

УДК616.12-005.4:616-008.6

*Хужамбердиев М.А., Маматхужаев З.С.*

*Андижанский государственный медицинский институт*

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДИСЛИПИДЕМИИ**

*Резюме* В статье представлен патогенез развития дислипидемии и ассоциированных ИБС с позиции нарушения липидного обмена. Показана роль изменения природного механизма холестеринового гомеостаза, функциональных расстройств энтерогапатической циркуляции желчных кислот, внутрипеченочного холестаза вследствие нарушения ретикулоэндотелиальной системы, влекущего за собой нарушение функций конкретного органа-мишени, с одной стороны, и развитие атеросклеротического процесса с ишемическими синдромами — с другой. Представлен диагностический и лечебный алгоритм.

*Ключевые слова:* дислипидемия, сердечно сусудистая заболевания, холестериноз, холестероз желчного пузыря, неалкогольный стеатоз печени, атеросклероз.

*Khuzhamberdiev M. A., Mamatkhushev Z. S.*

*Andijan State Medical Institute*

## **FEATURES OF THE COURSE OF CORONARY HEART DISEASE IN DYSLIPIDEMIA**

*Resume:* The article presents the pathogenesis of dyslipidemia and associated coronary heart disease from the perspective of lipid metabolism disorders. The role of changes in the natural mechanism of cholesterol homeostasis, functional disorders of enterohepatic circulation of bile acids, intrahepatic cholestasis due to a violation of the reticuloendothelial system, resulting in a violation of the functions of a specific target organ, on the one hand, and the development of an atherosclerotic process with ischemic

syndromes, on the other hand, is shown. A diagnostic and therapeutic algorithm is presented.

**Key words:** dyslipidemia, cardiovascular diseases, cholesterol, gallbladder cholesterol, non-alcoholic liver steatosis, atherosclerosis.

**Актуальность.** Среди сердечно-сосудистых заболеваний ведущее место занимают ИБС (51%) и инфаркт миокарда (27%), которые обусловлены атеросклеротическим поражением коронарных и мозговых артерий[4,7].

К концу XX столетия в кардиологии сложились четкие представления о причинах развития коронарной болезни сердца (КБС), её профилактике и факторах прогноза.

В наиболее крупных эпидемиологических исследованиях (Фремингемское, MRFIT) была обнаружена отчетливая корреляция между концентрацией холестерина в крови и уровнем смертности от ИБС. Выполненное в 1986 году исследование MRFIT доказало, что смертность при КБС и уровень холестерина – взаимосвязанные показатели: чем ниже уровень холестерина, тем меньше риск смерти[1,5].

Результаты исследований по применению статинов позволили сделать вывод о том, что холестерин является модифицируемым фактором риска.

Давно замечено, что повышенный уровень холестерина в крови значительно увеличивает риск заболевания ИБС. В тех странах, где средний уровень холестерина невысок (Китай, Индонезия, Япония), смертность от ИБС невелика[3,6].

В странах, где уровень холестерина в крови высок (большинство стран Запада), ИБС, напротив, является наиболее частой причиной смерти. Средний уровень холестерина в популяции напрямую связан с потребляемой диетой. Резкое увеличение заболеваемости и смертности от ИБС, наблюдавшееся в странах Запада в 1-й половине 20-го века, было

напрямую связано с увеличением потребления жира, в первую очередь, в виде жирных мясных продуктов[8].

Кроме того, на этот процесс повлияло значительное увеличение распространенности курения, а также существенное снижение физической активности населения. Кроме того, внутри популяции также существует четкая связь между заболеваемостью и смертностью от ИБС и уровнем холестерина в крови[3,6]. Этот факт был доказан во многих крупных эпидемиологических исследованиях.

**Цель исследования.** Целью гиполипидемической терапии (табл. 6) для больных ИБС является снижение общего холестерина  $< 4,5$  ммоль/л и ХС ЛНП

**Материалы и методы исследования.** Первую категорию составляют больные с ИБС и/или клиническими проявлениями атеросклероза другой локализации, которые наиболее нуждаются в активной вторичной профилактике, включающей немедикаментозные и медикаментозные методы.

Во вторую категорию включены пациенты без клинических проявлений ИБС и её эквивалентов, но с наличием нескольких факторов риска (ФР), у которых риск развития ССЗ в течение 10 лет составляет 5% и выше. Этим пациентам необходимо проводить активные профилактические мероприятия, включающие диету, повышение физической активности, коррекцию веса, прекращение курения.

К третьей категории отнесены лица, которые имеют ближайших родственников с ранним началом ИБС или другими сосудистыми заболеваниями.

**Результаты исследования.** При СД в 2-4 раза повышается риск возникновения сердечно-сосудистых расстройств, которые у лиц с СД 2 типа обуславливают 75% общей заболеваемости и смертности. Диабет ускоряет развитие атеросклероза, который нередко начинается еще до

появления клинических признаков и установления гипергликемии. На момент выявления диабета у половины больных уже имеется ИБС. Усиливается также образование бляшек и атеросклеротических изменений в коронарных артериях, мозговых и периферических сосудах.

Ввиду тесной взаимосвязи между СД и ССЗ на эпидемиологическом и патофизиологическом уровнях Национальная программа распространения знаний о холестерине среди взрослых (NCEP ANP-III) определяет СД как эквивалент риска ССЗ. Больным СД показана такая же терапия, как и лицам с ИБС.

В зависимости от степени риска развития и прогрессирования ССЗ подходы к гиполипидемической терапии строятся следующим образом. Больные с наибольшим риском развития ССЗ (ИБС, атеросклероз мозговых и периферических артерий, аневризма брюшного отдела аорты, СД) нуждаются в безотлагательном назначении гиполипидемической терапии. Отсутствие клинических проявлений ССЗ, но наличие нескольких или одного выраженных ФР предполагает назначение немедикаментозного лечения. Если в течение 3 месяцев не удалось достигнуть целевых уровней нормализации липидного профиля или если фатальный 10-летний риск по шкале SCORE > 5% назначают медикаментозную терапию. Больным, в семьях которых имелись случаи раннего развития ИБС, других сосудистых заболеваний необходимо дать рекомендации по изменению образа жизни и наблюдать их 1 раз в год. Однако, если у них 10-летний риск фатальных осложнений ССЗ по шкале SCORE > 5% им следует назначить гиполипидемическую терапию.

Больному необходимо снизить вес до оптимального. Для оценки оптимального веса можно пользоваться индексом массы тела (ИМТ) = вес в кг/рост в м<sup>2</sup>). Нормальный ИМТ находится в пределах 18,5-24,9 кг/м<sup>2</sup>. В настоящее время для оценки избыточного веса или ожирения прибегают к измерению окружности талии (ОТ). В норме у мужчин ОТ не должна

превышать 94 см, у женщин 80 см. Превышение ОТ у мужчин свыше 102 см, у женщин 88 см — показатель абдоминального ожирения. Повышение физической активности предполагает 3-5 раз в неделю совершать пешие прогулки в темпе, позволяющем достичь ЧСС до 60-70% от максимально допустимой для данной возрастной группы. Продолжительность физической нагрузки должна составлять 30 – 40 мин 4 – 5 раз в неделю, или 45 35 – 60 мин до 3 – 4 раз в неделю. В качестве динамической нагрузки можно рекомендовать велотренажер, тредмил, дозированную ходьбу, плавание, лыжные прогулки. Употребление алкоголя возможно в умеренных количествах (до 30г\сут чистого алкоголя). Это количество алкоголя содержится в 50 мл крепких напитков или 150г сухого вина, или 380г пива. Следует помнить, что алкогольные напитки являются дополнительным источником калорий.

**Вывод.** Важнейшим фактором развития и прогрессирования сердечнососудистых заболеваний является нарушение липидного обмена. Поэтому основным аспектом их профилактики является выявление лиц с нарушенным липидным обменом без клинических проявлений ишемической болезни сердца.

Среди населения сохраняется высокое распространение основных факторов риска. Среди модифицируемых факторов риска большое значение имеет дислипидемия. Между тем, число лиц, получающих адекватную гиполипидемическую терапию, в нашей стране невелико. Это диктует необходимость просвещения лечащих врачей в вопросах диагностики и коррекции нарушений липидного обмена.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Аронов Д.М. Место никотиновой кислоты в лечении атеросклероза и атерогенных дислипидемий.// В сборнике «Применение эндурацина при сердечно-сосудистой патологии. М. 2009. С.98-101

2. Дедов И.И., Александров А.А. Диабетическое сердце: основные закономерности.// М., 2014. 20 с

3. Мамедов М., Перова Н, Косматова О, Хадипашин Л, Оганов Р. Перспективы коррекции проявлений метаболического синдрома: влияние сочетанной гипотензивной и гиполипидемической терапии на уровень суммарного коронарного ринита и тканевую инсулинорезистентность. //Кардиология. 2013. том 43. № 3. С. 13-15

4. Фаучи Э., Браунвальд Ю., Иссельбахер К.и др. Нарушения обмена веществ //Внутренние болезни по Т.Р. Харрисону/ Под редакцией Фаучи Э., Браунвальда Ю., Иссельбахера К. и др. М.: 2012, С.2590-2603.

5. Чазов Е.И., Беленков Ю.Н. Рациональная фармакотерапия сердечнососудистых заболеваний //Руководство для практикующих врачей/ Под общей редакцией Чазова Е.И., Беленкова Ю.Н. М.: 2014. С. 191-209, 278- 293

6. Gagne C, Gaudet D, Bruckert E. Efficacy and safety of ezetimibe coadministered with atorvastatin or simvastatin in patients with homozygous familial hypercholesterolemia.// Circulation. 2012. V.105:24 P.69-75.

7. Thomas Pearson, MD, PhD, MPH, University of Rochester School of Medicine (Rochester, New York) EASE: Ezetimibe Add-on to Statin for Effectiveness Trial.// American College of Cardiology. Annual Scientific Session. 2014.

8. Vermaak W, Pinto X, Ponsonnet D, et al. Heterozygous familial hypercholesterolemia: co administration of ezetimibe plus atorvastatin [abstr].// Atherosclerosis. 2012. V.3(suppl. 2):2 P.30-31.