



ДИСЛИПИДЕМИЯ И сердечно-сосудистые заболевания

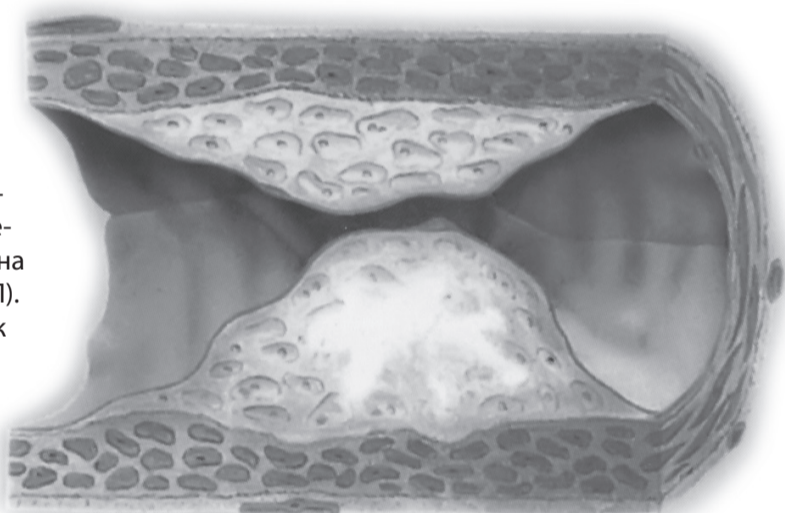
Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), обусловленные атеросклерозом, – основная причина высокой смертности населения России, значительно превышающей смертность от этих болезней в западноевропейских странах. При этом наибольшие различия в смертности наблюдаются у населения трудоспособного возраста. Основная причина высокой распространенности ССЗ – особенности образа жизни, ведущие к появлению факторов риска, которые вместе с генетическими характеристиками способствуют раннему развитию атеросклероза. Один из ключевых факторов развития атеросклероза и связанных с ним заболеваний – дислипидемия, в частности гиперхолестеринемия, увеличение концентрации холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП).

По данным эпидемиологических исследований повышенная концентрация общего холестерина выше 5,0 ммоль/л выявляется в среднем у 65,2% мужчин и 62,1% женщин в возрасте старше 30 лет. У 18% мужчин и 12,8% женщин выявляется гипертриглицеридемия, у 16% мужчин и 20% женщин определяется низкая концентрация холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП). Дислипидемия в 1,5-2 раза повышает риск смерти.

В настоящее время для лиц без ИБС ОХС < 5 ммоль/л, ХСЛПНП < 3 ммоль/л, ХС ЛПВП > 1,0 (муж) 1,2 (жен) ммоль/л, триглицериды < 1,7 ммоль/л.

Для больных ИБС оптимальные показатели ОХС и ХСЛПНП ниже и равны < 4,5 и 2,0 ммоль/л.

Профилактика и коррекция дислипидемии включает немедикаментозные и медикаментозные методы. Немедикаментозная включает диету, коррекцию веса, повышение физической активности, отказ от курения. Цель диеты – снижение ХС и других атерогенных липидов крови при сохранении физиологической полноценности пищевого рациона. Для людей с высоким риском развития ССЗ желательнее, чтобы доля энергии, полученной в результате расщепления полисахаридов, составляла 45%, сахара – 10%, белка 12-14%, общих жиров – 30%. В суточном рационе ХС должен не превышать 300 мг и более 25 г клетчатки. При сахарном диабете доля сахара снижается до 3% в суточной калорийности. В рационе ограничиваются продукты животного происхождения. Из растительных масел рекомендуется оливковое масло, содержащее антиатерогенную мононенасыщенную олеиновую кислоту. Рыбий жир богат полиненасыщенными омега-3 жирными кислотами, которые снижают уровень триглицеридов и в меньшей степени ОХС. Среди других эффектов отмечено снижение артериального давления, подавление тромбообразования, улучшение функции эпителия. Предпочтение следует отдавать рыбе северных морей, содержащей много омега-3 ПНЖК. При ограничении потребления пищевого холестерина до 300 мг/сут снижается холестерин в плазме крови на 10-15%, а при снижении потребления общего жира с 40 до 30% от общей калорийности – еще на 15-20%. Другой важный принцип антиатерогенного питания – увеличение потребления продуктов растительного происхождения, способных связывать и выводить ХС из организма. Реко-



мендуется употреблять: пищевые волокна (не менее 30 г в день), содержащиеся в большом количестве в овощах, фруктах, ягодах, бобовых; пектины (не менее 15 г в день), содержащиеся в свежих фруктах, ягодах и овощах; растительные станола/стерины (не менее 3 г в день).

Перспективным является использование различных продуктов, обогащенных эфирами фитостероидов, которые снижают уровень ХС ЛПНП в среднем на 10%. Фитостероиды ингибируют абсорбцию холестерина в кишечнике, а также усиливают обратный поток ХС из энтероцитов в просвет кишечника. Фитостероиды, добавленные к лечению статинами, обеспечивают дополнительное снижение уровня ХСЛПНП.

Повышение физической активности способствует поддержанию оптимальной массы тела и немного повышает уровень ХСЛПВП.

Отказ от курения сопровождается некоторым снижением концентрации ХСЛПНП и заметным повышением ХСЛПВП.

Таким образом, **немедикаментозные методы профилактики позволяют у лиц с умеренной дислипидемией достигнуть оптимальных концентраций липидов, а у лиц принимающих гиполипидемические препараты, – заметно снизить их дозы и тем самым избежать побочных эффектов.**

В 70-х годах был создан новый класс гиполипидемических препаратов – статины. Их патогенетическое значение оказалось значительным и определялось тем, что они влияют на основную «мишень» высокого риска развития атеросклероза. При снижении ХС ЛПНП на каждые 0,26 ммоль/л смертность от ИБС – 7,1% и риск смерти от всех причин – 4,4%.

Статины ингибируют синтез холестерина в печени,

вследствие чего печеночные клетки увеличивают количество мембранных рецепторов к ЛПНП, которые связывают и выводят из кровотока ЛПНП и снижают ХС в крови. Наряду гиполипидемическим действием статины обладают дополнительными эффектами: улучшают функцию эндотелия, снижают уровень маркеров воспаления, подавляют агрегацию тромбоцитов, ослабляют пролиферативную активность гладкомышечных клеток сосудистой стенки. В зависимости от дозы статины снижают уровень ХС ЛПНП до 65%, уровень триглицеридов – на 10-15%, повышают ХС ЛПВП на 8-10%. **Статины рекомендуют назначать всем больным с различным клиническим проявлением атеросклероза независимо от уровня ХС плазмы крови.** Для контроля безопасности терапии статинами необходимо исследовать кровь на липидный профиль и активность печеночных ферментов аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, креатинфосфокиназы.

В связи с возможностью развития миопатии необходимо обращать внимание на такие симптомы, как боль и слабость в мышцах тела если сопровождается повышением уровня креатининфосфокиназы.

Лечение фибратами приводит к снижению уровня триглицеридов на 20-50% и повышению уровня ХЛПВП на 10-20%.

Никотиновая кислота в суточной дозе 3,0-6,0 г приводит к снижению уровня ОХС ХС ЛПНП на 20-25%, ТГ – на 20-50%, повышают ХС ЛПВП на 25-50%.

Из группы омега-3 ПНЖК зарегистрированы 2 препарата: Омакор и Витрум кардиоомега-3.

Эзетимиб относится к новому классу гиполипидемических препаратов, блокирующих абсорбцию ХС в эпителии тонкого кишечника, снижает ХС ЛПНП на 17-19%. Применяется при комбинированной терапии с другими статинами.

Распространенность дислипидемий среди населения высокая. Своевременная и правильная диагностика дислипидемий – необходимое условие рациональной профилактики и терапии атеросклероза.

Препятствиями для более активной профилактики ИБС являются **недостаточная информированность и приверженность врачей клиническим рекомендациям и неудовлетворительная приверженность пациентов.**

Однако комплексный подход к профилактике и лечению дислипидемий может существенно снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

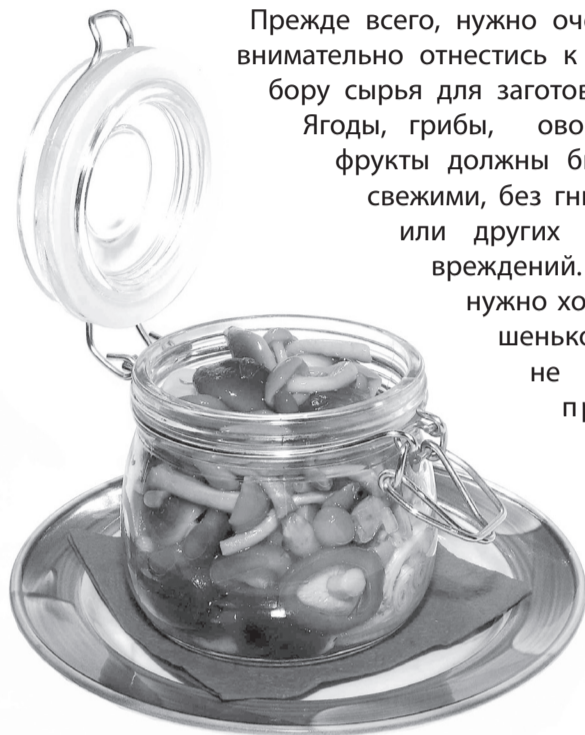
**Малакинова З.Х., к.м.н.,
Зав. методическим кабинетом РЦМП**

Правила домашнего консервирования



Наступает время домашних заготовок на зиму. Рачительные хозяйки, не покладая рук, варят – солят – маринуют...

И в этой связи хочется еще раз напомнить нехитрые, но очень важные правила домашнего консервирования.



Прежде всего, нужно очень внимательно отнестись к отбору сырья для заготовок. Ягоды, грибы, овощи, фрукты должны быть свежими, без гнили или других повреждений. Их нужно хорошенько и не раз про-

целей моющих средств и после этого простерилизовать, т.е. прокипятить в течение 10 минут, а крышки – не менее 5 минут.

2-е правило – надежная стерилизация посуды.

Следующий важный этап в домашнем консервировании. После того, как мы заготовленную продукцию разложили по банкам, подвергаем их достаточной термической обработке: 1-литровые банки кипятим в течение 1 часа, а 0,5-литровые – в течение 30 минут с момента закипания воды в кастрюле.

3-е правило – строгое соблюдение режима тепловой обработки.

Поэтому, уважаемые хозяйки, зная про реальную опасность ботулизма, не рискуйте и лучше при консервировании даров осени закрывайте баночки пластмассовыми крышками, а не закатывайте герметично.

Далее, хранить домашние консервы необходимо в условиях холода, оптимальный режим 0 –3 градуса. Вздутые крышки означают бомбаж и такую продукцию есть нельзя, ее необходимо уничтожить.

4-е правило – хранение заготовок в условиях холода.

Итак, занимаясь домашними заготовками на зиму, вы исполнили все 4 требования – замечательно, но это еще не все.

Когда придет время отведать домашний деликатес, чтобы с вами не приключилась беда, запомните

5-е правило:

- До еды съесть из баночки необходимо выложить в кастрюлю и обязательно прокипятить 15-20 минут, а затем охладить и подавать на стол.

- Если прошло 36 часов с момента открытия банки, а консервы не съедены – их необходимо подвергнуть повторному кипячению

И еще. Детям не следует давать никаких консервов без предварительной тепловой обработки! – детишкам гораздо полезнее свежеприготовленная пища из натуральных продуктов.

Берегите себя и своих близких!

Леонова З.П., врач РЦМП



Что такое холестерин?

В г. Улан-Удэ по данным эпидемиологического исследования нарушение липидного обмена встречается более 60%. Поэтому этот фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний является значимым и требует активного вмешательства. О недостаточной антилипидной профилактике говорят статистические показатели по заболеваемости инфарктами и инсультами, ежегодно в г. Улан-Удэ регистрируются около 1000 инсультов и более 500 случаев инфарктов миокарда.

Холестерин – необходимый структурный компонент мембран всех клеток животных и человека, предшественник желчных кислот, играющих важную роль в процессе пищеварения, входит в состав витамина Д и гормонов, регулирующих обмен и половую функцию. В организме взрослого человека содержится 140-200г холестерина. В сутки организм расходует 1200 мг холестерина, который полностью восполняется за счет синтеза в печени и в меньшей степени поступает с пищей животного происхождения.

Избыток холестерина – фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Если синтез и поступление холестерина с пищей превышает возможности его утилизации, избыточный холестерин накапливается в стенке артерии и стимулирует развитие атеросклероза.

Холестерин, окисляясь под действием активных соединений кислорода, начинает восприниматься клетками иммунной защиты как чужеродный агент, в результате сложного каскада воспаления формируется атеросклеротическая бляшка. Начальные проявления атеросклероза можно обнаружить еще в детском возрасте. В двадцатилетнем возрасте атеросклеротические изменения в коронарных сосудах выявляются в 3\4 случаев.

В процессе своего развития атеросклеротическая бляшка увеличивается в размерах, постепенно сужая просвет сосуда и нарушая кровоснабжение органов и тканей. Что ведет к нарушениям интеллекта и памяти, стенокардии, к почечной недостаточности.

Самым опасным проявлением атеросклероза является внезапный разрыв атеросклеротической бляшки и мгновенным образованием тромба, полностью прекращающим кровоток в пораженной артерии с развитием инфаркта миокарда, почек, мозгового инсульта.

Содержание холестерина в крови определяется при помощи биохимического анализа крови. В результате анализа на липиды, как правило, представлены общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой плотности, высокой плотности

Кому и когда рекомендуется делать анализы крови на липиды?

1 раз в 5 лет – всем лицам старше 20 лет

1 раз в год:

- **мужчинам старше 35 лет**

- **женщинам старше 45 лет**

- **всем лицам при наличии одного из перечисленных факторов риска (курение, артериальная гипертензия > 140/90 мм. рт. ст., отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям, ожирение, сахарный диабет, выявленное ранее повышение холестерина).**

Если Ваши показатели ХС (холестерин) больше 5,0 ммоль/дл, ХС ЛПН (холестерин липопротеидов низкой плотности) >3,0 ммоль/л, ТГ (триглицериды) >1,7мм/л, ХС ЛПВП (холестерин липопротеидов высокой плотности) <1,0 у мужчин и <1,2 у женщин необходимо принять меры.

Все рекомендации даст врач при прохождении диспансеризации в поликлинике, кабинете профилактики, при обследовании в Центре Здоровья.

Будьте здоровы!