

Из таблицы 1 следует, что на ЭКГ у большинства преобладает депрессия сегмента ST более 1 мм у 47 больных, что составило 50%, блокада левой ножки пучка Гиса у 19,2%, признаки гипертрофии левого желудочка у 18%, лишь у 12,8% мерцание/трепетание предсердий.

Как следует из таблицы 2, анализ полученных результатов показал, что в обеих группах наблюдалась положительная динамика течения ИБС. В обеих группах было отмечено более быстрое регрессирование болевого синдрома, к 6-у дню болевой синдром сохранился лишь у пациентов второй группы. По данным суточного мониторирования до начала лечения и после 5 недель было выявлено достоверное снижение ангинозной боли ($p < 0,05$). В первой и второй группах после проведенной терапии Предукталом MR была зарегистрирована достоверно меньшая частота желудочковых и наджелудочковых экстрасистол, как проявление уменьшения электрической нестабильности миокарда.

Анализ динамики лабораторных данных не выявил отрицательного влияния препарата на показатели общего анализа крови, мочи и биохимического анализа крови (холестерин, мочевины, креатинин).

Таким образом, назначение Предуктала MR больным с ИБС позволяет добиться выраженного антиангинального эффекта в составе комплексной терапии. Препарат положительно влияет не только на клиническое состояние пациента, но и на лабораторно-инструментальные показатели.

Выводы

Включение Предуктала MR (триметазидин) в антиангинальную терапию ИБС позволяет уменьшить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Согласно международным и российским рекомендациям, Предуктал MR – единственный миокардиальный цитопротектор, имеющий достаточную доказательную

базу для использования его в качестве антиангинального средства.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Васюк Ю.А. Как улучшить выживаемость больных после ИБС // Научно-практический журнал «Человек и Лекарство». – Алматы, 2011, №1(1). – С. 67-70;
2. Нетяженко В.З. Выбор метаболической терапии при лечении больных с ишемической болезнью сердца // Научно-практический журнал «Человек и Лекарство». – Алматы, 2010, №2 (1). – С. 58-60.

ТҰЖЫРЫМ

ЖҮРЕКТІҢ ИШЕМИЯЛЫҚ АУРУЫ БАР НАУҚАСТАРДА ПРЕДУКТАЛ МР ПРЕПАРАТЫНЫҢ ЭФФЕКТИВТІЛІГІ

М.Г. Ногаева

С.Ж. Асфендияров атындағы
Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Алматы қ.

Предуктал MR ЖИА бар науқастарда базисті терапия болып саналады, комплексті терапия құрамында антиангинальді эффектті күшейтеді.

Негізге сөздер: жүректің ишемиялық ауруы

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF MEDICATION PREDUCTAL – MR IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

M.G. Nogaeva

S.D. Asfendiyarov Kazakh National
Medical University, Almaty c.

Predictal – MR is the basis therapy in the treatment of patients with coronary artery disease, reinforcing the effect of antianginal therapy in the complex treatment.

Key words: coronary heart disease

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ: УЛЬТРОКС – СТАТИН НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

К.К. НУРУШЕВА, Ш.С. ШАЛОВА

Медицинский центр гражданской авиации, Городская поликлиника №20, г. Алматы

Роль статинов в лечении ИБС. Важнейшим аспектом медикаментозного лечения больных ИБС является применение лекарственных препаратов, понижающих содержание липидов крови. Основными средствами, снижающими уровни холестерина (ХС) и холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), являются ингибиторы ГМГ–КоАредуктазы – статины. Этот класс препаратов появился в середине 1980–х гг. Первоначально статины были выделены из плесени грибов, а затем синтезированы химическим путем. Статины на ранней стадии процесса образования мевалоновой кислоты из ГМГ–КоА конкурентно ингибируют один из важнейших ферментов синтеза ХС – редуктазу ГМГ–КоА. В результате печеночная клетка испытывает недостаток ХС и, чтобы его преодолеть, экспрессирует на своей поверхности дополнительное число рецепторов для ЛПНП, повышая при этом их активность, что ведет в итоге к снижению концентрации ХС ЛПНП в плазме крови. Статины при назначении в высоких дозах (более 80 мг/сут) могут реализовать свой гипохолестеринемический эффект также за счет снижения синтеза ЛПОНП в печени. ЛПОНП, как известно, являются предшественниками ЛПНП. Предотвращение сердечно-сосудистых осложнений

(ССО), снижение общей и сердечно-сосудистой смертности (ССС), увеличение продолжительности жизни являются основной целью лечения статинами. Они оказывают выраженный гипохолестеринемический эффект, безопасны при длительном применении и хорошо переносятся большинством больных. Рациональное применение статинов в клинической практике позволяет на 25–45% снизить частоту различных ССО, включая смертельные исходы, связанные в первую очередь с коронарной патологией. Ультрокс с активным веществом розувастатин является синтетическим статином последней генерации. Выраженный ХС-снижающий эффект розувастатина связан и с продолжительным периодом его полувыведения (19 ч), что позволяет длительно блокировать активность ключевого фермента биосинтеза ХС. Розувастатин – один из немногих статинов, под влиянием которого активизируется синтез основного белка ЛПВП – аполипопротеина (апо) AI: он повышается на разных дозах от 5 до 15%.

Ультрокс – статин для применения у пациентов с гиперхолестеринемией (тип IIa) или смешанной гиперхолестеринемией (тип IIb), а также у пациентов с семейной гомозиготной гиперхолестеринемией. Препарат применяется в дозах 5–40 мг. Стартовая доза 5–10

Таблица 1

Изменения липидов крови при приеме трех поколений статинов [4, 5]

Генерация	Статины	Изменение ЛПНП	Изменение ЛПВП	Изменение общего ХС	Изменение ТГ
1-я	Ловастатин Правастатин Флувастатин	-21-42%	+2-12%	-16-34%	-6-27%
2-я	Симвастатин Аторвастатин	-26-60%	+5-16%	-19-45%	-12-53%
3-я	Розувастатин	-45-63%	+8-14%	-33-46%	-10-35%

Примечания: (-) – снижение, (+) – повышение, ТГ – триглицериды

мг. Терапевтический эффект розувастатина появляется в течение 1 нед после начала терапии, через 2 нед лечения достигает 90%. Максимальное действие препарата регистрируется обычно к 4-й нед и поддерживается при постоянном приеме. Повышать дозу любого статина следует, соблюдая интервал в 2-3 нед, т.к. за этот период достигается оптимальный эффект препарата.

Увеличение АСТ, АЛТ, креатинфосфокиназы (КФК) до 3 раз выше нормы не считается клинически значимым. Только более высокие значения требуют повышенного внимания врача. Профиль безопасности розувастатина не отличается от других статинов. Частота повышения печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ), которую рекомендуется определять через 3 мес после начала лечения розувастатином, составляет менее 0,2%. Длительное лечение розувастатином в дозе 10 и 40 мг/сут не оказывает влияния на исходную протеинурию.

По сравнению с США, развитыми странами Европы и Азии в СНГ сохраняется низкий уровень назначения статинов не только у больных высокого риска, но и у пациентов ИБС и другими заболеваниями, обусловленными атеросклерозом. Это связано с различными причинами: 1) плохой приверженностью к терапии (отсутствие разъяснительной работы со стороны врача и неосведомленностью пациентов о пользе и целесообразности липидоснижающей терапии); 2) стремлением к курсовому лечению статинами, что принципиально неверно, так как такая терапия должна проводиться у больных постоянно; 3) назначением низких, зачастую малоэффективных доз препарата, что связано с опасением врачей (в большинстве случаев необоснованным) получить побочные эффекты.

Согласно рекомендациям ВНОК, целевые уровни липидов для пациентов с ИБС следующие: общий ХС <4,5 ммоль/л, ХС ЛПНП <2,5 ммоль/л, холестерин ЛПВП для мужчин 1 ммоль/л, для женщин 1,2 ммоль/л. В России, по данным Шальной С.А. и соавт., статины в течение 3 лет принимают менее 6% больных (из числа тех, кому они были назначены). Дозировка статинов недостаточна, т.к. только 1/3 пациентов с ИБС, получающих статины, достигают целевого уровня ХС ЛПНП.

Антиатерогенное действие статинов, установленное в указанных выше исследованиях, приводит в конце концов к самому главному эффекту лечения больных атеросклерозом – к достоверному снижению смертности от ишемической болезни сердца и головного мозга. Причем статины эффективны как при первичной профилактике у людей с факторами риска, так и при вторичной профилактике, т.е. у больных с манифестированными заболеваниями атеросклеротического характера. В исследованиях со статинами как при первичной, так и при вторичной профилактике, расхождение кривых выживаемости между больными основной и контрольной групп выявлялось уже через 1,5 года. Иначе говоря, статины обладают гораздо более значимым влиянием, чем просто гиполипидемическим эффектом на липиды низкой плотности. Эти эффекты, не связанные со снижением уровня липидемии, называются плеотропными, т.е. дополнительными и, как выясняется, играют существенную роль в формировании ранних и поздних эффектов статинов.

Плеотропные свойства обусловлены разными, не совсем еще изученными механизмами, но главные из них определены связаны с улучшением под

Таблица 2

Стандартные дозы статинов для снижения уровня ХС ЛПНП на 30-40% у большинства пациентов [16]

Статины	Доза, мг/сут	Снижение уровня ХС ЛПНП, %
Розувастатин	5-10	39-45
Аторвастатин	10	39
Ловастатин	40-80	31-42
Правастатин	40	34
Симвастатин	20-40	35-41
Флувастатин	80	36

влиянием статинов функций эндотелия, нарушенных при атеросклерозе. На фоне розувастатина уменьшается выраженность асептического воспаления в атероме, может происходить укрепление покрышки фиброзной бляшки за счет подавления секреции металлопротеиназ, активность которых дестабилизирует атерому и разрушает коллаген фиброзной капсулы. Монотерапия розувастатином оправдана для достижения новых целей по ХС ЛПНП (<1,8 ммоль/л) у лиц очень высокого риска коронарной болезни сердца: пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, операции реваскуляризации на сосудах, имеющие сочетание нескольких факторов риска.

Большинство предприятий, создающих дженерики, ответственно относится к их производству, имеет оборудование по всем правилам GMP производства, получает сертификаты на свою продукцию в авторитетных европейских организациях, поэтому не следует ограничивать применение эффективных дженериков.

В настоящее время розувастатин входит в Республиканский Формуляр лекарственных средств, Республиканские Протоколы диагностики и лечения, а также формуляры большинства многопрофильных стационаров РК.

Ультрокс с действующим веществом розувастатин 10 и 20 мг (таблетки, покрытые пленочной оболочкой белого цвета, овальной формы, двояковыпуклые и с риской на одной стороне) производства отечественной компании АО Нобел АФФ сертифицирован под стандарт Надлежащей Производственной Практики (GMP) СТ РК 1617-2006 от 30 мая 2011 года.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аронов Д.М., Лупанов В.П. Атеросклероз и коронарная болезнь сердца. 2-е изд., перераб. М.: Триада-Х, 2009. – 248 с.; 2. Бубнова М.Г. Новые возможности в лечении пациента высокого сердечно-сосудистого риска. Розувастатин и перспективы его применения к клинической практике // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2007. 6(6). – С. 75-82; 3. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П. Первичная профилактика сердечно-

сосудистых осложнений: роль статинов // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2009. №4. – С. 80–84; 4. Vaughan G.J., Gotto A.H. Jr. Update on statins: 2003. Circulation 2003; 110: 886–892; 5. Kapur N.K., Musunuru K. Clinical efficacy and safety of statins in managing cardiovascular risk. Vasc Health Risk Manag 2008; 4(2): 341–353; 6. Jones P.H., Davidson M.H., Stein E.A. et al. Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin versus atorvastatin, simvastatin, and pravastatin across doses (STELLAR Trial). Am J Cardiol 2003; 92: 152–160.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

ГИПОЛИПИДЕМИЯЛЫҚ ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСІ: УЛЬТРОКС – ЖАҢА БУЫН СТАТИНИ

К.К. Нурушева, Ш.С. Шалова

Азаматтық авиация медициналық орталығы, №20 қалалық емхана, Алматы қ.

Қазіргі уақытта розувастатин Республикалық дәрілік құралдар Формулярына, Республикалық диагностика және емдеу Хаттамаларына, сонымен қатар ҚР көптеген көп салалы стационарларының формулярларына кіреді. Отандық Нобел АФФ АҚ компаниясымен өндірілген розувастатин

әсер ету заты бар Ультрокс 10 және 20 мг (ақ түсті үлдірлі қабықпен жабылған таблеткалар, сопақша түрдегі, екі жаққа сопақшаланған және бір жағында тілік салынған) Тиісті Өндірістік Тәжірибенің (GMP) стандартымен 2011 жылдың 30 мамырында ҚР СТ 1617-2006 сертификатталған.

S U M M A R Y

MODERN APPROACH TO LIPID LOWERING THERAPY: ULTROX – THE STATIN OF NEW GENERATION

K.K. Nurusheva, Sh.S. Shalova

Medical center of commercial aviation, City polyclinic №20, Almaty c.

At the present day rosuvastatin is included in the Republican sheet of medicinal preparations, the Republican Protocols of diagnostics and treatment as well as in the form sheets of the most multi-field hospital of RK.

As an active agent Ultrox contains rosuvastatin 10 and 20 mg (oval biconvex tablets covered by white film coat with the tablet score line on the one side) manufactured by the domestic company Nobel AFF JSC. The medication is certified in accordance with the standards of Good Manufacturing Practice (GMP) ST RK 1617-2006 dated 30 of May 2011.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЦЕКЛОРАНА У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Г.П. ХАСЕНОВА

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

Современный комплексный подход в лечении больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника обусловлен, в значительной степени, сложностью патогенеза и полиморфизмом неврологических проявлений при данной патологии. Поэтому адекватно подобранная терапия у таких больных не только существенно сократит показания к оперативному лечению, но и значительно снизит уровень болевого синдрома, от степени выраженности которого зависит не только трудоспособность, но и качество жизни [1]. По данным ВОЗ болевой синдром, развивающийся у больных с грыжами межпозвонковых дисков, составляет одну из ведущих причин (от 11 до 40%) обращений к врачу в системе первичной медицинской помощи. Распространённость же боли в спине составляет 12-33% [2, 3]. У больных с поясничным остеохондрозом в 62,9% случаях диагностируется грыжа межпозвонкового диска, поэтому и является самым распространенным заболеванием пояснично-крестцового отдела позвоночника [4]. Болевой синдром в 86% наблюдений, по данным Лобзина (1990), у больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника обусловлен диско-радикалярным конфликтом [5].

Для воздействия на все механизмы развития болевого синдрома у больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела могут быть использованы различные препараты категории НПВП в сочетании с традиционными и нетрадиционными методами лечения. Однако, не все лекарственные средства из категории НПВП достаточно эффективны и обладают всеми качествами, предъявляемыми к НПВП, а именно: обезболивающее и противовоспалительное действия выражены слабо.

В нашем исследовании в качестве эффективного нестероидного противовоспалительного препарата для

лечения больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника был выбран Ацеклоран, который обладает следующими свойствами: ингибируя оба изофермента циклооксигеназы, подавляет ключевой фермент метаболизма арахидоновой кислоты в простагландины, ограничивая экссудативную и пролиферативную фазы воспаления, уменьшает проницаемость капилляров и стабилизирует лизосомальную мембрану; обладает значительным стимулирующим хондропротективным действием. Ацеклоран безопасен при длительном применении, не взаимодействует с другими лекарствами, биодоступность его не снижается при приёме с пищей, эффективен у пожилых больных, т.к. его фармакокинетика не меняется с возрастом [6, 7].

Благодаря вышеизложенным свойствам, препарат Ацеклоран был включён нами в комплекс лечения болевого синдрома у больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела наряду с дифференцированной медикаментозной терапией и физиотерапией.

Цель исследования – оценить эффективность препарата Ацеклоран у больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела.

Материал и методы

Клиническое исследование и лечение проводилось у 44 больных с грыжами межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника. Основная жалоба при поступлении у больных была на боль в пояснично-крестцовой области, чаще возникавшую после физической и эмоциональной нагрузки, усиливавшуюся при наклонах и разгибании. Боль иррадиировала в ягодичную область или по всей задней поверхности ноги, имела выраженный острый, «стреляющий» характер. В некоторых случаях отмечались онемение или жжение в ноге. Все больные были разделены на две равнознач-