

PLACE OF HYPOLIPIDEMIC THERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF STABLE ANGINIS

Soleeva S.Sh.¹, Dzhabbarova N.M.², Shodieva G.R.³ (Republic of Uzbekistan)

Email: Soleeva565@scientifictext.ru

¹Soleeva Sitora Shahobovna – Assistant;

²Dzhabbarova Nafisa Mamasolievna – Assistant;

³Shodieva Gulzoda Rabimkulovna - Assistant,

DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE, FACULTY OF PEDIATRICS WITH A COURSE OF THERAPY,
FACULTY OF POSTGRADUATE EDUCATION,
SAMARKAND STATE MEDICAL INSTITUTE
SAMARKAND, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: currently, coronary heart disease (CHD) takes a leading place among other cardiovascular pathologies. Among patients with coronary heart disease, the annual mortality rate is 58.8% per year. Among the main factors of cardiovascular risk, a special place is occupied by hypercholesterolemia. Currently, the most common class of lipid-controlling drugs are statins due to their high efficacy, safety and affordability. The clinical efficacy of atorvastatin in the complex treatment of patients with stable angina has been evaluated.

Keywords: coronary heart disease, stable angina pectoris, statins, cholesterol, LDL.

МЕСТО ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Солеева С.Ш.¹, Джаббарова Н.М.², Шодиева Г.Р.³ (Республика Узбекистан)

¹Солеева Ситора Шахобовна – ассистент;

²Джаббарова Нафиса Мамасолиевна – ассистент;

³Шодиева Гульзода Рабимкуловна – ассистент,

кафедра внутренних болезней, педиатрический факультет с курсом терапии,
факультет последипломного образования,

Самаркандский государственный медицинский институт

г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: в настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает лидирующее место среди другой сердечно-сосудистой патологии. Среди пациентов с ИБС ежегодная смертность составляет 58,8% в год. Среди основных факторов сердечно-сосудистого риска особое место занимает гиперхолестеринемия. В настоящее время самым распространенным классом липидконтролирующих препаратов являются статины благодаря их высокой эффективности, безопасности и доступности. Оценивалась клиническая эффективность аторвастатина в комплексном лечении больных стабильной стенокардией.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, стабильная стенокардия, статины, холестерин, ЛПНП.

В настоящее время ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает лидирующее место среди другой сердечно-сосудистой патологии. Среди пациентов с ИБС ежегодная смертность составляет 58,8 % в год. [2, 4]. Поэтому ИБС представляет собой не только серьезную медицинскую, но и экономическую проблему в связи с высокой летальностью.

Несмотря на постоянное совершенствование методов обследования и лечения, уровень смертности от ИБС сохраняется высоким, в связи с чем ведутся поиски и разработки новых подходов к ведению больных ИБС. [7,8].

Появление в клинической практике ингибиторов 3-гидрокси-3 метилглутарил коэнзим А редуктазы (ГМК-КоА редуктазы), более известных под названием «статины», стало выдающимся событием в кардиологии конца XX века. Основным механизмом действия статинов является уменьшение синтеза холестерина (ХС) в печени путём конкурентного ингибирования активности ГМК-КоА редуктазы. Снижение внутриклеточной концентрации ХС способствует повышению экспрессии рецепторов липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) на поверхности гепатоцитов и уменьшению концентрации циркулирующих ХС ЛПНП и других липопротеидов содержащих аполипопротеин В. [1, 2, 5]. Одним из высокоэффективных статинов является аторвастатин представляющий собой ингибитор ГМК-КоА-редуктазы III поколения синтетического происхождения. В исследованиях терапии с аторвастатином приводила к существенно большему снижению уровня ЛПНП и общего ХС, чем при использовании других статинов [10, 12].

Анализ многочисленных литературных источников последних лет свидетельствует о высокой эффективности и безопасности применения аторвастатина в клинической практике [3, 6, 9, 11].

Цель работы. Оценить клиническую эффективность аторвастатина в комплексном лечении больных стабильной стенокардией.

Материалы и методы. Исследование проводилось в терапевтических отделениях Самаркандского областного многопрофильного медицинского центра. Всем больным (60 чел.) проводилось обследование: опрос и осмотр; общие клинические, биохимические анализы, включая определение липидного состава крови (ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ЛПОНП); ЭКГ, ЭхоКГ.

Больные были распределены на две группы. В 1-ю группу включены 40 больных ИБС, стенокардией напряжения II-III ФК (мужчин - 22 (55%), женщин - 18 (52,5%)), которые наряду с базисной терапией, получали аторвастатин по 20 мг 1 раз в сутки в течение 3 месяцев. Во 2-ю группу (группа сравнения) вошли 20 больных со стенокардией напряжения II-III ФК (мужчин - 9 (45%), женщин - 11 (55%)), которые получали только базисную терапию (В-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, диуретики, антагонисты кальция, антиагреганты, нитраты, антиоксиданты, антиаритмические препараты). Средний возраст больных составлял $62,7 \pm 3,09$ и $63,4 \pm 3,97$ лет соответственно. Давность проявления приступов стенокардии в обеих группах составляла от 3 до 20 лет.

В первой группе больные имеющие вредные привычки составляли 15 (37,5%), больные с ожирением 12 (30%). Из сопутствующей патологии больше всего больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта - 21 (52,5%), с артериальной гипертензией - 18 (45%), с сердечной недостаточностью - 10 (25%), с заболеванием нервной системы - 9 (22,5%). Во второй группе (контрольная группа) больные имеющие вредные привычки - 5 (25%), больные с ожирением - 10 (50%). Из сопутствующей патологии больше всего больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта - 11 (55%), с сердечной недостаточностью - 9 (45%), с артериальной гипертензией - 8 (40%), с заболеванием нервной системы - 7 (35%). Эти основные клинические показатели в обеих группах существенно не отличались.

При анализе биохимических показателей в 1-й группе до лечения холестерин составлял $6,83 \pm 0,54$ ммоль/л, а после лечения - $5,21 \pm 0,47$ ммоль/л; ЛПНП до лечения - $5,78 \pm 0,51$ ммоль/л, после - $3,78 \pm 0,47$ ммоль/л; ЛПВП до лечения - $1,05 \pm 0,10$ ммоль/л, после - $1,43 \pm 0,14$ ммоль/л. Индекс атерогенности - до лечения был $4,69 \pm 0,55$, после лечения - $2,92 \pm 0,84$. Во 2-й группе до лечения холестерин составлял - $6,64 \pm 0,58$ ммоль/л, а после лечения - $6,53 \pm 0,61$ ммоль/л; ЛПНП до лечения - $5,18 \pm 0,66$ ммоль/л, после - $5,43 \pm 0,71$ ммоль/л; ЛПВП - до лечения - $1,0 \pm 0,05$ ммоль/л, после - $1,10 \pm 0,12$ ммоль/л. Индекс атерогенности - до лечения был - $4,28 \pm 0,41$, после - $4,19 \pm 0,85$.

Из приведенных данных видно, что после лечения в обеих группах больных было отмечено тенденция к снижению концентрации общего холестерина и ЛПНП, а уровень ЛПВП наоборот повысился. Индекс атерогенности снизился почти в два раза. Указанные показатели наиболее были выражены во 1-й группе. Также было отмечено уменьшение частоты приступов стенокардии.

Выводы

Включение аторвастатина в комплексную терапию стенокардии II - III ФК существенно снижает уровень общего холестерина, ЛПНП и индекс атерогенности, и наоборот повышает уровень ЛПВП. Клинически отмечено снижения тяжести и длительности приступов стенокардии по сравнению с больными контрольной группы.

Список литературы / References

1. Агабабян И.Р., Джаббарова Н.М., Рофеев М.Ш., Назарова З.Ш. & Пулатова К.С. Метаболический синдром как один из основных факторов развития артериальной гипертензии // Достижения науки и образования, 2019. №10 (51). С. 54-58.
2. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И. Основные факторы развития артериальной гипертензии и ожирения у неорганизованного населения Самаркандской области // International medical scientific journal, 2015. С. 30.
3. Агабабян И.Р., Искандарова Ф.И., Мухтаров С.Н. Роль маркеров воспаления жировой ткани как основной фактор в развитии артериальной гипертензии у больных метаболическим синдромом. //Приоритеты мировой науки: эксперимент и научная дискуссия: Материалы XXI международной научной конференции, г. Моррисвилль, 2019. С. 25.
4. Агабабян И.Р., Исмаилов Ж.А., Турдибеков Х.И., Шодиева Г.Р. & Рузиева А.А. ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХОБЛ. // Достижения науки и образования, 2019. №10 (51). С. 50-54.
5. Адылова Н.А., Таджиев Ф.С., Буранова Ш.А., Джаббарова, Н. М. Эхокардиографические изменения при дисфункции левого желудочка.//Академический журнал Западной Сибири, 2013. № 4 (9), 42-42.
6. Зиядуллаев Ш.Х., Шодиева Г.Р., Носирова А.А. & Ахмедова, Г.А. Комбинированная антигипертензивная терапия (обзор литературы). //Академический журнал Западной Сибири, 2015. Т. 11. № 1. С. 11-12.

7. Таджиев Ф.С., Солеева С.Ш., Джаббарова Н.М. Роль розувастатина в лечении и профилактике ишемической болезни сердца //Академический журнал Западной Сибири, 2015. Т. 11. № 1. С. 21-21.
8. Таджиев Ф.С., Адылова Н.А., Солеева С.Ш. & Джаббарова Н.М. Влияние розувастатина на показатели липидного спектра у больных ИБС. //Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 6. С. 72-72.
9. Catapano A.L., Graham I., De Backer G., Wiklund O., Chapman M.J., Drexel H., Hoes A.W., Jennings C.S., Landmesser U., Pedersen T.R., Reiner Z., Riccardi G., Taskinen M.R., Tokgozoglul L., Verschuren W.M., Vlachopoulos C., Wood D.A., Zamorano J.L. Authors/Task Force Members; Additional Contributor. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidemias. Eur Heart J, 2016; 37(39):2999-3058.
10. Dishart K.L., Work L.M., Denby L., Baker A.H. Gene therapy for cardiovascular disease. J Biomed Biotechnol 2003; 2:138-148.
11. HPS3/TIMI55-REVEAL collaborative Group. Effects of Anacetrapib in Disease. N Engl J Med. 2017; 377(13): 1217-1227. DOI:10.1056/NEJMoa1706444 .
12. Stalker N.J., Lefler A.M., Skalia R. A new HMG-COA reductase inhibitor, rosuvastatin, exerts anti-inflammatory effects on the microvascular endothelium: the role of mevalonic acid. Br. J. Pharmacol., 2001. 133(3): 406-412.