

УДК 616.153.915-053.9-08:[616-02:613.1]

КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ЭКОЛОГИЧЕСКИ АССОЦИИРОВАННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

© 2010 И.В. Гаглоева

Самарский государственный медицинский университет

Поступила в редакцию 22.09.2010

У 117 пациентов пожилого возраста без клинических проявлений ИБС, имеющих по таблице SCORE очень высокий 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) оценена эффективность агрессивной липидкорректирующей фармакотерапии. Установлено, что выбор статинов должен основываться на комплексной оценке: их категории риска; исходного уровня ХС ЛНП, степени его снижения для достижения целевых значений и данных доказательной медицины по эффективности статинов. Пациентам с высоким уровнем ХС ЛНП показан розувастатин 10 мг/сут, с умеренно повышенным – аторвастатин 20 мг/сут и оптимальным – симвастатин 40 мг/сут. Через 3 месяца под влиянием статинов отмечена оптимизация показателей липидемического профиля (ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП, ИА и ТГ). При этом, несмотря на однонаправленные позитивные изменения этих показателей под влиянием розувастатина, аторвастатина и симвастатина при их раздельной количественной оценке выявлены существенные различия. Если принять снижение уровня ХС ЛНП на фоне приема розувастатин 10 мг/сут за единицу (1,0), то относительное значение аторвастатина 20 мг/сут составляло – 0,65, симвастатина 40 мг/сут, лишь 0,43.

Ключевые слова: *гериятрия, дислипидемия, фармакотерапия*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основными причинами смерти населения экономически развитых стран мира, большинства стран с переходной экономикой и становятся проблемой для развивающихся стран. Российские показатели смертности от ССЗ значительно выше таковых в других экономически развитых европейских странах [1]. В соответствии с рекомендациями экспертов Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК, 2007) у всех обратившихся к врачу пациентов следует проводить стратификацию риска [2]. У здоровых лиц с традиционными факторами риска по таблице SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) или компьютерным программам определяется суммарный, индивидуальный риск смерти в ближайшие 10 лет от ССЗ. Из традиционных факторов риска учитывают возраст, пол, статус курения, артериальная гипертензия и уровень ОХС. В то же время у больных с манифестными формами ишемической болезни сердца (ИБС) и ассоциированных с ними заболеваниями по критериям экспертов ВНОК (2007) определяется

категория риска. Такое разграничение пациентов по категориям риска – необходимый элемент для определения тактики последующей липидкорректирующей терапии и целевых значений липидов и липопротеидов (ЛП) [3]. Данные доказательной медицины обосновали необходимость первичной и вторичной профилактики атеросклероза у лиц пожилого возраста, для предупреждения развития и прогрессирования заболевания, его клинических проявлений и осложнений [4].

Цель исследования: оценить эффективность агрессивной липидкорректирующей фармакотерапии на показатели липидемического профиля у пациентов пожилого возраста без клинических проявлений ИБС, но имеющих по таблице SCORE очень высокий 10-летний риск смерти от ССЗ, т.е. >10%.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 117 пациентов в возрасте от 60 до 75 лет без клинических проявлений ИБС. В связи с наличием традиционных факторов риска по таблице SCORE, 10-летний риск смерти от ССЗ у них был >10%, т.е. очень высокий. Характеристика 117 пациентов по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Гаглоева Инна Васильевна, кандидат медицинских наук, консультант. E-mail: simerzi@mail.ru

Таблица 1. Распределение по полу и возрасту 117 лиц пожилого возраста, без клинических проявлений ИБС в возрасте от 60 до 75 лет

Пол	Возраст в годах			Итого	
	60-64	65-69	70-75	Абс.	%
мужчины	38	45	18	101	86,3
женщины	7	4	5	16	13,7
всего	45	49	23	117	100

Все 117 пациентов по критериям экспертов ВНОК (2007) по исходному уровню ХС ЛНП были разграничены на три подгруппы [2]. В 1-ю подгруппу включено 38 пациентов (32,5%) с высоким уровнем ХС ЛНП > 4 ммоль/л. Во 2-ю подгруппу вошли 37 пациентов (31,6%) с умеренным уровнем ХС ЛНП – 3,0-3,9 ммоль/л. В 3-ю подгруппу включено 42 пациента (35,9%) с оптимальным уровнем ХС ЛНП < 3 ммоль/л. У 38 пациентов 1-й подгруппы уровень ХС ЛНП составлял 4,48±0,32 ммоль/л. Для достижения его целевого уровня

≤2,0 ммоль/л [2] необходимо было снизить исходную концентрацию ХС ЛНП с 4,48 ммоль/л до ≤2,0 ммоль/л, т.е. на 2,48 ммоль/л (или на 55,3%). Поэтому пациентам был назначен розувастатин 10 мг/сут. У 37 пациентов 2-й подгруппы уровень ХС ЛНП был 3,53±0,34 ммоль/л. Для достижения его целевого уровня ≤2,0 ммоль/л необходимо было снизить исходную концентрацию ХС ЛНП с 3,53 ммоль/л до ≤2,0 ммоль/л, т.е. на 1,53 ммоль/л (или на 43,3%). Поэтому пациентам был назначен аторвастатин 20 мг/сут. У 42 пациентов 3-й подгруппы уровень ХС ЛНП составлял 2,68±0,24 ммоль/л. Для достижения его целевого уровня ≤2,0 ммоль/л необходимо было снизить исходную концентрацию ХС ЛНП с 2,68 ммоль/л до ≤2,0 ммоль/л, т.е. на 0,68 ммоль/л (на 29,1%). Поэтому пациентам был назначен симвастатин 40 мг/сут.

Результаты исследования. Динамика показателей липидемического профиля у пациентов исходно и через 3 месяца представлена в таблице 2.

Таблица 2. Динамика показателей липидемического профиля у 117 лиц пожилого возраста без клинических проявлений ИБС 3-х подгрупп с различным уровнем ХС ЛНП, исходно и через 3 месяца

Показатели ммоль/л	Концентрация, исходно					
	1-я подгруппа (38) розувастатин 10 мг/сут		2-я подгруппа (37) аторвастатин 20 мг/сут		3-я подгруппа (42) симва- статин 40 мг/сут	
	исходно	через 3 мес.	исходно	через 3 мес.	исходно	через 3 мес.
ОХС,	6,79±0,32	4,99±0,45***	5,49±0,37	3,94±0,42***	4,43±0,32	3,03±0,39***
ТГ	2,57±0,21	1,95±0,38	2,41±0,38	1,23±0,39*	2,46±0,09	2,22±0,08*
ХС ЛНП	4,48±0,22	2,87±0,46*	3,53±0,34	2,48±0,35*	2,68±0,14	1,98±0,23***
ХС ЛВП (м)	0,99±0,02	1,07±0,03*	1,04±0,02	1,09±0,01*	1,04±0,01	1,09±0,02*
ХС ЛВП (ж)	1,08±0,02	1,15±0,02**	1,07±0,02	1,14±0,02**	1,12±0,01	1,15±0,01*
ИА	6,8±0,5	4,9±0,3***	5,6±0,3	3,6±0,4****	4,7±0,3	2,4±0,3****

Примечание: *P<0,05; **P<0,02; ***P<0,01; ****P<0,001 – достоверность различия через 3 мес по сравнению с исходными данными

У наблюдаемых пациентов под влиянием фармакотерапии статинами отмечена оптимизация показателей липидемического профиля (ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ, КА). При этом, несмотря на их однонаправленные позитивные изменения под влиянием розувастатина, аторвастатина и симвастатина, при их раздельной количественной оценке выявлены существенные различия [5, 6]. Так, розувастатин вызывал более выраженные сдвиги уровня всех показателей липидемического профиля (ХС ЛНП, ХС ЛВП, ТГ, КА). Аторвастатин, хотя и существенно уступал по эффективности действия на ХС ЛНП, ХС ЛВП, но вызывал их значительные

изменения. Симвастатин проявил благоприятное влияние на показатели липидемического профиля, тем не менее, значительно уступил розувастатину и аторвастатину. Если за критерий оценки относительной эффективности изучаемых статинов принять снижение уровня ХС ЛНП на фоне приема розувастатин 10 мг/сут за единицу (1,0), то относительные значения эффективности аторвастатина 20 мг/сут составят – 0,65, а симвастатина 40 мг/сут, соответственно, всего лишь 0,43. Если же за единицу измерения эффективности статинов взять 1% снижение уровня липидов или уменьшение их уровня на 1 ммоль/л, в частности: ОХС, ХС

ЛНП, ТГ, ИА и повышение содержания ХС ЛВП, то наиболее экономичными будут самые сильные статины. Это обусловлено тем, что при сопоставимой стоимости одной единицы веса оригинальных препаратов наиболее сильного препарата потребуется значительно меньше, чем всем ступающим ему препаратам. Поэтому если за единицу оценки экономической эффективности различных статинов принять их суммарный результат влияния на значения липидемического профиля, то по критерию «затраты-эффективность» по мере убывания клинического эффекта и соответственно рентабельности лечения статины расположатся в следующей последовательности: розувастатин, аторвастатин и симвастатин.

Выводы: у 117 лиц пожилого возраста очень высокой степени риска без клинических проявлений ИБС для коррекции дислипидемий выбор статинов должен основываться на комплексной оценке: категории риска пациентов; исходного уровня ХС ЛНП, степени его снижения для достижения целевого уровня и; данных доказательной медицины по эффективности статинов. Пациентам с высоким уровнем ХС ЛНП показан розувастатин 10 мг/сут, с умеренно повышенным – аторвастатин 20 мг/сут и оптимальным – симвастатин 40 мг/сут.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Оганов, Р.Г.* Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем / *Р.Г. Оганов, Г.Я. Масленникова* // Кардиоваск. тер. и проф. 2007. Т. 6, № 8. С. 7-14.
2. *Кухарчук, В.В.* Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза // Российские рекомендации III пересмотр 2007. Эксперты ВНОК. Секция атеросклероза. М., 2007. 44 с.
3. *Шальнова, С.А.* Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР / *С.А. Шальнова, А.Д. Деев* // Кардиоваск. тер. и проф. 2006. № 6. С. 58-63.
4. *Кобалава, Ж.Д.* Оправдано ли достижение более низких целевых значений ХС ЛНП у больных высокого риска? / *Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская, Е.В. Головчиц* // Клиническая фармакология и терапия. 2005. № 14 (3). С. 20-26.
5. *Sidney, C.S.* AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update: Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute / *C.S. Sidney, A. Jerilyn, N.B. Steven* // Circulation. 2006. № 113. P. 2363-2372.
6. *Graham, I.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) / *I. Graham, D. Atar, K. Borch-Johnsen et al.* // Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil. 2007. Vol. 14 (Suppl. 2). P. E1-E40.

DISLIPUDEMIA CORRECTION AT ADVANCED AGE PATIENTS WITH ECOLOGICALLY ASSOCIATED RISK FACTORS

© 2010 I.V. Gagloeva

Samara State Medical University

At 117 patients of advanced age without clinical displays of ischemic heart diseases having under table SCORE very high 10-years risk of mortality from cardiovascular diseases (CVD) the efficiency aggressive lipid-correcting pharmacotherapy is estimated. It is established, that statin choice should be based on a complex estimation: their categories of risk; initial LDL-level, degree of its depression for achievement of target value and data of evidence based medicine by statins efficiency. To patients with high LDL-level it is recommended rosuvastatin in doze 10 mg/day, with moderately increased – atorvastatin in doze 20 mg/day and with optimum - simvastatin in doze 40 mg/day. After 3 months under statin influence the optimization of lipid parameters (total cholesterol, low-density lipoproteins, high-density lipoproteins, atherogenic index and triglycerides) is noted. Thus, despite of the unidirectional positive changes of these parameters under the influence of rosuvastatin, atorvastatin and simvastatin at their separate quantitative estimation essential differences are taped. If to accept depression of LDL-level on a background of reception rosuvastatin in doze of 10 mg/day for unit (1,0), atorvastatin in doze 20 mg/day made relative value - 0,65, simvastatin in doze 40 mg/day - only 0,43.

Key words: *geriatrics, dislipidemia, pharmacotherapy*

*Inna Gagloeva, Candidate of Medicine, Consultant.
E-mail: simerzi@mail.ru*