the postinfarction period and blood lipid spectrum changes, intima-media complex thickness, and degree of carotid stenosis.

Key words: cardiology, acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, rosuvastatin, postinfarction period, atherosclerosis, lipidogram, intima-media complex thickness.