

## ВАЖНОСТЬ СТАТИНОВ В РЕВМАТОЛОГИИ

*Примкулова Гулбахор Назиржановна*

*Ассистент кафедры ИКП*

*Андижанского государственного медицинского института*

**Аннотация:** Применение ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы у пациентов с ревматологическими заболеваниями в настоящее время ограничивается наличием сопутствующей гиперхолестеринемии. Наличие ревматологического заболевания у пациента не учитывается в современных алгоритмах оценки сердечно-сосудистого риска. В обзоре приведены сведения о дополнительных факторах сердечно-сосудистого риска у пациентов с различными ревматологическими заболеваниями.

**Ключевые слова:** атеросклероз, статины, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, системная склеродермия, подагра.

## THE IMPORTANCE OF STATINS IN RHEUMATOLOGY

*Primkulova Gulbakhor Nazirzhanovna*

*Assistant of the Department of ICP*

*Andijan State Medical Institute*

**Abstract:** The use of HMG-CoA reductase inhibitors in patients with rheumatological diseases is currently limited by the presence of concomitant hypercholesterolemia. The presence of a rheumatic disease in a patient is not taken into account in modern algorithms for assessing cardiovascular risk. The review provides information on additional factors of cardiovascular risk in patients with various rheumatological diseases.

**Key words:** atherosclerosis, statins, rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus, systemic scleroderma, gout.

## **ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время не вызывает сомнений важная роль холестерина в развитии атеросклероза, и свидетельством тому является широкое применение статинов, эффективность которых оценивается по способности снижать уровень холестерина плазмы крови. Массив научных данных, полученный в результате крупных многоцентровых исследований, позволяет утверждать, что иммуновоспалительный каскад, приводящий к эндотелиальной дисфункции, способствует прогрессированию атеросклеротического процесса [2]. Статины, занимающие исключительное место в лечении больных атеросклерозом и ишемической болезнью сердца (ИБС), всё шире назначаются больным ревматическими заболеваниями.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Ревматоидный артрит – хроническое аутоиммунное заболевание с полигенным предрасположением, приводящее к эрозивно-деструктивным изменениям в периферических суставах и сопровождающееся поражением внутренних органов и сердечно-сосудистыми осложнениями. До недавнего времени многие специалисты считали, что ревматоидный артрит, приводя к ранней инвалидизации, не является причиной преждевременной смерти. Клинические исследования последних лет свидетельствуют о необходимости изменения отношения врачей к оценке прогноза для жизни у данной категории пациентов. Изучение структуры смертности больных ревматоидным артритом привело к пониманию того факта, что причиной преждевременной смерти у половины из них являются заболевания сердечно-сосудистой системы, связанные с атеросклеротическим поражением сосудов, а не с ревматическим поражением структур сердца [4].

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Концепция факторов риска развития сердечно-сосудистых катастроф имеет некоторые особенности применительно к больным ревматоидным артритом. Наряду с традиционными факторами, такими как возраст, пол, дислипидемия, необходимо принимать во внимание и дополнительные

факторы риска у пациентов указанной группы [5]. Речь идёт о хроническом воспалительном фоне, побочном действии глюкокортикостероидов, приводящем к атерогенным изменениям липидного спектра. Липидный спектр у больных ревматоидным артритом характеризуется повышением уровня триглицеридов и снижением концентрации холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛВП), увеличением коэффициента атерогенности. Такая особенность соотношения фракций липопротеидов характерна для воспалительных заболеваний, определённую роль играет и назначение преднизолона. Среди факторов риска следует упомянуть артериальную гипертензию, которой способствует приём нестероидных противовоспалительных лекарственных средств и развитие инсулинорезистентности.

За 10 лет с момента установки диагноза ревматоидного артрита сердечно-сосудистые осложнения развиваются у трети больных. Субклинический атеросклероз в виде утолщения комплекса интима-медиа магистральных артерий выявляется у большинства больных ревматоидным артритом, а у четверти пациентов атеросклеротический процесс проявляется клинически в виде ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда) и периферического атеросклероза.

Существуют разные оценки роли активности ревматоидного артрита для прогноза атеросклеротического поражения сосудов. Если наличие ревматоидного фактора в плазме крови больных ревматоидным артритом (серопозитивный артрит) чётко ассоциируется с увеличением риска развития сосудистых осложнений, то активность болезни, определяемая с помощью специальных ревматологических индексов, не всегда коррелирует с частотой развития инфарктов миокарда [4]. С другой стороны, увеличение концентрации С-реактивного белка плазмы крови имеет важнейшее прогностическое значение. Следовательно, вне зависимости от стадии заболевания тактика кардиолога, направленная на снижение сердечно-сосудистых рисков, должна быть агрессивной.

Использование ревматологами ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы носит предварительный характер, и окончательное решение о включении статинов в список лекарственных препаратов, рутинно применяемых для лечения ревматоидного артрита, может быть принято по завершении крупных клинических исследований.

Первые исследования по применению статинов в ревматологии носили экспериментальный характер: в качестве классической модели использовали коллагеновый артрит у мышей, активность которого удалось значительно снизить симвастатином [5].

Особый интерес представляет работа, проведенная мексиканскими учёными, в которой оценивали возможность применения статина у больных ревматоидным артритом, устойчивых к некоторым классическим антиревматическим лекарственным препаратам: симвастатин в дозировке 40 мг/день превзошёл хлорохин по противовоспалительной активности [6]. Другое исследование с симвастатином было проведено в Японии: при назначении 10 мг препарата на 3 месяца снизились показатели активности ревматоидного артрита, в том числе концентрация С-реактивного белка. В одной из работ, проведенной отечественными учёными, использовали ловастатин. Достоверного снижения активности ревматоидного артрита достичь не удалось.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

При назначении ингибиторов ГМГ-КоА редуктазы необходимо помнить, что совместное использование статина и аллопуринола может повысить риск развития миопатий, что требует более частого определения креатинфосфокиназы плазмы крови.

Широкое использование кардиологами в своей практике тиазидовых диуретиков и малых доз аспирина привело к росту числа острых подагрических артритов у больных гиперурикемией. За счёт назначения аторвастатина кардиологи, возможно, уменьшат количество случаев лекарственно индуцированной подагры.

## ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агабабова Э.Р., Алекберова З.С., Алексеева Л.И. Избранные лекции по клинической ревматологии: Учебное пособие для слушателей институтов и факультетов последиplomного образования (под ред. Насоновой В.А., Бунчука Н.В.) М. «Медицина», 2001 г.
2. Чазов Е.И., Кухарчук В.В., Бойцов С.А. Руководство по атеросклерозу и ишемической болезни сердца. М. «Media Medica», 2007 г.
3. Насонов Е.Л. Ревматология: национальное руководство. М. «ГЭОТАР-Медиа» 2008 г.
4. Hall F.C., Dalbeth N. Disease modification and cardiovascular risk reduction: two sides of the same coin? *Rheumatology* 2005;2–10.
5. Leuven S.I., Franssen R., Kastelein J.J. et al. Systemic inflammation as a risk factor for atherothrombosis. *Rheumatology* 2008;47:3–7.
6. Aubry M.-C., Kremers M.H., Reinalda M.C. et al. Differences in atherosclerotic coronary heart disease between subjects with and without rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2007;34:937–942.