

ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Махсудов Оятилло Мухибиллаевич
Андижанский государственный медицинский институт,
Ассистент, кафедра пропедевтики внутренних болезней
Самарканд, Узбекистан.

Ярматов Сувон Тотлибоевич
Самаркандский государственный медицинский институт,
Ассистент, кафедра пропедевтики внутренних болезней
Самарканд, Узбекистан.

Аннотация. Гиполипидемическую терапию следует назначать как можно раньше для увеличения приверженности пациента к лечению после выписки из больницы. Анализ уровня липидов следует повторно проводить через 4–6 недель после развития ОКС для оценки достижения целевых показателей лечения и наличия каких-либо проблем по безопасности

Ключевые слова: ХС-ЛПНП, ОКС, статины, эзетимиб, ингибиторами PCSK9, Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты.

Annotation. Hypolipidemic therapy should be prescribed as early as possible to increase the patient's adherence to treatment after discharge from the hospital. Lipid level analysis should be repeated 4-6 weeks after the development of ACS to assess the achievement of treatment targets and the presence of any safety problems

Keywords: LDL-C, ACS, statins, ezetimibe, PCSK9 inhibitors, Omega-3 polyunsaturated fatty acids.

Уровни ХС-ЛПНП имеют тенденцию к снижению в первые дни после развития ОКС, в связи с этим липидный профиль должен быть определен как можно скорее после госпитализации по поводу ОКС. При это состояние натошак необязательно, поскольку потребление пищи мало влияет на уровень ХС-ЛПНП.

Статины. Данные РКИ и метаанализов показывают, что рутинное раннее назначение высокоинтенсивной терапии статинами обеспечивает быстрое достижение стойких клинических преимуществ. Рекомендуется назначать высокоинтенсивную терапию статинами всем пациентам с ОКС, ранее не получавшим статины, при отсутствии противопоказаний, независимо от начального уровня ХС-ЛПНП. Цель лечения заключается в снижении уровня ХС-ЛПНП на 50 % относительно исходного и достижении целевого уровня ХС-ЛПНП $< 1,4$ ммоль/л (< 55 мг/дл). У пациентов с рецидивом событий в течение 2 лет на фоне терапии статинами в максимально переносимых дозах в качестве целевого уровня ХСЛПНП следует рассматривать $< 1,0$ ммоль/л (< 40 мг/дл). У пациентов, на момент госпитализации получающих терапию статинами низкой или умеренной интенсивности, должна быть увеличена ее интенсивность, кроме случаев, когда в анамнезе имеются четкие указания на непереносимость высокоинтенсивной терапии статинами. Целесообразность назначения менее интенсивной терапии статинами следует рассматривать у пациентов с высоким риском развития побочных эффектов, например у лиц пожилого возраста, у 80 пациентов с нарушением функции печени или почек или в случае возможного лекарственного взаимодействия с другими жизненно необходимыми сопутствующими препаратами. В ходе предварительно запланированного анализа было отмечено значимое снижение относительного риска МАСЕ на 28 % у пациентов, которым проводили ЧКВ (65 % всех пациентов). Еще больший положительный эффект (снижение относительного риска на 46 %) был отмечен при проведении

ретроспективного анализа, включающего данные 865 пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST (ИМСПИСТ), которым была выполнена реперфузия методом первичного ЧКВ.

Эзетимиб. В исследовании IMPROVE-IT добавление эзетимиба к терапии симвастатином обеспечивало дополнительный положительный эффект (снижение относительного риска на 6,4 % по комбинированной клинической конечной точке) у пациентов, перенесших ОКС. Клиническое преимущество, связанное с добавлением эзетимиба, было сопоставимым между подгруппами пациентов, а также приводило к снижению общей частоты сердечно-сосудистых событий, частоты инсульта, и повторных госпитализаций. Пациенты с более высоким атеротромботическим риском (на основании оценки риска по шкале TIMI [тромболизис при инфаркте миокарда, Thrombolysis In Myocardial Infarction] с целью вторичной профилактики) получали наибольшую пользу от добавления эзетимиба. В другом рандомизированном открытом исследовании с участием 1734 пациентов с ОКС добавление эзетимиба к терапии статинами умеренной интенсивности (питавастатин 2 мг) не приводило к улучшению исходов в целом, но обеспечивало снижение по комбинированной первичной конечной точке (смерть, ИМ, инсульт, нестабильная стенокардия и реваскуляризация, связанная с ишемией) в течение 3,9 года наблюдения у пациентов с повышенным всасыванием холестерина в кишечнике (на основании повышенного уровня ситостерола).

Ингибиторы пропротеиновой конвертазы субтилизин/кексин типа. В исследовании FOURIER с участием 27 564 пациентов с атеросклеротическим ССЗ добавление эволокумаба к терапии статинами (69 % высокоинтенсивная терапия) привело к снижению относительного риска комбинированной первичной конечной точки на 15 % в течение 2,2 года наблюдения. Сопоставимые результаты были получены в подгруппе пациентов с ИМ в анамнезе (81 % всех пациентов). Субанализ данных исследования FOURIER показал, что у пациентов, у которых было достигнуто максимальное

снижение уровня ХС-ЛПНП на фоне лечения ингибиторами PCSK9, также был минимизирован риск будущих. В исследовании ODYSSEY с участием 18 924 пациентов, недавно перенесших ОКС (за 1–12 месяца до включения, медиана 2,6 месяца), добавление алирокумаба к терапии статинами (89 % высокоинтенсивная терапия) также привело к снижению относительного риска комбинированной первичной конечной точки на 15 % и было связано с относительным снижением смертности по любой причине на 15 % в течение 2,8 года наблюдения. В этих двух крупных исследованиях о серьезных побочных эффектах или проблемах по безопасности не сообщалось. Еще предстоит определить оптимальные сроки начала лечения ингибиторами PCSK9 после ОКС и его влияние на клинические исходы. На основании имеющихся данных рекомендуется начинать лечение ингибиторами PCSK9 у пациентов с ОКС, у которых не достигнуты соответствующие целевые уровни ХС-ЛПНП спустя 4–6 недель на фоне терапии статинами в максимально переносимой дозе в сочетании с эзетимибом. У пациентов с ОКС, у которых уровень ХС-ЛПНП не соответствует целевому еще до развития неблагоприятного события, несмотря на прием статина в максимально переносимой дозе в сочетании с эзетимибом, следует рассматривать возможность назначения ингибитора PCSK9 в ранние сроки после развития данного события (во время госпитализации по поводу ОКС при наличии такой возможности).

Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты. В одном исследовании (исследование, проведенное итальянской группой по изучению выживаемости после инфаркта миокарда [GISSI-P]) прием высокоочищенных омега-3 ПНЖК способствовал снижению смертности у пациентов, перенесших ИМ, но в последующих исследованиях с использованием современных подходов к медикаментозной вторичной профилактике влияния на клинические исходы отмечено не было. В недавнем метаанализе имеющихся данных РКИ не было отмечено снижения смертности, частоты ИМ или больших сосудистых событий на фоне приема омега-3 ПНЖК, в том

числе в подгруппе пациентов с известным КА. В связи с этим рутинное назначение омега-3 ПНЖК не рекомендуется.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Franco M., Ordunez P. B. Caballero MD PhD, and R. S. Cooper Obesity reduction and its possible consequences: What can we learn from Cuba's Special Period? // *Can. Med. Assoc. J.* – 2008. – V.178(8). – P.1032 – 1034.
2. Franco M., Orduñez P. Impact of Energy Intake, Physical Activity, and Population-wide Weight Loss on Cardiovascular Disease and Diabetes Mortality in Cuba, 1980–2005. // *American Journal of Epidemiology.* – 2007. – V.166(12). – P.1374-1380.
3. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of ESH/ESC 2007 / G. Mancia, G. De Backer, A. Dominiczak [et al.] // *J. Hypertens.*— 2007.— № 25.— P. 1105–1187.
4. Khandelwal S, Reddy KS. Eliciting a policy response for the rising epidemic of overweight-obesity in India. // *Obes Rev.* – 2013. – V.14(2). – P.114-25.
5. Атаханова Н.С. Частота факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Ферганской долины // *Re-Health journal* 2020, №2-3 (6), стр 1-3.
6. Максудов О.М., Атаханова Н.С. Оценка состояние липидного спектра крови у больных с ишемической болезнью сердца // *Re-Health journal* 2020, №4, стр 65-70.
7. Herttua K., Mäkelä P., Martikainen P. Changes in alcohol-related mortality and its socioeconomic differences after a large reduction in alcohol prices: a natural experiment based on register data. // *Am J Epidemiol.* – 2008. – V.168(10). – P.1110–1118.