

Офтальмоскопическая картина: в 66,8% случаев отмечено частичное, а в 24,4% – полное рассасывание геморрагий и уменьшение отека в макулярной зоне. В 17,6% случаев существенных изменений не наблюдалось.

Выводы.

1. Ретиналамин является высокоэффективным средством в комплексном лечении как «сухой», так и «влажной» форм центральной хориоретинальной дистрофии.

2. Наибольший терапевтический эффект достигается при ранней стадии неэкссудативной формы заболевания, преимущественно с изменениями на уровне ретинального пигментного эпителия.

Литература

1 Эффективность Ретиналамина у пациентов с сухой формой возрастной макулярной дегенерации при различной кратности курсов внутримышечных инъекций / В. В. Нероев, О. В. Зайцева, Т. Д. Охочимская [и др.] // Российский офтальмологический журнал. – 2016. – № 9 (1). – С. 39-46. – doi: 10.21516/2072-0076-2016-9-1-39-46.

2. Антонов, А. А. Экспериментальные исследования эффективности Ретиналамина / А. А. Антонов, А. С. Макарова, В. С. Решикова // Национальный журнал Глаукома. – 2017. – № 16 (3). – С. 98-102.

3. Разумовский, М. И. Отдалённые результаты лечения дистрофических заболеваний сетчатки пептидными биорегуляторами / М. И. Разумовский, К. М. Павлюченко, А. М. Разумовская // Офтальмология. – 2015. – № 12 (2). – С. 43-47. – doi: 10.18008/1816-5095-2015-2-43-47.

ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ ХОЛЕСТЕРИНА ЛИПОПРОТЕИДОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

**Кардаш Г. Ю.¹, Романова И. С.¹, Кардаш О. Ф.¹,
Козич И. А.², Обейд Н. Р.¹**

¹Белорусский государственный медицинский университет

²4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко города Минска
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время неоспоримой является ведущая роль нарушений липидного обмена в развитии и прогрессировании атеросклероза. Поэтому для снижения риска развития острых коронарных событий в современных клинических рекомендациях и протоколах лечения подчеркивается необходимость достижения целевого уровня холестерина

липопротеидов низкой плотности (ХсЛПНП) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) менее 1,4 ммоль/л [1].

Цель. Оценить частоту достижения целевого уровня ХсЛПНП у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) при госпитализации в учреждение здравоохранения.

Материалы и методы исследования. Методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 126 медицинских карт стационарного пациента (МКС) учреждения здравоохранения с ОКС за период с января по сентябрь 2025 года. В анализ включались пациенты с острым инфарктом миокарда (ОИМ), впервые возникшей (ВВСт) и прогрессирующей стенокардией (ПСт). Оценивались возраст, пол, длительность заболевания, коморбидная патология, показатели липидного спектра, выполненные в течение первых 3 дней от момента поступления, фармакологический анамнез. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартных методов математической статистики. Данные представлены в виде $M \pm m$ (для количественных данных), Me (1 квартиль; 3 квартиль) (для непараметрических данных) либо в процентом выражении. Различия между группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. В исследовании проанализировано 126 ИБ пациентов с ОКС, из них 54,8% ($n=69$) были представлены мужчинами. ОИМ диагностирован в 20,6% ($n=26$), ВВСт – 65,1% ($n=18$), ПСт – 14,3% ($n=82$) случаев. Средний возраст пациентов составил $66,4 \pm 1,0$ лет. Коморбидная патология включала: артериальную гипертензию (АГ) (96,8%), сахарный диабет 2 типа (СД) (32,5%), заболевания периферических артерий (ЗПА) (10,3%), остеохондроз позвоночника (29,4%). Хроническая болезнь почек (ХБП) в зависимости от скорости клубочковой фильтрации (СКФ) была определена в 68,3% ($n=86$) случаев. Длительность анамнеза ИБС в группах ОИМ и ПСт оказалась сопоставимой и составила соответственно 5(2;9,5) лет и 5(3;10) лет.

Уровни общего холестерина (ОХ) ($4,07 \pm 0,25$ ммоль/л), ХсЛПНП ($2,75 \pm 0,19$ ммоль/л) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХсЛПВП) ($1,08 \pm 0,06$ ммоль/л) были достоверно ($p < 0,05$) ниже среди пациентов с ОИМ по сравнению с группой ОКС без подъема сегмента ST ($4,56 \pm 0,12$ ммоль/л, $3,13 \pm 0,10$ ммоль/л и $1,32 \pm 0,03$ ммоль/л, соответственно для ОХ, ХсЛПНП и ХсЛПВП). Концентрации триглицеридов и холестерина неЛПВП в группах не различались. Уровень ХсЛПНП менее 1,4 ммоль/л был достигнут у 5,5% ($n=7$) проанализированных случаев, менее 1,8 ммоль/л – 9,8% ($n=12$).

Определенно указали лекарственные препараты (ЛП), принимавшиеся на догоспитальном этапе, 70,6% ($n=89$) пациентов. Статины (аторвастатин (23,6%) или розувастатин (25,8%)) были назначены во всех описанных случаях в группах ПСт и ОИМ. Однако прием ЛП данной группы прекратили 49,4% ($n=29$) пациентов с ПСт. В группе ВВСт статины использовались на амбулаторном этапе лечения в 23,5% ($n=4$). Половина пациентов принимала аторвастатин в дозе менее 40 мг или розувастатин в дозе менее 20 мг.

Помимо статинов в МКС описан прием на амбулаторном этапе ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (34,8%), сартанов (34,8%), блокаторов кальциевых каналов (39,3%), бета-блокаторов (39,7%), ингибиторов агрегации тромбоцитов (52,8%), вазодилаторов (15,7%), сахароснижающих ЛП (34,8%), диуретиков (32,6%).

Выводы. Ограничением данного исследования является малая выборка пациентов, его ретроспективный анализ и влияние острого состояния на истинные значения липидного спектра крови.

Тем не менее мы можем обозначить проблему, что несмотря на назначение статинов в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения всем пациентам с установленным диагнозом ИБС, целевой уровень ХсЛПНП на амбулаторном этапе лечения достигается у менее чем 10% пациентов с ОКС. Это значительно меньше, чем в странах Западной Европы [2], но сопоставимо с результатами, полученными в российском исследовании АРГО (Анализ Распространенности Гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики) [3].

Причинами сохраняющего высокого уровня ХсЛПНП у пациентов с очень высоким сердечно-сосудистым риском (ССР) являются низкая приверженность к длительному лечению гиполипидемическими ЛП и применение низких доз статинов.

Низкая частота назначения статинов пациентам с высоким ССР (23,5%) и недостижение ими целевого уровня ХсЛПНП свидетельствует о необходимости совершенствования стратегии контроля уровня липидов, что является актуальной проблемой не только в Республике Беларусь [4].

Литература

1. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk / F. Mach, C. Baigent, A. L. Catapano [et al.] // Eur Heart J. – 2020. – Vol. 41, iss. 1. – P. 111-188.
2. Lipid-lowering therapy and low-density lipoprotein cholesterol goal attainment after acute coronary syndrome: a Danish population-based cohort study / M. S. Kristensen, A. Green, M. Nybo [et al.] // BMC Cardiovasc Disord. – 2020. – Vol. 20, iss. 1. – P. 336. – doi: 10.1186/s12872-020-01616-9.
3. Анализ распространенности гиперхолестеринемии в условиях амбулаторной практики (по данным исследования АРГО) : часть I / Н. М. Ахмеджанов, Д. В. Небиеридзе, А. С. Сафарян [и др.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2015. – Т.11, № 3. – С. 253-260
4. Desai, N. R. Nonadherence to lipid-lowering therapy and strategies to improve adherence in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. / N. R. Desai, M. Farbaniec, D. G. Karalis // Clin Cardiol. – 2023. – Vol. 46, iss. 1. – P. 13-21. – doi: 10.1002/clc.23935.