Medical Journal

Лечащий Врач

16+

Медицинский научно-практический журнал № 7 2019

Симпозиум



КАРДИОЛОГИЯ. АНГИОЛОГИЯ

• Гиполипидемическая терапия • АГ у женщин в менопаузе • АГ и ХОБЛ • АГ с добавочными почечными артериями • Нарушения сна и АГ • Острый коронарный синдром • Послеоперационный период у детей с врожденными пороками сердца • Диагностика и лечение фибрилляции предсердий • Диастолическая функция сердца при ДСТ

Страничка педиатра

• Инсипидарный синдром у детей и подростков

Актуальная тема

• Синдром раздраженного кишечника • Пластические операции в менопаузе • Папилломавирусная инфекция • Ожирение и микробиота кишечника • Акне • Полиморбидность в дерматологии

ISSN 1560-5175

App Store Google play

Скачай мобильную версию

Подписные индексы:
Объединенный каталог «Пресса России» **38300**
«Каталог российской прессы» **99479**
Каталог ФГУП «Почта России» **П1642**

Medical Journal
Лечащий Врач

№ 7, 2019

Журнал входит в перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией (ВАК)

Новости
News
Симпозиум
Symposium



Достижения, события, факты 5
Achievements, developments, facts 5
Комбинированная гиполипидемическая терапия у пациентов с недостижением целевых значений липидограммы. Возможности эзетимиба/ Н. В. Федорова, В. В. Кашталап, И. А. Шибанова, О. Л. Барбараш 7
Combined hypolipidemic therapy in patients who failed to achieve target values of the lipidogram. Possibilities of ezetimibe/ N. V. Fedorova, V. V. Kashtalap, I. A. Shibanova, O. L. Barbarash 7
Новые возможности в терапии артериальной гипертензии у женщин в менопаузе/ В. Н. Шишкова, Л. А. Капустина 12
New possibilities of arterial hypertension therapy for women in menopause/ V. N. Shishkova, L. N. Kapustina 12
Влияние азилсартана медоксомила на вариабельность артериального давления у больных артериальной гипертензией и хронической обструктивной болезнью легких/ Н. Ю. Григорьева, М. Е. Королёва 17
Influence of asilsartan medoxomile on arterial hypertension variability in patients with arterial hypertension and chronic obstructive pulmonary disease/ N. Yu. Grigorieva, M. E. Koroleva 17
Ремоделирование левого желудочка у больных артериальной гипертензией с добавочными почечными артериями: ассоциации с уровнем ренина и скоростью клубочковой фильтрации/ Ю. П. Редько, Н. Н. Гладких, А. В. Ягода. 24
Remodeling of left ventricle in hypertensive patients with renal addition arteries: associations with renin level and glomerular filtration rate/ Yu. P. Red'ko, N. N. Gladkikh, A. V. Yagoda. 24
Влияние нарушения сна на течение артериальной гипертензии/ А. В. Будневский, Е. С. Дробышева, Р. Е. Токмачев, Н. В. Резова 28
The impact of sleep disorders on the course of hypertension/ A. V. Budnevsky, E. S. Drobysheva, R. E. Tokmachev, N. V. Rezova 28
Приверженность врачей актуальным клиническим рекомендациям при диспансерном наблюдении пациентов, перенесших острый коронарный синдром/ О. Ю. Кореннова, С. П. Подольная, Е. П. Приходько, Л. В. Шукиль, И. В. Друк, Е. А. Ряполова 31
Adherence of the doctors to the up-to-date clinical recommendations in case follow-up of the patients affected by acute coronary syndrome/ O. Yu. Korennova, S. P. Podolnaya, E. P. Prikhodko, L. V. Shukil, I. V. Druk, E. A. Ryapolova. 31

Оценка динамики фибрин-мономера и фактора фон Виллебранда в послеоперационном периоде у детей с врожденными пороками сердца/ В. А. Ластовка, О. Б. Гордеева, Р. Ф. Тепаев, А. Р. Биджиев 36

Assessment of the dynamics of the fibrin monomer and von Willebrand factor in the postoperative period in children with congenital heart disease/ V. A. Lastovka, O. B. Gordeeva, R. F. Tepaev, A. R. Bidzhiev 36

Персонифицированный подход к диагностике и лечению фибрилляции предсердий. Этап диагностики (часть 1)/ Е. А. Праскурничий, О. И. Морозова 40

Personified approach to diagnostics and treatment of atrial fibrillation. Diagnostic stage (part 1)/ E. A. Praskurnichii, O. I. Morozova 40

Под стекло 44

Under the glass 44

Диастолическая функция сердца при дисплазии соединительной ткани/ Ю. В. Терещенко, Г. И. Нечаева, В. В. Потапов, М. И. Шупина, Е. Н. Логинова, Е. В. Надей, Т. П. Кабаненко 46

Diastolic cardiac function in connective tissue dysplasia/ Yu. V. Tereschenko, G. I. Nechaeva, V. V. Potapov, M. I. Shupina, E. N. Loginova, E. V. Nadey, T. P. Kabanenko 46

Страничка педиатра
Pediatrician's page

Инсипидарный синдром у детей и подростков (часть 2)/ В. В. Смирнов, Л. И. Бикбаева 49

Insipidary syndrome in children and adolescents (part 2)/ V. V. Smirnov, L. I. Bikbaeva 49

Актуальная тема
Topical theme

Оптимизация современной терапии пациентов с синдромом раздраженного кишечника/ Е. Н. Бутова 53

Optimization of modern therapy of patients with irritable intestine syndrome/ E. N. Butova 53

Оптимизация предоперационной подготовки больных к пластическим операциям в менопаузе/ Е. П. Шатунова, О. И. Линева, Н. В. Спиридонова 60

Optimization of pre-operative preparation for plastic surgeries of patients in menopause/ E. P. Shatunova, O. I. Lineva, N. V. Spiridonova 60

Современное состояние проблемы папилломавирусной инфекции/ Л. А. Юсупова, Е. И. Юнусова, З. Ш. Гараева, Г. И. Мавлютова, К. А. Салахутдинова 64

Current state of the problem of human papillomavirus infection/ L. A. Yusupova, E. I. Yunusova, Z. Sh. Garaeva, G. I. Mavlyutova, K. A. Salakhutdinova 64

Ожирение и микробиота кишечника/ В. А. Ахмедов, А. А. Голоктионова, А. С. Исаева 68

Obesity and intestinal microbiota/ V. A. Akhmedov, A. A. Goloktionova, A. S. Isaeva 68

Акне: клиническое течение и особенности терапии/ З. Ш. Гараева, Л. А. Юсупова, Е. И. Юнусова, Г. И. Мавлютова, Д. Э. Луканина 72

Acne: the clinical course and features of therapy/ Z. Sh. Garaeva, L. A. Yusupova, E. I. Yunusova, G. I. Mavlyutova, D. E. Lukanina 72

Полиморбидность в дерматологии: поздняя диагностика и последствия/ М. М. Тлиш, Т. Г. Кузнецова, Ж. Ю. Наатыж 76

The polymorbidity in dermatology: late diagnosis and consequences/ M. M. Tlish, T. G. Kuznetsova, Zh. Yu. Naatyzh 76

Alma mater

Последипломное образование 80

Postgraduate education 80

Дети с диагнозом «наследственный ангионевротический отек» получили лекарство

В Москве состоялся 15-й Международный междисциплинарный конгресс по аллергологии и иммунологии. Одна из наиболее актуальных тем конгресса — диагностика и лечение детей с диагнозом «наследственный ангионевротический отек» (НАО). Диагностика этого заболевания сама по себе сложна, поскольку далеко не каждый врач сегодня знает об этом редком заболевании. Наследственный ангионевротический отек — редкое и потенциально опасное для жизни заболевание, при котором в организме не хватает одного из белков, отвечающего за необходимость разрушения брадикинина, основного вещества, вызывающего именно этот вид отеков. На сегодняшний день в России диагностировано более 380 пациентов с НАО, среди которых много детей. При несвоевременной диагностике врачи часто пытаются применять схемы терапии, которые в лучшем случае оказываются неэффективными, в худшем — могут привести к смерти.

До сих пор вопрос о назначении базисной терапии у детей до 18 лет рассматривался индивидуально и только при наличии частых рецидивов ангиоотеков с локализацией в жизнеугрожающей зоне. При лечении детей с НАО особое внимание уделяли немедикаментозной и краткосрочной медикаментозной профилактике обострений, позволяющей уменьшить частоту и тяжесть обострений заболевания. В марте 2019 г. МЗ РФ утвердило расширение показаний препарата икатибант, в соответствии с которым допускается его применение для детей от двух лет и старше с НАО, вызванным дефицитом ингибитора эстеразы С1 (INH-C1). На сегодня это первое и единственное в Европе лекарство с подкожным введением при острых приступах НАО, одобренное для детей от двух лет и старше.

Главный внештатный специалист Департамента здравоохранения Москвы, аллерголог-иммунолог, заведующий отделением аллергологии и клинической иммунологии НИКИ педиатрии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, д. м. н. А. Н. Пампура: «У больных НАО отеки разной локализации могут возникать вследствие травм, физических нагрузок, стресса или даже без видимых причин. Своевременно поставленный диагноз позволяет назначить патогенетическую терапию и предупредить развитие тяжелых последствий рецидивов НАО».

Председатель правления Межрегиональной общественной организаций «Общество пациентов с наследственным ангионевротическим отеком» (МОО ОПНАО) Е. Безбожная: «Проблема диагностики существует не только в России, но и во всем мире. Неосведомленность о заболевании среди врачебного сообщества, которое могло бы дифференцировать наследственный ангионевротический отек от отека аллергического генеза и других заболеваний,— одна из основных причин, по которой пациентов годами не могут диагностировать. По статистике нашей организации, в прошлом году средний возраст постановки диагноза составлял 27,5 лет. В случае вовремя поставленного диагноза и назначении правильной соответствующей терапии больные с НАО могут жить практически полноценной жизнью. Для этого сегодня существуют современные высокоэффективные патогенетические препараты».

Вакцинация эффективна в предупреждении ротавирусной и папилломавирусной инфекции

На IV Российском форуме с международным участием «Современная педиатрия. Санкт-Петербург — Белые ночи — 2019» в рамках школы повышения квалификации врача-педиатра «Актуальные аспекты вакцинопрофилактики в педиатрии» эксперты обсудили наиболее эффективные меры вакцинопрофилактики в отношении ротавирусной, папилломавирусной и пневмококковой инфекции, а также кори.

Среди четырех обсужденных инфекционных заболеваний наиболее распространенной в России и в мире сегодня считается ротавирусная инфекция (РВИ), занимающая лидирующее место в структуре заболеваемости острыми кишечными инфекциями. Высокие распространенность и контагиозность РВИ, особая уязвимость детей первых лет жизни, отсутствие средств этиотропной терапии, возможность развития неблагоприятных исходов обусловливают необходимость принятия мер по своевременной профилактике заболевания.

Сегодня в более чем 40 странах вакцинация против РВИ включена в Национальные календари прививок. Возможности управления ротавирусной инфекцией обсудила ведущий специалист отдела кишечных инфекций НИИ детских инфекций ФМБА России М. Бехтерева: «Прививка является единственным на сегодня доказательным способом профилактики ротавирусной инфекции. Вакцина настолько безопасна, что разрешена к применению и у недоношенных младенцев. Но, в отличие от многих развитых стран, в России прививка от ротавируса еще не введена в Национальный календарь профилактических прививок».

По своему профилю безопасности ротавирусной вакцине не уступает и квадривалентная вакцина против вируса папилломы человека (ВПЧ), которая применяется в мире с 1997 г., считает главный внештатный специалист по педиатрии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга А. Симаходский: «К введению этого препарата практически нет противопоказаний. 840 тысяч беременностей было зарегистрировано у женщин, прошедших вакцинацию против ВПЧ, и ни одного случая осложнений в ходе беременности или расстройств у новорожденных по причине вакцинации не было зафиксировано».

В России к настоящему времени накоплен богатый опыт по применению полисахаридной пневмококковой вакцины не только у здоровых лиц, но и у детей и взрослых, страдающих различными хроническими воспалительными заболеваниями легких и составляющих группу риска по течению пневмококковой инфекции, отметил заведующий лабораторией вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний НИИВС им. И. И. Мечникова РАН М. Костинов.

Заболеваемость корью в Европе достигла исторического максимума за последние десять лет. «Тенденция увеличения заболеваемости корью сохраняется во всем мире, — рассказала руководитель отдела профилактики инфекционных заболеваний Детского научно-клинического центра инфекционных болезней ФМБА России С. Харит.— Это связывают со снижением общемирового уровня вакцинации до 78% вместо требуемых 90–95%. ВОЗ призывает все страны принять решительные меры, чтобы остановить эпидемию путем увеличения вакцинации населения. Вакцины против кори, как моновалентные, так и комбинированные, доказали свою эффективность и безопасность за полвека их применения».

Новый препарат для терапии ревматоидного артрита

Объявлено о выводе на российский рынок нового препарата Кевзара (сарилумаб), предназначенного для лечения пациентов с ревматоидным артритом умеренной или высокой активности. Сарилумаб — человеческое моноклональное антитело, ингибитор рецептора интерлейкина-6 (ИЛ-6), показан для лечения взрослых пациентов с ревматоидным артритом умеренной или высокой степени активности при недостаточном ответе на терапию одним или несколькими болезнь-модифицирующими антиревматическими препаратами или при их непереносимости. Препарат может назначаться в монотерапии при непереносимости метотрексата или при нецелесообразности терапии метотрексатом.

В рамках проведенных исследований было доказано, что сарилумаб может помочь купировать признаки и симптомы, включая тугоподвижность суставов в утреннее время, боль и утомляемость. Препарат изучался в семи клинических исследованиях IIb/III фазы с участием более 2500 пациентов. Было показано, что у пациентов, не достигших ответа на лечение метотрексатом, сарилумаб может купировать симптомы ревматоидного артрита в разных популяциях пациентов и обеспечивать контроль над заболеванием уже через две недели после начала лечения. В клинических исследованиях также было доказано, что применение сарилумаба в комбинации с метотрексатом приводило к снижению выраженности признаков и симптомов ревматоидного артрита, улучшению функционального статуса и значительному снижению степени повреждения суставов у взрослых пациентов с ревматоидным артритом среднетяжелого и тяжелого течения, не достигших достаточного ответа на метотрексате.

«Хотя излечить ревматоидный артрит полностью невозможно, своевременно начатое лечение может значительно замедлить, а в некоторых случаях — и остановить прогрессирование заболевания,— отмечает А. М. Лила, д.м.н., профессор, директор ФГБНУ НИИ ревматологии им. В. А. Насоновой, зав. кафедрой ревматологии РМАНПО.— Нередко врачи и пациенты сталкиваются с тем, что базисная патогенетическая терапия заболевания не показывает ожидаемой эффективности. В таком случае врач имеет возможность провести необходимую коррекцию лечения, в том числе применяя современные генно-инженерные биологические препараты».

Университеты России и Эстонии создадут коллекцию из 2000 биообразцов для изучения диабета второго типа

В ближайшие полтора года в лаборатории биобанкинга и геномной медицины Санкт-Петербургского государственного университета появится коллекция биологических образцов людей с диабетом второго типа. Изучение биообразцов поможет определить, мутации в каких генах приводят к опасному заболеванию, а значит — поможет выявлять недуг еще до появления первых симптомов. Работа организована в рамках первого в России международного проекта в области биобанкирования совместно с Тартуским университетом.

Генетики из России и Эстонии запустили международный исследовательский проект, призванный определить генетические причины развития диабета второго типа, а также найти генетические маркеры, связанные с тяжелой формой течения этого заболевания. Для этого ученые создадут коллекцию образцов крови 2000 пациентов с диабетом второго типа, живущих на территории Северо-Запада.

Базами для сбора биоматериалов станут Псковская областная клиническая больница, НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии имени Д. О. Отта, Городская больница Святого Георгия и другие медицинские учреждения Петербурга, в том числе эндокринологические центры. Также в проекте, где СПбГУ выступает в качестве головной организации, принимают участие генетики одного из самых известных геномных центров Европейского Союза — Тартуского университета (Эстония).

Собранные образцы планируют проанализировать с помощью метода GWAS (genome-wide association studies) — он позволяет искать гены-кандидаты различных заболеваний, включая сахарный диабет первого и второго типов, ишемическую болезнь сердца, ожирение и многое другое. В результате работы исследователи смогут найти генетические маркеры, связанные с самым распространенным эндокринным заболеванием в мире.

Международный проект Development of Neasures for Improving the Quality of Diagnosis and Prevention of Type 2 Diabetes реализуется в рамках программы сотрудничества между Россией и Эстонией («Программа приграничного сотрудничества Россия — Эстония 2014–2020»).

ОНФ: «Присваивать звезды нужно всем организациям первичной медпомощи»

Классификацию со звездами целесообразно применять в отношении всех медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а не только к «бережливым поликлиникам», считает эксперт Общероссийского народного фронта (ОНФ), директор Высшей школы управления здравоохранением Института лидерства и управления здравоохранением Сеченовского университета Р. Хальфин. По его словам, поликлиники, не внедрившие «бережливые технологии», могут относиться к поликлиникам без звезд, с одной или двумя звездами.

В МЗ РФ обсуждается идея сертифицировать поликлиники, работающие по принципу бережливых технологий, присваивая им звезды, как это принято в туристической индустрии при оценке уровня работы отелей, сообщила «Российская газета». Речь идет о качественном изменении организации работы поликлиник: удобной записи к врачам, в том числе дистанционной, соблюдении графика приема больных — ликвидации «живой» очереди, переустройства внутреннего пространства поликлиник, где должны появиться указатели и информационные стенды для посетителей.

«На первоначальном этапе оценки — а предполагается, что она может быть как экспертной, так и общественной,— существует риск субъективного подхода. Однако в дальнейшем методология может быть усовершенствована и стандартизована»,— отметил Р. Хальфин. Он полагает, что введение звездной классификации позволит повысить престиж медицинской организации и мотивацию сотрудников к постоянному совершенствованию бережливых технологий, поскольку рейтинг звездности может пересматриваться. Пациенты устремятся в поликлиники с высоким уровнем звездности, что повысит конкурентоспособность и доходы медицинских организаций, что позволит поощрять работу медиков.

«Врачебное братство» поддержит медиков на пути к выздоровлению

Благотворительный фонд поддержки медицинских работников «Врачебное братство» учрежден в 2011 г. для помощи медикам России, оказавшимся в сложной жизненной ситуации. С начала года расходы фонда на реабилитацию составили более 1 млн рублей. В течение 2019 г. за помощью в БФ «Врачебное братство» обратились и получили помощь медицинские работники, в семьях которых произошли трагедии.

Врачу из г. Тулы Фонд выделил 378 000 рублей на преодоление последствий тяжелого заболевания. Семье врачей из Кемеровской области направлено 413 000 рублей, чтобы поставить на ноги сына, пострадавшего в ДТП. Московскому врачу, делающей все возможное и невозможное, чтобы ее маленький сын мог в будущем вести нормальную жизнь и не испытывать боли, выделены средства на оплату счета в размере 208 000 рублей. В помощь медицинской сестре из Барнаула оплачен счет в сумме 83 660 рублей за дельфинотерапию для ребенка, страдающего аутизмом.

Любовь и мужество близких, ежедневный кропотливый труд совершают чудеса, но это еще не все. Необходима грамотная реабилитация — системная физическая, ментальная, когнитивная и, к сожалению, очень дорогая. Чтобы сэкономить на расходах и самостоятельно оказать родным квалифицированную помощь, врачи часто меняют специализацию, становятся реабилитологами. Часть мероприятий оплачивается государством, но за специальные регулярные реабилитационные программы приходится платить самостоятельно. В этом случае необходима поддержка фондов и благотворителей.

Комбинированная гиполипидемическая терапия у пациентов с недостижением целевых значений липидограммы. Возможности эзетимиба

Н. В. Федорова*, [1], *кандидат медицинских наук*
В. В. Кашталап*, *доктор медицинских наук*
И. А. Шибанова,** *кандидат медицинских наук*
О. Л. Барбараш*, *доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН*

**** ФГБНУ НИИ КПССЗ СО РАН,** Кемерово*
***** ГБУЗ КО ККД им. ак. Л. С. Барбараша***

Резюме. Представлены клинические случаи эффективного использования комбинированной липидснижающей терапии (статин и эзетимиб) у пациентов крайне высокого риска с недостижением целевых значений уровня холестерина липопротеинов низкой плотности. Использование данной комбинации препаратов позволило эффективно и безопасно достичь целевых показателей липидного спектра у пациентов и снизить риск развития повторных сердечно-сосудистых событий.
Ключевые слова: дислипидемия, эзетимиб, статины, сердечно-сосудистые заболевания.

Combined hypolipidemic therapy in patients who failed to achieve target values of the lipidogram. Possibilities of ezetimibe

N. V. Fedorova, V. V. Kashtalap, I. A. Shibanova, O. L. Barbarash

Abstract. Clinical cases of effective use of combined lipid-lowering therapy (statin and ezetimibe) in patients with extremely high risk, who failed to achieve the target values of the level of low-density lipoprotein cholesterol were presented. Use of this drug combination allowed to achieve the target values of lipid spectrum in patients safely and effectively, and to reduce the risk of repeated cardiovascular events.
Keywords: dyslipidemia, ezetimibe, statins, cardiovascular diseases.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) занимают лидирующее место среди причин смертности во всем мире, несмотря на широкое использование интервенционных и медикаментозных методов лечения [1]. Основным из модифицируемых факторов риска развития атеросклероза и ССЗ является нарушение липидного обмена (дислипидемия), которое чаще всего проявляется повышенными уровнями холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) [2]. Согласно данным многоцентрового эпидемиологического исследования по оценке распространенности ССЗ и их факторов риска в 13 регионах Российской Федерации (РФ) (ЭССЕ-РФ) нарушения липидного обмена встречаются у 57,6% трудоспособного населения [3, 4]. В различных регионах РФ распространенность дислипидемии варьирует от 50,1% до 67,6% [4], так, в Кемеровской области процент выявленных нарушений липидного обмена выше, чем по РФ, и составляет 45,6%. В нашем регионе отмечено увеличение с возрастом частоты дислипидемии, без связи с гендерным фактором [5]. Учитывая вышесказанное, проблема раннего выявления дислипидемии и ее медикаментозной коррекции в соответствии с действующими клиническими рекомендациями является крайне актуальной проблемой для нашей страны.

Актуальные клинические рекомендации по ведению пациентов с дислипидемией постулируют необходимость достижения целевых показателей липидограммы с помощью липидснижающей медикаментозной терапии для снижения сердечно-сосудистого риска и увеличения продолжительности жизни пациентов. В рекомендациях предложен персонифицированный подход к определению целевых показателей липидограммы и распределению каждого пациента к определенным категориям сердечно-сосудистого риска (низкий, средний, высокий и очень высокий) [6]. В ряде крупномасштабных рандомизированных клинических исследований доказано, что именно уровень ХС-ЛПНП является основной терапевтической мишенью при коррекции нарушений липидного обмена [7]. В зависимости от тяжести выявленного риска пациента ужесточаются требования к эффективности липидснижающей терапии и необходимости

[1] Контактная информация:
BNatalia88@mail.ru
DOI: 10.26295/OS.2019.44.99.001

достижения более низких значений ХС-ЛПНП. Так, для пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском рекомендации Национального общества по изучению атеросклероза (НОА) требуют достижения значений ХС-ЛПНП < 1,5 ммоль/л. В настоящее время активно обсуждается так называемый крайне высокий (экстремальный) риск, подразумевающий очень быстрое прогрессирование осложнений атеросклероза у пациента и необходимость достижения у этих больных экстремально низких значений ХС-ЛПНП < 1,4 ммоль/л. Это обусловлено тем, что в крупном метаанализе 26 исследований с участием 160 000 пациентов была выявлена интенсивность снижения уровня ХС-ЛПНП и степени уменьшения сердечно-сосудистого риска, вне зависимости от механизма снижения ХС-ЛПНП [7].

Центральное место в лечении дислипидемии и снижении уровня ХС-ЛПНП занимают статины, обладающие мощной доказательной базой, демонстрирующей эффективность и безопасность этой группы препаратов [6]. Однако с увеличением данных об эффективности статинов выявляется и ряд проблем и ограничений их использования. Так, у трети пациентов с исходно высокими значениями ХС-ЛПНП не удается достичь целевых значений уровня ХС-ЛПНП на фоне приема максимально переносимых дозировок статинов [8, 9]. У ряда пациентов с увеличением дозировок статинов повышается риск развития побочных эффектов статинотерапии (миопатия, диабетогенное действие, гепатотропные эффекты). В случае недостаточной эффективности монотерапии статинами у пациентов с недостижением рекомендованных значений липидограммы используется комбинация максимально переносимых доз статинов с эзетимибом [6]. Использование данной комбинации препаратов с различными механизмами липиднижающего действия позволяет снизить уровень ХС-ЛПНП до целевых значений и предотвратить развитие сердечно-сосудистых событий. В данной статье представлены два примера эффективного использования данной комбинации. Материал для статьи был собран на базе липидного центра г. Кемерово, функционирующего с сентября 2016 г. За время работы центра выявлено, что из всех направленных пациентов на консультацию к липидологу (более 400 больных) 34,5% из них были пациентами высокого и крайне высокого риска развития сердечно-сосудистых событий с недостижением целевых значений липидограммы на фоне назначения монотерапии статинами.

Клинический случай № 1

Пациент Е., 60 лет, пенсионер, житель г. Кемерова, обратился в липидный центр для коррекции и подбора гиполипидемической терапии 25.10.2016 г. Жалобы предъявлял на боли в грудной клетке при умеренной физической нагрузке.

История настоящего заболевания. Амбулаторно с 2012 г. у пациента зарегистрирована артериальная гипертензия (АГ) с максимальным повышением артериального давления (АД) до 160/90 мм рт. ст. и адаптированным АД 130/80 мм рт. ст. Клинические проявления стенокардии в пределах II функционального класса (ФК) отмечает с 2013 г., за медицинской помощью не обращался, коронарография (КГ) не проводилась. С января 2016 г. отметил учащение приступов стенокардии и был госпитализирован с диагнозом прогрессирующей стенокардии в кардиологический диспансер. 28.01.2016 г. выполнена КГ, выявлено многососудистое атеросклеротическое поражение коронарных артерий, проведено экстренное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием правой коронарной артерии (ПКА). В плановом порядке пациенту рекомендовано ЧКВ первой ветви тупого края и огибающей артерии (I-ВТК-ОА). Дислипидемия регистрируется с января 2016 г., когда после перенесенного острого коронарного синдрома (ОКС) был назначен аторвастатин 40 мг/сут, на фоне приема которого достижения целевых значений уровня ХС-ЛПНП не отмечалось. Доза аторвастатина через 3 месяца была увеличена до максимальной (80 мг/сут), что также не позволило достичь целевого уровня ХС-ЛПНП. В марте 2016 г. проведено плановое ЧКВ со стентированием I-ВТК-ОА. В последующем регулярно наблюдался у кардиолога по месту жительства. На момент обращения в липидный центр пациент постоянно принимал следующую терапию: ко-плавикс (клопидогрел + ацетилсалициловая кислота 75/100 мг) по 1 таблетке в сутки, небиволол 5 мг/сут, розувастатин 40 мг/сут (розувастатин в максимальной дозировке назначен в июле 2016 г.). На фоне приема розувастатина 40 мг/сут уровень ХС-ЛПНП сохранялся в пределах 2,55 ммоль/л, по поводу чего пациент был направлен в липидный центр с диагнозом: «Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия напряжения, ФК II. ЧКВ со стентированием ПКА от января 2016, I-ВТК-ОА от марта 2016 г. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4. Дислипидемия».

Анамнез жизни. Пациент ранее курил в течение 40 лет, не курит 2 года, алкоголь не употребляет. Из сопутствующих хронических заболеваний ранее диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Наследственность по ССЗ не отягощена. Гемотрансфузий не проводилось. Аллергологический анамнез не отягощен. Травм, операций не было.

Данные объективного осмотра. Общее состояние удовлетворительное. Положение активное, сознание ясное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, видимые слизистые — чистые, бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, не увеличены. Отеков нет. Вес — 87,0 кг, рост — 187 см, индекс массы тела (ИМТ) — 24,9 кг/м^2. АД на ведущей (левой) руке через 5 минут отдыха в положении сидя: 130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений (ЧСС) = 75 ударов в минуту.

Со стороны органов и систем (неврологической, мочеполовой, пищеварительной систем, скелетно-мышечного аппарата, нарушений обмена веществ, новообразований) нарушений не выявлено. Признаков семейной гиперхолестеринемии (ксантомы, ксантелазмы и липоидная дуга роговицы) также не выявлено.

По данным электрокардиографии (ЭКГ) регистрируется синусовый ритм с ЧСС 74 удара в минуту, по состоянию миокард без существенных изменений, отмечено замедление внутрипредсердной проводимости, проведения по правой ножке пучка Гиса.

Сформулирован диагноз на основании полученных клинических, анамнестических, лабораторных и инструментальных данных.

Основной диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения, II ФК. ЧКВ со стентированием ПКА (28.01.2016 г.). ЧКВ со стентированием I-ВТК-ОА (март 2016 г.). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I стадии, ФК I. Дислипидемия IIb тип по Фредриксону.

Фоновая патология: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4.

Сопутствующая патология: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, рубцовая деформация, ремиссия.

Пациент консультирован кардиологом-липидологом. Показатели липидограммы были выше целевых значений: общий холестерин (ХС) 4,8 ммоль/л, триглицериды (ТГ) 1,78 ммоль/л, ХС-ЛПНП 2,53 ммоль/л, холестерин липотротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП)

1,2 ммоль/л. Учитывая перенесенный ОКС, верифицированную ИБС, проведенное ЧКВ, пациент относится к категории очень высокого риска, соответственно, целевые показатели липидограммы, согласно рекомендациям для него, были следующие: общий ХС менее 4,0 ммоль/л, ТГ менее 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПНП менее 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП выше 1,2 ммоль/л. Принимая во внимание недостижение целевых значений липидограммы на фоне максимальных доз статинов, определены показания для комбинированной терапии, кардиологом-липидологом назначен эзетимиб в дозе 10 мг/сут к приему 40 мг/сут розувастатина.

Через месяц (22.11.2016 г.) после первичного осмотра кардиолога-липидолога пациент повторно явился на прием с результатами липидного спектра на фоне комбинированной терапии. Комбинация розувастатина в максимальной дозировке (40 мг/сут) с эзетимибом позволила в течение месяца значимо снизить уровень ХС-ЛПНП (табл. 1). Рекомендовано продолжить прием комбинированной липидснижающей терапии. На повторном осмотре через 3 месяца по результатам лабораторных обследований отмечено достижение целевых значений липидного спектра, без отклонений в биохимическом анализе крови и без клинических проявлений непереносимости статинов (табл. 1).

Таблица 1

Динамика липидного спектра за время наблюдения в липидном центре (клинический случай № 1)

Показатель	Первично (розувастатин 40 мг/сут)	Через 1 месяц комбинированной терапии (розувастатин 40 мг/сут + эзетимиб 10 мг/сут)	Через 3 месяца комбинированной терапии (розувастатин 40 мг/сут + эзетимиб 10 мг/сут)
Общий ХС, ммоль/л	4,8	3,2	3,0
ХС-ЛПНП, ммоль/л	2,53	1,7	1,51
ХС-ЛПВП, моль/л	1,2	1,2	1,0
ТГ, ммоль/л	1,78	0,7	1,0

Клинический случай № 2

Пациент Г., 50 лет, пенсионер, обратился в липидный центр для коррекции и подбора гиполипидемической терапии.

История настоящего заболевания. Диагноз АГ установлен амбулаторно в 2006 г., с максимальным повышением АД до 160/100 мм рт. ст. и адаптированным АД 120/70 мм рт. ст. В феврале 2012 г. без предшествующих клинических проявлений стенокардии перенес инфаркт миокарда (ИМ), 28.02.2012 г. выполнено ЧКВ передней нисходящей артерии (ПНА), далее было выполнено в срочном порядке ЧКВ со стентированием ПКА (04.03.2012 г.). В последующем симптомов стенокардии не прослеживалось, регулярно наблюдался у кардиолога. На момент обращения в липидный центр принимал лозартан 50 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут, амлодипин 10 мг/сут.

Дислипидемия регистрируется с 2007 г., однако гиполипидемическая терапия не назначалась. С 2012 г. после ОКС начата терапия аторвастатином в максимальных дозах, однако на фоне приема аторвастатина 80 мг/сут пациент отметил миалгию с повышением креатинфосфокиназы (КФК) выше трех норм (330 Ед/л), доза была снижена до 40 мг/сут. Прием аторвастатина в дозе 40 мг/сут сопровождался снижением интенсивности миалгии, однако она не купировалась полностью. Достижения целевых значений липидограммы при этом не было. С июня 2017 г. принимает аторвастатин в дозе 20 мг/сут, на фоне чего не отмечает симптомов миалгии, уровень КФК составляет 152 Ед/л. Пациент был направлен на консультацию в липидный центр для коррекции гиполипидемической терапии.

Анамнез жизни. Пациент ранее курил в течение 20 лет, не курит 6 лет, алкоголь не употребляет. Из сопутствующих хронических заболеваний ранее диагностирован хронический гастрит. Наследственность по ССЗ — острое нарушение мозгового кровообращения у отца в 62 года. Гемотрансфузий не проводилось. Аллергологический анамнез не отягощен. Травм, операций не было.

Данные объективного осмотра. Состояние удовлетворительное. Положение активное, сознание ясное. Кожные покровы телесного цвета, чистые. Влажность нормальная. Видимые слизистые — чистые, бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, не увеличены. Отеков нет. Вес — 101,0 кг, рост — 178 см, ИМТ — 31,9 кг/м^2. АД на ведущей (правой) руке через 5 минут отдыха в положении сидя: 118/75 мм рт. ст., ЧСС = 60 ударов в минуту.

Со стороны органов и систем (неврологической, мочеполовой, пищеварительной систем, скелетно-мышечного аппарата) нарушений и новообразований не выявлено. Признаков семейной гиперхолестеринемии (ксантомы, ксантелазмы и липоидная дуга роговицы) не выявлено.

По данным ЭКГ регистрируется синусовый ритм с ЧСС 60 ударов в минуту, замедление проведения по правой ножке пучка Гиса. Умеренные изменения миокарда левого желудочка.

Сформулирован диагноз на основании полученных клинических, анамнестических, лабораторных и инструментальных данных.

Основной диагноз: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (2012 г.). ЧКВ со стентированием ПНА (28.02.2012 г.). ЧКВ со стентированием ПКА (04.03.2012 г.). ХСН I стадии, ФК I. Дислипидемия IIа тип по Фредриксону. Непереносимость максимальных доз статинов.

Фоновая патология: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4.

Сопутствующая патология: хронический гастрит, ремиссия.

Первичный осмотр кардиолога-липидолога проведен 16.11.2017 г. На момент обращения в центр показатели липидного спектра на фоне приема аторвастатина 20 мг/сут составляли: общий ХС 4,47 ммоль/л, ХС-ЛПНП 3,1 ммоль/л, ХС-ЛПВП 0,83 ммоль/л, ТГ — 1,2 ммоль/л. Уровень трансаминаз в пределах нормы (аспартатаминотрансфераза (АСТ) 26,8 Ед/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) 39,1 Ед/л).

Учитывая наличие ИБС, перенесенный ИМ, проведенное ЧКВ, пациент относится к категории очень высокого риска. Принимая во внимание непереносимость средних и максимальных доз статинов и недостижение целевых значений уровня ХС-ЛПНП, пациенту назначена комбинированная терапия аторвастатином 20/30 мг/сут через день и эзетемибом 10 мг/сут.

На повторном осмотре через месяц (21.12.2017 г.) после первичного осмотра и начала комбинированной терапии (аторвастатин 20/30 мг/сут с чередованием через день + эзетимиб 10 мг/сут) отмечено снижение показателей липидного спектра с последующим достижением целевых значений уровня ХС-ЛПНП через 3 месяца приема такой комбинированной терапии (табл. 2). Далее было рекомендовано продолжить прием липидснижающей терапии в прежнем объеме. В табл. 2 также представлена безопасность данной комбинации препаратов.

Таким образом, показана эффективность и безопасность комбинации максимально переносимой дозы статина