

Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата СИМВАСТЕРОЛ

Торговое название: Симвастерол.

Международное непатентованное название:
Симвастатин.

Фармакотерапевтическая группа:
Гиполипидемические препараты. ГМГ-КоА
редуктазы ингибиторы. Код АТС С 10 АА01.

Лекарственная форма: Таблетки, покрытые оболочкой 10 мг, 20 мг или 40 мг № 28.

Показания к применению.

Ишемическая болезнь сердца: У пациентов с ишемической болезнью сердца и концентрацией общего холестерина $\geq 5,5$ ммоль/л (212 мг/дл) с целью: снижения общей смертности, уменьшения риска коронарной смертности, уменьшения риска наступления нефатального инфаркта миокарда, снижения вероятности оперативной коррекции по восстановлению коронарного кровотока (аортокоронарного шунтирование, чрескожная коронарная ангиопластика), замедления развития атеросклеротического процесса в коронарных сосудах, в том числе замедления скорости развития новых изменений и полной обтурации просвета коронарных сосудов.

Гиперхолестеринемия. Симвастерол показан в качестве препарата, дополняющего диетическое лечение у пациентов с повышенной концентрацией общего холестерина, ЛПНП-холестерина, аполипопротеина В и триглицеридов в течение первичной гиперхолестеринемии, семейной гомозиготной гиперхолестеринемии, а также смешанной гиперлипидемии, когда диета и другие способы нефармакологического лечения оказываются недостаточными. Применение препарата Симвастерол вызывает также повышение концентрации ЛПВП-холестерина и тем самым уменьшение отношения ЛПНП/ЛПВП и общего холестерина /ЛПВП.

Способ применения и дозы: *Ишемическая болезнь сердца:* У больных с ишемической болезнью сердца начальная доза составляет 20 мг 1 раз в сутки, вечером. В случае необходимости можно подбирать дозу согласно нижеуказанным рекомендациям (смотри: Гиперхолестеринемия). *Гиперхолестеринемия.* Начальная доза составляет обычно 10 мг 1 раз в сутки, вечером; может быть увеличена до максимальной суточной дозы 40 мг. Обычно терапевтический эффект наступает через 2 недели, а максимальный эффект наблюдается через 4 – 6 недель применения. Не следует увеличивать дозу лекарственного средства раньше, чем через 4 недели лечения. Если уровень холестерина ЛПНП ниже 75 мг/дл (1,94 ммоль/л) или уровень общего холестерина ниже 140 мг/дл (3,6 ммоль/л), следует уменьшить дозу препарата Симвастерол.

Побочные действия: крапивница, кожная сыпь, зуд кожи, фотосенсибилизация, лихорадка, гиперемия лица, облысение; интерстициальное заболевание легких, одышка, чувство удушья, сердцебиение; миопатия, симптомами которой являются миалгии, либо мышечная слабость, а также значительное повышение активности креатинкиназы (КК), рабдомиолиз с/ без почечной недостаточности; слабость и головные боли, головокружения, бессонница, судороги, парестезии, периферическая нейропатия, расплывчатость зрения, нарушение вкусовых ощущений; ухудшение памяти, депрессия, эректильная дисфункция; боли в животе, метеоризм, тошнота, рвота, диарея, запор, гепатит или желтуха, панкреатит; артриты и артралгии, вазомоторный отек, волчаночноподобный синдром, ревматическая полимиалгия, дерматомиозит, васкулиты; тромбоцитопения, эозинофилия, анемия, повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ); повышение уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.

Противопоказания: повышенная чувствительность к любому из компонентов препарата; заболевание печени в активной фазе или стойкое повышение уровня содержания трансаминаз в сыворотке крови неясной этиологии; одновременное применение мифедрила; порфирия; беременность и период лактации; детский и подростковый возраст до 18 лет.

Лекарственные взаимодействия: Симвастатин является эффективным при монотерапии или в комбинации с лекарственными средствами, связывающими желчные кислоты. Рекомендованная максимальная суточная

доза симвастатина у лиц, принимающих одновременно циклоспорин, никотиновую кислоту или лекарственные средства из группы фибратов (за исключением гемфиброзила, фенофибрата), составляет 10 мг. Частота наступления и интенсивность миопатии, связанной с применением ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы выше в случае одновременного применения с такими лекарственными средствами, которые сами могут вызвать миопатию, например: гемфиброзил и другие фибраты, а также никотиновая кислота (ниацин) в дозах, обычно применяемых с целью снижения концентрации липидов (≥ 1 г/сутки). Симвастатин и другие статины биотрансформируются изозимом CYP 3A4. Некоторые лекарственные средства, существующие угнетая в терапевтических дозах 3A4 (CYP 3A4) цитохрома P – 450 изозим могут вызвать значительное повышение концентрации ингибиторов ГМГ-КоАредуктазы в сыворотке крови и таким образом повысить риск наступления миопатии. К этим лекарственным средствам относятся: циклоспорин, гемфиброзил, азольные противомикотические лекарственные средства (итраконазол, кетоконазол и другие), антибиотики макролиды (эритромицин, кларитромицин, телитромицин), ингибиторы протеазы вируса ВИЧ (например, нелфинавир), а также нефазодон (антидепрессант), даназол. Необходимо отменить симвастатин у пациентов, принимающих систематически противогрибковые антибиотики (итраконазол, позаконазол, кетоконазол), либо антибиотики из группы макролидов (эритромицин, кларитромицин, телитромицин). Если применение итраконазола, кетоконазола, позаконазола, эритромицина, кларитромицина или телитромицина является необходимым, применение симвастатина следует прекратить на период курса лечения. С осторожностью следует назначать симвастатин (особенно в высоких дозах) в комбинации с другими менее мощными ингибиторами CYP 3A4: флуконазолом, верапамилом, дилтиаземом. **Флуконазол:** Сообщалось о редких случаях рабдомиолиза, связанных с одновременным применением симвастатина и флуконазола. **Даназол:** Риск миопатии и рабдомиолиза повышается при одновременном применении даназола с симвастатином, поэтому применение с даназолом противопоказано. **Амиодарон:** Риск развития миопатии и рабдомиолиза повышается при одновременном применении амиодарона с симвастатином. В клинических исследованиях о миопатии сообщалось у 6% пациентов, получающих симвастатин в дозе 80 мг и амиодарон. Поэтому у пациентов, принимающих одновременно амиодарон, доза симвастатина не должна превышать 20 мг в сутки.

Блокаторы кальциевых каналов: Верапамил: Риск возникновения миопатии и рабдомиолиза повышается при одновременном применении верапамила и симвастатина в дозе 40 мг или 80 мг. В фармакокинетическом исследовании при одновременном применении верапамила наблюдалось повышение экспозиции симвастатиновой кислоты в 2,3 раза, предположительно по причине ингибирования CYP3A4. Поэтому доза симвастатина не должна превышать 20 мг в сутки у пациентов, одновременно принимающих верапамил. **Дилтиазем:** Риск возникновения миопатии и рабдомиолиза повышается при одновременном применении дилтиазема с симвастатином в дозе 80 мг. Поэтому доза симвастатина не должна превышать 20 мг в сутки у пациентов, одновременно принимающих дилтиазем. **Амлодипин:** Повышенный риск возникновения миопатии наблюдается у пациентов, принимающих одновременно амлодипин и симвастатин в дозе 80 мг. У пациентов, принимающих симвастатин в дозе 40 мг и одновременно амлодипин, риск возникновения миопатии не повышается. В фармакокинетическом исследовании при одновременном применении амлодипина наблюдалось повышение экспозиции симвастатиновой кислоты в 1,6 раза. Поэтому доза симвастатина не должна превышать 40 мг в сутки у пациентов, одновременно принимающих амлодипин. **Фузидовая кислота:** Риск развития миопатии может повышаться при одновременном применении фузидовой кислоты и статинов, включая симвастатин. Сообщалось о единичных случаях рабдомиолиза при применении симвастатина. Может понадобиться временное прекращение применения симвастатина. Если применение комбинации считается необходимым, следует тщательно наблюдать состояние пациентов, применяющих фузидовую кислоту и симвастатин. **Колхицин.** Сообщалось о случаях миопатии и рабдомиолиза при одновременном применении колхицина и симвастатина у пациентов с нарушениями функции почек. Рекомендовано часто проводить клинический мониторинг при применении комбинации у таких пациентов. **Рифампицин.** Поскольку рифампицин является мощным индуктором CYP3A4, у пациентов, длительно принимающих рифампицин (например, для лечения туберкулеза), симвастатин может быть неэффективным. В фармакокинетическом исследовании с участием здоровых добровольцев показатель площади под кривой «концентрация-время» (AUC) симвастатиновой кислоты был снижен на 93% при одновременном применении рифампицина. **Производные кумарина:** Симвастатин в суточной дозе от 20 до 40 мг незначительно усиливает действие антикоагулянтов из

группы кумарина; протромбиновое время, определяемое как International Normalized Ratio (INR) увеличилось. У больных, проходящих лечение антикоагулянтами из группы кумарина, следует определить INR перед началом применения симвастатина, а затем определять его достаточно часто в начальном периоде лечения, чтобы убедиться в том, что не наступает его удлинение. У больных, не проходящих лечение антикоагулянтами из группы кумарина, симвастатин не вызывает кровотечения и изменений INR. **Дигоксин:** Одновременный прием симвастатина и дигоксина приводит к незначительному (менее 0,3 нг/мл) увеличению его концентрации в плазме крови. **Другие лекарственные средства:** Не отмечено клинически отрицательных взаимодействий при одновременном применении симвастатина с ингибиторами ангиотензин конвертирующего фермента, бета-адреноблокаторами, антагонистами кальциевых каналов, диуретиками и нестероидными противовоспалительными средствами.

Особые указания: Следует с осторожностью применять препарат у пациентов с предрасполагающими факторами для возникновения рабдомиолиза. Для того чтобы установить референтные исходные значения, уровень КК следует определять перед началом лечения в следующих ситуациях: пожилой возраст (≥ 65 лет); женщины; нарушение функции почек; неконтролируемый гипотиреоз; врожденная мышечная патология в личном или семейном анамнезе; в анамнезе – мышечная токсичность при применении статинов или фибратов; злоупотребление алкоголем. Грейпфрутовый сок ингибирует активность цитохрома P450 3A4, в больших количествах, подобно другим ингибиторам цитохрома P450 3A4, увеличивает Smax и AUC симвастатина (бета-гидроксикислоты) и риск миопатии. С осторожностью применять Симвастерол при артериальной гипотензии, тяжелой почечной недостаточности, при эпилепсии. Лечение симвастатином следует временно прекратить за несколько дней до запланированного обширного хирургического вмешательства и при возникновении какого-либо серьезного медицинского или хирургического состояния, в том числе при травмах, состояниях после трансплантации органов на фоне иммунодепрессивной терапии. У пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатина < 30 мл/мин) следует очень серьезно взвесить необходимость применения доз, больших чем 10 мг/сутки и очень осторожно начинать применение лекарственного средства. Рекомендуется проводить проверку функциональных проб печени перед началом лечения, затем периодически в первый год применения и на протяжении года от последнего увеличения дозы лекарственного средства. Симвастерол следует применять с осторожностью у лиц, злоупотребляющих алкоголем, или при заболеваниях печени в анамнезе. Заболевания печени в активной фазе или при повышенной активности трансаминаз являются противопоказаниями к применению лекарственного средства. Если у пациента подозревается интерстициальное заболевание легких, лечение статинами следует прекратить. Пациенты с такими редкими врожденными заболеваниями, как непереносимость галактозы, дефицит лактазы Лаппа или мальабсорбция глюкозы-галактозы не должны принимать этот препарат. Симвастерол не оказывает влияния на способность управлять транспортным средством и обслуживать потенциально опасные механизмы. Однако следует принимать во внимание случаи развития головокружения при применении симвастатина.

Условия отпуска из аптек: по рецепту.

Производитель:

Фармацевтический завод «Польфарма» АО
ул. Пельплинска 19, 83-200 Старогард
Гданьски, Польша.
Владелец регистрационного удостоверения:
АО «Химфарм», Казахстан

Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству продукции (товара)

АО «Химфарм», г. Шымкент, Республика Казахстан,
ул. Рашидова, б/н, тел./факс: +7 /7252/ 56 08 82
Тел.: +7 /7252/ 56 13 42



УДК 616.13-004.6:615.22

ИМАНТАЕВА Г.М.

Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ «ОДИССЕЯ»: ФОКУС НА ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА

В статье обсуждаются результаты клинико-эпидемиологического исследования «ОДИССЕЯ» у пациентов высокого риска направленное на определение и коррекцию причин низкой приверженности пациентов к гиполипидемической терапии.

Ключевые слова: атеросклероз, гиполипидемическая терапия, статины-Аторвастерол и Симвастерол.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) среди всех основных классов болезней в большинстве стран мира стоят на 1-ом месте. При этом ведущее место среди ССЗ по заболеваемости и смертности занимает ишемическая болезнь сердца (ИБС), которая зачастую протекает на фоне артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД) [1-3].

Известно, что морфологической основой ИБС является атеросклероз и при проведении ряда крупных многоцентровых исследований убедительно доказана эффективность гиполипидемической терапии в первичной и вторичной профилактике этого заболевания. Появление в клинической практике препаратов – ингибиторов 3-гидрокси-3-метил-глутарил коэнзим А-редуктазы (ГМГ-КоА-редуктазы), наиболее часто употребляемое название «статины», стало выдающимся событием в кардиологии конца XX столетия, оно позволило совершить прорыв в эффективном воздействии на уровень липопротеидов плазмы крови – главный модифицируемый фактор риска развития атеросклероза. Было доказано, что статины эффективно снижают содержание атерогенных фракций (холестерин липопротеидов низкой плотности – ХСЛПНП) и повышают содержание антиатерогенных фракций (холестерин липопротеидов высокой плотности – ХСЛПВП).

При применении статинов их нелипидные (плейотропные) эффекты имеют чрезвычайно важное значение. Согласно современным представлениям, стабилизация процессов, происходящих в легкоранимых атеросклеротических бляшках, эндотелии коронарных сосудов, может предупредить и устранить развитие острых коронарных событий при ИБС. Поэтому, в настоящее время большинство исследователей рекомендуют (при отсутствии противопоказаний) применение статинов у всех пациентов с атеросклерозом. Лечение таких больных следует начинать как можно раньше, например, сразу после верификации диагноза ИБС.

Среди статинов следует отметить оригинальные препараты ловастатина, правастатина, флувастатина, симвастатина, аторвастатина, розувастатина. Однако, в настоящее время на фармацевтическом рынке активно внедряются статины – генерики, которые будучи эквивалентными оригинальным препаратам, имеют гораздо более низкую стоимость, что открывает возможность их широкого применения у больных, которым оригинальные препараты недоступны [1-4].

В многоцентровых международных исследованиях доказано, что прогноз пациентов с дислипидемиями улучшается только при достижении и удержании целевых уровней показателей холестерина (ХС). Однако, не всегда пациенты, получающие

гиполипидемическое лечение, достигают этих целевых значений (у лиц высокого риска целевыми считают уровень общего ХС (ОХС) меньше 4, 5 ммоль/л; ХСЛПНП меньше 2,5 ммоль/л) [5-8].

Это может быть вызвано целым рядом причин, в т.ч. неудовлетворительной приверженностью пациентов к проводимой терапии, неадекватным титрованием доз, высокой стоимостью лечения и отсутствием достаточных знаний по контролю за лечением как у пациентов, так и врачей. В связи с чем, было интересным изучить ситуацию по гиполипидемической терапии пациентов высокого риска у нас в Казахстане, дать характеристику лиц, страдающих дислипидемиями, выяснить степень приверженности пациентов к лечению.

При спонсорской поддержке фармацевтической фирмы «Santo Polpharma of Member Group» было проведено открытое проспективное наблюдательное клинико-эпидемиологическое исследование «ОДИССЕЯ».

Цель исследования: «Оценка соблюдения существующих рекомендаций по дислипидемической терапии больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями».

Материал и методы

В исследование было включено 396 пациентов с ИБС, артериальной гипертензией (АГ) из 9 областей Казахстана (Алматинская, Акмолинская, Южно-Казахстанская, Актюбинская, Костанайская, Северо-Казахстанская, Восточно-

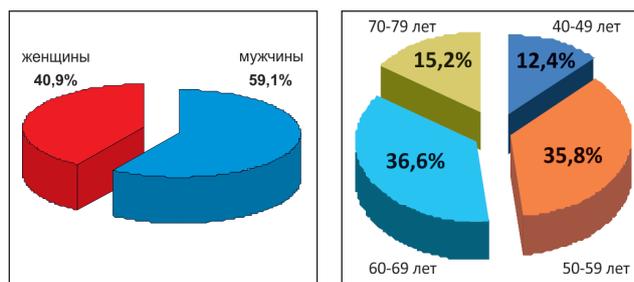


Рисунок 1 – Распределение пациентов по полу и возрасту

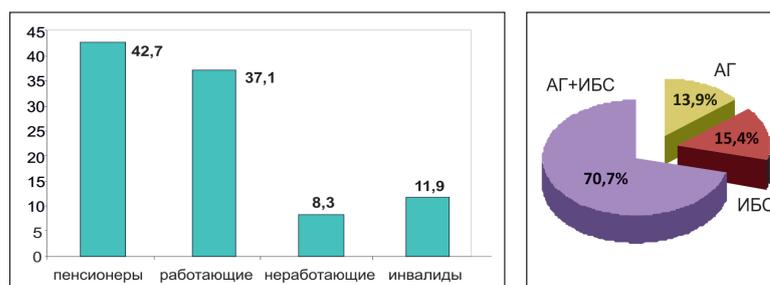


Рисунок 2 – Распределение пациентов по социальному статусу и имеющимся диагнозам

Казахстанская, Карагандинская, Павлодарская). Лица, включенные в исследование, были представлены мужчинами (234 чел.) и женщинами (162 чел.) в возрасте от 40 до 80 лет.

По социальному статусу пациенты были распределены следующим образом: работающие – 37,1%; неработающие – 8,3%; пенсионеры – 42,7%; инвалиды – 11,9%. Исследуемые пациенты в 15,4% наблюдались по поводу ИБС; в 13,9% – артериальной гипертензии (АГ); у 70,7% наблюдалось сочетание – ИБС + АГ.

Результаты и обсуждение

Обследованные пациенты имели следующие факторы риска (ФР): дислипидемии – 100,0%, сахарный диабет (16,7%); избыточная масса тела -80,9% (индекс Кетле 25,0 – 29,9 – 46,1%; индекс Кетле 30,0 и выше –

34,8%); наследственная отягощенность (по ИБС, АГ) – 53,8%. При этом, 76,3% респондентов имели от 3 до 5 факторов риска.

Наблюдаемые лица в 33,6% случаев отмечали, что перенесли инфаркт миокарда; 16,9% – интервенционные и хирургические вмешательства (коронароангиография, стентирование, аорто-коронарное шунтирование); 1,0% – острое нарушение мозгового кровообращения.

При первичном осмотре был сделан опрос пациентов: знают ли они свой уровень холестерина, принимают ли регулярное лечение, если нет – то почему.

Было выявлено, что 65,2% респондентов ранее по назначению врача принимали статины. Из них только 41,2% – регулярно; 51,0% – нерегулярно; 7,8% – затруднились ответить.

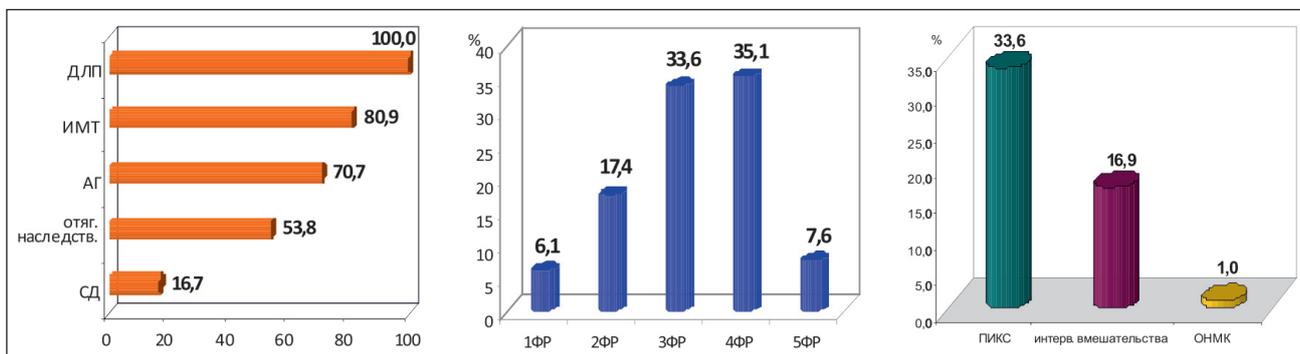


Рисунок 3 – Наличие у пациентов факторов риска и перенесенных состояний

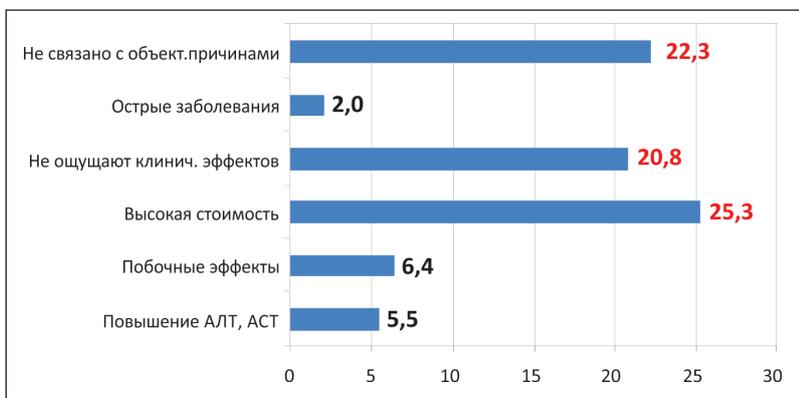


Рисунок 4 – Причины прекращения пациентами приема статинов

Причиной прекращения лечения в 25,3% явилась высокая стоимость; 20,8% – не ощущали клинического эффекта; 22,3% – не связывали с объективными причинами, 17,7% – затруднились ответить.

У пациентов взятых в исследование исходно уровень ОХС составил $6,24 \pm 0,07$ ммоль/л; ХСЛПНП – $3,17 \pm 0,1$ ммоль/л; триглицеридов (ТГ) – $2,02 \pm 0,05$ ммоль/л; ХСЛПВП – $1,16 \pm 0,03$ ммоль/л.

В динамике, на фоне проводимой гиполлипидемической терапии аторвастатином (Аторвастерол) и симвастатином (Симвастерол), через 6 месяцев (3-й визит) произошло снижение уровня липидов по сравнению с исходными данными: уровень ОХС достиг $4,78 \pm 0,05$ ммоль/л, $p \leq 0,001$;

ХСЛПНП – $2,50 \pm 0,07$ ммоль/л, $p \leq 0,05$; ТГ – $1,62 \pm 0,04$ ммоль/л, $p \leq 0,05$; ХСЛПВП – $1,22 \pm 0,03$ ммоль/л.

Следует обратить внимание на дозировки статинов, которые назначали врачи своим пациентам. Так, на 1 визите аторвастерол был назначен 82,9% пациентов (в дозе 40 мг – 15,8%; 20 мг – 62,3%; 10 мг – 21,9%). На 3-м визите аторвастерол получали

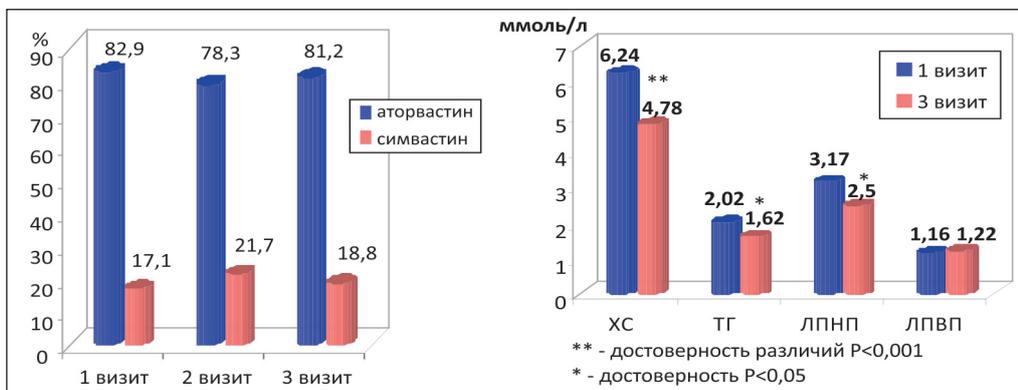


Рисунок 5 – Наименования назначенных пациентам статинов и динамика показателей липидного спектра в процессе лечения

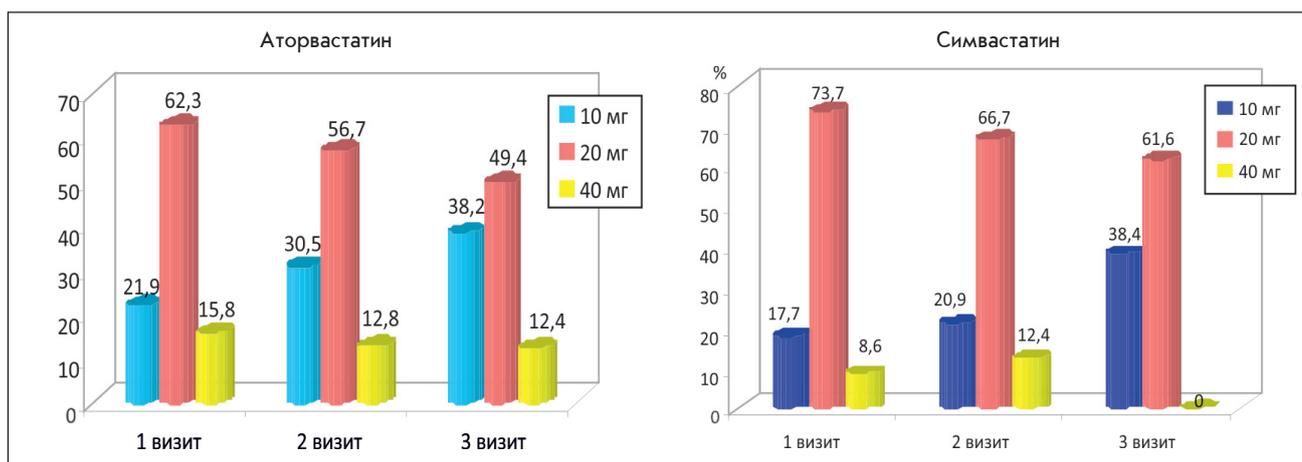


Рисунок 6 – Наименования и дозировки статинов, назначенных пациентам в разные сроки лечения

81,2% больных (в дозе 40 мг – 12,4%; 20 мг – 49,4%; 10 мг – 38,2%).

Симвастерол на 1-ом визите был назначен у 17,1% больных: в дозе 40 мг – 8,6%; 20 мг – 73,7%; 10 мг – 17,7%. На 3-м визите число лиц, получающих симвастерол, увеличилось до 18,8%. Дозировки препаратов были следующие: 40 мг-0%; 20 мг- 61,6%; 10 мг- 38,4%.

Выводы

В ходе анализа данных исследования были сделаны **выводы** по имеющейся клинической практике липид-снижающей терапии:

Исследуемые пациенты (396 человек), представлены лицами высокого риска: имеющие ИБС в сочетании с АГ (70,7%), сахарный диабет (16,7%), ИМТ (80,9%), отягощенную наследственность (53,8%), перенесшие ИМ (33,6%), интервенционные и хирургические вмешательства (16,9%), от 3 до 5 факторов риска (76,3%).

2. До включения в исследование 65,2% респондентов по назначению врача принимали статины, из них только 41,2 % – регулярно, что является крайне недостаточным для кардиологических больных высокого риска.

3. Основными причинами низкой приверженности пациентов к гиполлипидемической терапии явились высокая стоимость препаратов (25,3%) и отсутствие ощущений клинического эффекта (20,8%), а 22,3% прекратили лечение не имея на это объективных причин.

4. Назначение гиполлипидемической терапии (Аторвастерол, Симвастерол) и динамическое наблюдение за кардиологическими пациентами высокого риска в течение 6-ти месяцев привело к повышению приверженности пациентов к лечению, улучшению показателей липидного спектра (достигнуты целевые уровни ТГ, ХС ЛПНП, высоко достоверно снизился уровень ОХС).

5. К 3-му визиту отмечается тенденция к снижению приема более высоких дозировок статинов (20, 40 мг) и увеличение низких дозировок (10 мг), что в определенной степени может объяснить, почему уровень ОХС не достиг целевого уровня, хотя и высоко достоверно снизился к этому сроку.

6. Необходимо учитывать, что эффект статинов дозозависимый и обратимый. В связи с чем, должны применяться оптимальные дозировки препаратов с целью достижения и длительного удержания целевых уровней липидов, проводится тщательный мониторинг общего состояния пациентов, терапия продолжаться неопреде-

ленно долго. Все это позволит положительно влиять на прогноз пациентов высокого риска, эффективно снижать смертность и инвалидизацию.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Ишемическая болезнь сердца/К.Л. Козлов, В.Ю. Шанин.- Санкт-Петербург.-2002.-351с.
- 2 Практическая кардиология/ Ю.М. Поздняков, В.Б. Красницкий.-Москва.- 2007.- 775с.
- 3 Стенокардия/ Ю.М.Поздняков, В.С. Волков.- Москва.- 2008.- 336с.
- 4 Клинические рекомендации. Кардиология / Под редакцией Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – 2007.- 640 с.
- 5 Secondary Prevention: AHA/ ACC Guidelines for Patients with Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update (J.Am.Coll.Cardiol.2006; 47:2130-2139).
- 6 Heart Protection Study Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20,536 high-risk individuals: a randomised placebo controlled trial. Lancet 2002; 360:7-32.RT.
- 7 Dzau VJ, Antman EM, Black HR, Hayes DL, Manson JE, Plutzky J, Popma JJ, Stevenson W. The cardiovascular disease continuum validated: clinical evidens of improved patient outcomes: Part I: Pathophysiology and clinical trial evidence (risk factors through stable coronary artery disease). Circulation 2006; 114:2850-2870. RV.
- 8 ESN-ESC Guidelines Committee 2007. Guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertension 2007; 25: 1105-1187.

ТҰЖЫРЫМ

Г.М. ИМАНТАЕВА

Алматы мемлекеттік білім жетілдіру институты, Алматы қ.

«ОДИССЕЯ» КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ: ЖОҒАРЫ ТӘУЕКЕЛДЕГІ НАУҚАСТАРҒА АРНАЛҒАН ФОКУС

«Одиссея» клиничко-эпидемиологиялық зерттеу» мақаласында жоғары қауіп тобы науқастары назарға алынған: ЖИА, АГ, дислипидемиясы бар жоғарғы қауіптағы науқастар 6 ай ішінде зерттелген және динамикалық бақыланған. Зерттеуге дейін науқастарда ем нәтижесі төмендігі анықталды, көп жағдайда препараттардың бағасының қымбаттылығымен түсіндіріледі және клиникалық әсерді сезінбеген. Науқастарға бағасы қолайлы

және европалық сападағы статиндер: аторвастатин (аторвастерол), және симвастатин (симвастерол) таңдап алынды. Бұл жоғары қауіп тобындағы науқастарда холестерин төмендететін ем нәтижесін көрсетті, атерогенді липидтердің (тығыздығы төмен липопротеидтер, триглицеридтер) мақсатты мөлшеріне түсірді, қандағы жалпы холестерин мөлшерін төмендетті.

Негізгі сөздер: атеросклероз, гиполлипидемиялық емдеу, статиналар -Аторвастерол мен Симвастерол.

SUMMARY

G.M. IMANTAIEVA

Алматы мемлекеттік білім жетілдіру институты,
Алматы қ.

CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH «ODYSSEIA»: FOCUS ON PATIENTS OF HIGH RISK

In article «Clinico-epidemiological research «ODYSSEIA»: «focus on patients of high risk» are cited data on inspection and dynamic observation during 6 months for patients of high risk, who had Ischemic Heart Disease, Arterial Hypertension, dislipidemia. It is revealed, what to capture in research patients had low adherence to treatment, which in majority of cases explained high cost of preparations and that, what did not feel of clinical effect from their reception. To patients have been picked up statins, which on the price policy were accessible under reviews and had the European quality: atorvastatin (Atorvasterol) and simvastatin (Simvasterol). It has allowed to raise adherence of patients of high risk to treatment, to reach target levels atherogenic fractions lipides (lipoproteins low density, triglycerids), highly authentically to lower level of general cholesterol of blood.

Key words: atherosclerosis, lipid-lowering therapy, statins - Atorvasterol and Simvasterol.

Список врачей, участвующих в проведении исследования «ОДИССЕЯ»

1. **Куршин Борис Ефимович** – кардиолог высшей категории, МЦ Медикус в г. Кокшетау
2. **Токсанбаева Гульжамал Абдимоминовна** – кардиолог (2 категория), Шымкентская Городская поликлиника № 5, г. Шымкент
3. **Нысанбаева Нурсауле Комекбаевна** – кардиолог (1 категория), Областной кардиологический центр, г. Шымкент
4. г. Усть-Каменогорск, **Восканян С.В.** Поликлиника №2, кардиолог
5. г. Усть-Каменогорск, **Копотилова Б.Д.** Евромед п-ка, кардиолог
6. г. Семей, **Маркабаева А.А.** ПСТ №1, кардиолог
7. г. Семей, **Емекеева З.С.** ПСТ №1, кардиолог
8. Караганда, **Бадина Л.К.** ч.каб. Бадиной Л.К., кардиолог
9. Караганда, **Полякова Е.О.** ч.кл."Кристина", кардиолог-терапевт
10. Караганда, **Салехова М.П.** ч.кл."Аланда", кардиолог
11. Караганда, **Ким И.В.** ПМСП, кардиолог
12. Караганда, **Дмитрук Л.С.** ПМСП, кардиолог
13. **Горбунова Н. С.**, Костанай. Костанайская Районная Больница, терапевт
14. **Майер О. П.**, Костанай. Железно Дорожная Больница, кардиолог/зав. Терапевтическим отделением
15. **Абикеева А. К.**, Костанай. ТОО Марьям, кардиолог
16. **Сапрыкина Л. Н.**, Костанай. Костанайская Районная Больница, кардиолог
17. **Муфтулина С. В.**, Костанай. Городская Больница, внештатный кардиолог г. Костанай/зав кардиологическим отделением