ФАРМАКОЛОГІЧНА СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ДИСЛІПІДЕМІЇ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

1 асист. Сипало А.О., 2 к. мед. н. Дунаєва І. П., 3 к. мед. н. Паштіані Р.В.

*1 Харківський національний медичний університет МОЗ України*

*2. ДУ «Інститут охорони здоров’я дітей та підлітків НАМН України, Харків*

*3. КНП «Міська клінічна лікарня №27» Харківської міської ради*

На сьогоднішній день проблема порушень ліпідного обміну привертає все більшу увагу в дослідників. Особливо корекція дисліпідемії потребує чіткої стратегії лікування у хворих при коморбідній патології ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету (ЦД) 2-го типу. Тому актуальним є питання порівняльної ефективності застосування різних гіполіпідемічних препаратів при лікуванні дисліпідемії за умов синтропії ІХС та ЦД 2 типу в умовах вітчизняної медицини.

Мета – провести порівняльну характеристику застосування статинів у комбінації з фібратами і омега-3 поліненасиченими жирними кислотами у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу.

Матеріали та методи: проведено комплексне обстеження 75 хворих на ІХС та ЦД 2-го типу, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні КНП «Міської клінічної лікарні №27» ХМР. Хворі на ІХС та ЦД 2 типу були поділені на дві підгрупи залежно від одержуваної гіполіпідемічної терапії. У першу підгрупу увійшло 37 хворих на ішемічну хворобу серця та супутній ЦД 2 типу, які в ролі ліпідознижуючої терапії отримували аторвастатин у дозі 20 мг на добу і фенофібрат у дозі 145 мг на добу після вечері. До другої підгрупи увійшло 38 хворих з такими ж нозологічними одиницями, які отримували аторвастатин у дозі 20 мг на добу і омега-3 поліненасичені жирні кислоти (ПНЖК) у дозі
1000 мг вранці та ввечері. Ліпідознижуюча терапія призначалася в складі комплексної терапії для певних нозологічних форм, що включала інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, діуретики, бета-блокатори, за призначенням нітрати, у ролі антиагрегантної терапії - ацетилсаліцилова кислота в дозі 75-100 мг/доб, пероральні цукрознижувальні препарати. Усім хворим проведено комплексне обстеження з визначенням показників ліпідного профілю, а саме рівня загального холестерину (ЗХС) ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ), рівня тригліцеридів (ТГ) проводили за стандартною біохімічної методикою. Розрахунок коефіцієнта атерогенності (КА) проводили за формулою Клімова А.М.: КА = (ЗХС - ЛПВЩ) / ЛПВЩ; рівень ліпопротеїдів дуже низької щільності (ЛПДНЩ) = ТГ / 2,2 × 0,45, (ммоль / л); рівень ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ) = ЗХС - (ЛПДНЩ + ЛПВЩ), (ммоль / л).

Результати: у ході нашого дослідження було виявлено, що у хворих першої підгрупи, які в ролі ліпідознижуючої терапії отримували аторвастатин та фенофібрат, після лікування рівень ЗХС достовірно знизився на 4,67%, рівень ХС ЛПВЩ достовірно підвищився на 40,42%, рівень ТГ знизився на 32,48%, рівень ХС ЛПНЩ знизився на 18,77%, рівень ХС ЛПДНЩ знизився на 30,43%, КА знизився на 14,91%, (р<0,05). У хворих другої підгрупи, які в ролі ліпідознижуючої терапії отримували аторвастатин і омега-3 поліненасичені жирні кислоти після лікування рівень ЗХС достовірно знизився на 5,74%, рівень ХС ЛПВЩ достовірно підвищився на 46,76, рівень ТГ знизився на 26,49%, рівень ХС ЛПНЩ знизився на 18,25%, рівень ХС ЛПНЩ знизився на 28,45% , КА знизився на 14,39%, (р<0,05).

 Висновки: за результатами нашого дослідження достовірних відмінностей ліпідограми залежно від схем гіполіпідемічної терапії (аторвастатин і фібрати; аторвастатин і омега-3 поліненасичені жирні кислоти) у хворих на ішемічну хворобу серця та цукровий діабет 2 типу не було виявлено, але відзначено тенденцію до збільшення рівня холестерину ліпопротеїдів високої щільності у пацієнтів, які отримували омега-3 поліненасичені жирні кислоти в доповнення до статину і до зниження рівня тригліцеридів у хворих, які отримували фібрати в комбінації зі статинами.