

**УДК: 616.132.2-998.64-085:615.22**

## **ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

*Махсудов Оятилло Мухибиллаевия*

*Андижанский государственный медицинский институт,  
Ассистент, кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Самарканд, Узбекистан.*

*Ярматов Сувон Тотлибоевич*

*Самаркандинский 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 этом состояние натощак 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 (ИМСПСТ), 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 высокочищенных 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. Атаканова 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., Атаканова 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.