

УДК 616.74-009.54:616.12-005.4+615.22
DOI: 10.26435/UC.V013(28).231

А.С. Димитриев¹, Н.О. Ковальчук², Е.Б. Соловьёв²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», Донецк

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ МИОПАТИИ ПРИ ПРИЕМЕ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает лидирующую позицию в структуре заболеваемости сердечно-сосудистой системы экономически развитых стран. Несмотря на значительные успехи в лечении данной патологии, ежегодно в мире от осложнений хронической ИБС умирает около 7,2 млн. человек [1]. По данным статистики глобальная кардиоваскулярная смертность к 2030 г. составит более чем 23,6 млн случаев [2]. Ключевую роль в патогенезе ИБС играют нарушения липидного обмена, приводящие к развитию атеросклеротического поражения коронарных артерий, что в конечном итоге снижает возможности коронарного русла по обеспечению миокарда кислородом в соответствии с метаболическими потребностями.

С точки зрения доказательной медицины гиполипидемическими препаратами первого ряда являются статины (ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А-редуктазы). Доказано, что эти препараты существенно снижают сердечно-сосудистую смертность, что связано со снижением в крови уровня общего холестерина (ХС) и холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП). Таким образом, эти препараты рекомендуются всем пациентам, страдающим ИБС с целью предотвращения развития ее осложнений [3,4].

Результатами многочисленных клинических исследований доказана эффективность и безопасность статинов в лечении гиперлипидемий. Однако эта группа препаратов наряду с положительными имеет и существенные побочные эффекты. Одним из нежелательных эффектов приема статинов являются миалгии, миозиты, миопатии. Данные состояния могут варьировать от бессимптомного повышения уровня креатинфосфокиназы (КФК) в крови до угрожающего жизни рабдомиолиза. [3, 4]. В последние годы также активно обсуждается риск манифестации сахарного диабета 2 типа на фоне терапии статинами [5].

В своей клинической практике мы столкну-

лись со случаем развития миопатии при приеме аторвастатина у больного ИБС.

Пациент М., 1964 г.р., поступил в отделение кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака (ИНВХ им. В.К. Гусака) 11.01.2017 г. с жалобами на общую слабость, боли за грудиной при физической нагрузке, одышку при умеренной физической нагрузке, слабость и боли в икроножных мышцах. Болеет с мая 2016 года. Лечился в кардиологическом и терапевтическом отделениях по месту жительства. С 25.08.2016 г. по 09.09.2016 г. находился на обследовании и лечении в отделении кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака.

В отделении больной обследован:

Эхо-КГ от 25.08.2016 г. Выводы: дилатация левых камер сердца, недостаточность атрио-вентрикулярных клапанов 2 степени. Гипокинез перегородочного, передне-перегородочного сегментов левого желудочка. Глобальная сократимость снижена, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) – 40%. Диастолическая дисфункция ЛЖ 1 тип. Давление в легочной артерии (ЛА) – 32-35 мм рт.ст. Перикард без особенностей. Конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) – 211 мл, конечный систолический объем левого желудочка (КСО ЛЖ) – 126 мл.

Липидный спектр крови от 26.08.2016 г.: общий холестерин – 7,52 ммоль/л, холестерин ЛПНП – 4,93 ммоль/л, триглицериды – 2,88 ммоль/л.

Глюкоза крови 5,0 ммоль/л.

Коронарография от 29.08.2016 г.: 1. левая коронарная артерия (ЛКА): передняя межжелудочковая ветвь (ПМЖВ) – стеноз начального отдела 2-й порции до 80%, стеноз дистального отдела 2-й порции до 60%; огибающая ветвь (ОВ) – гемодинамически значимых окклюзионно-стенозных поражений нет. 2. правая коронарная артерия (ПКА): умеренные стенозы на протяжении. 3. тип кровоснабжения правый.

06.09.2016 г. больному выполнено стентирование ПМЖВ стентом Calipso 3.5/33 mm.

© А.С. Димитриев, Н.О. Ковальчук, Е.Б. Соловьёв, 2018
© Университетская Клиника, 2018

При проведении контрольного Эхо-КГ от 08.09.2016г. КДО ЛЖ – 180 мл, КСО ЛЖ – 105 мл, ФВ ЛЖ – 48%.

Выписан из отделения в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: бисопролол 2,5 мг/сут., лизиноприл 5 мг/сут., верошпирон 25 мг/сут., трифас 5 мг/сут., аторвастатин 40 мг/сут., клопидогрель 75 мг/сут., предуктал МР 1 таб. 2 раза/сут. После выписки в течение двух недель чувствовал себя удовлетворительно, затем вновь появились одышка и боли за грудной при физической нагрузке, боли в ногах, общая слабость. С 26.12.2016г. по 05.01.2017г. находился в терапевтическом отделении по месту жительства. При контрольном Эхо-КГ исследования выявлено снижение ФВ ЛЖ до 26%.

Направлен в ИНВХ им. В.К. Гусака. Госпитализирован в отделение кардиохирургии 11.01.2017г. для уточнения диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациента. В отделении обследован:

Эхо-КГ от 05.01.2017г. Выводы: дилатация левых камер сердца. Акинезия передней стенки ЛЖ. Снижение глобальной сократимости ЛЖ, ФВ ЛЖ – 26%. Недостаточность АВ-клапанов 2 степени.

Коронарография от 17.01.2017г. Выводы: ЛКА, ПКА: без окклюзионно-стенотических поражений. Правый тип кровоснабжения.

Гликемический профиль от 16.01.2017г.: глюкоза крови в 8:00 – 5,05 ммоль/л, 12:00 – 12,93 ммоль/л, 16:00 – 11,42 ммоль/л.

Креатинкиназа – 394,2 Ед/л.

Осмотрен ангиохирургом 12.01.2017 г. Значимых поражений сосудов ног не выявлено.

Осмотрен эндокринологом 19.01.2017 г. Диагноз: Сахарный диабет, тип 2, впервые выявленный.

Клинический диагноз: «ИБС: стенокардия напряжения, ФК 3, атеросклеротический кардиосклероз (стенотическое поражение коронарного русла: стеноз 2-й порции ПМЖВ ЛКА – 80% по данным КВГ от 29.08.2016 г.), стентирование 2-й порции ПМЖВ от 06.09.2016 г. Н2А. (ФВ ЛЖ 27%); сахарный диабет, тип 2, впервые выявленный».

Слабость и боли в икроножных мышцах, а также акинезия передней стенки ЛЖ и снижение ФВ ЛЖ до 26% по данным Эхо-КГ расценены как осложнение терапии аторвастатином. Принято решение об отмене аторвастатина и назначении фенофибрат в дозе 145 мг/сут.

После отмены аторвастатина боли в икроножных мышцах исчезли через 2 дня. При контрольном Эхо-КГ исследовании от 24.01.2017 г.: КДО ЛЖ – 240 мл, ФВ ЛЖ – 37 %.

Больной выписан из отделения в удовлетворительном состоянии.

При контрольном Эхо-КГ исследовании от 12.06.2017 г.: КДО ЛЖ 190 мл, КСО ЛЖ 110 мл. Зон акинезии не выявлено, глобальная сократимость ЛЖ удовлетворительная, ФВ 44%.

Липидный спектр крови от 02.06.2017 г.: общий холестерин – 4,49 ммоль/л, холестерин ЛПНП – 2,77 ммоль/л, триглицериды – 1,64 ммоль/л. Креатинкиназа – 96,2 Ед/л.

А.С. Димитриев¹, Н.О. Ковальчук², Е.Б. Соловьёв²

¹ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

²ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака», Донецк

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ МИОПАТИИ ПРИ ПРИЕМЕ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В статье рассматривается случай развития миопатии при приеме аторвастатина в дозе 40 мг/сут. Приводится краткий обзор отечественной и зарубежной литературы по данной теме, рассматриваются возможные побочные эффекты статинов, приводятся частота и возможные механизмы развития статиновой

миопатии. Обсуждается альтернативный вариант гиполлипидемической терапии у пациентов с непереносимостью статинов – прием фенофибрата.

Ключевые слова: аторвастатин, статиновая миопатия, фенофибрат.

A.S. Dimitriev¹, N.O. Kovalchuk², E.B. Soloviov²

¹SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

²SI «V.K. Gusak Institute of Urgent and Reconstructive Surgery», Donetsk

THE CASE OF DEVELOPMENT OF MYOPATHY IN A PATIENT WITH CORONARY ARTERY DISEASE WITH PRESCRIBED ATORVASTATIN

The article deals with the case of development of myopathy in a patient with prescribed dose of atorvastatin of 40 mg / day. A brief review of national and foreign literature on this topic is given, possible side effects of statins are considered, frequency and possible mechanisms

of development of statin myopathy are given. An alternative option of lipid-lowering therapy is discussed in patients with statin intolerance – taking fenofibrate.

Key words: atorvastatin, statin myopathy, fenofibrate.

ЛИТЕРАТУРА

1. Толпыгина С.Н., Полянская Ю.Н., Марцевич С.Ю. Лечение пациентов с хронической ИБС в реальной клинической практике по данным регистра ПРОГНОЗ ИБС (часть 2). Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2013; 9 (5): 49-59.
2. Mozaffarian, D., Benjamin, E., Go, A., Arnett, D., Blaha, M., Cushman, M., de Ferranti, S., Després, J., Fullerton, H., Howard, V., Huffman, M., Judd, S., Kissela, B., Lackland, D., Lichtman, J., Lisabeth, L., Liu, S., Mackey, R., Matchar, D., McGuire, D., Mohler, E., Moy, C., Muntner, P., Mussolino, M., Nasir, K., Neumar, R., Nichol, G., Palaniappan, L., Pandey, D., Reeves, M., Rodriguez, C., Sorlie, P., Stein, J., Towfighi, A., Turan, T., Virani, S., Willey, J., Woo, D., Yeh, R. and Turner, M. (2014). Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. *Circulation*, 131 (4): e29-e322. DOI:10.1161/CIR.0000000000000152
3. О.М. Драпкина, Е.М. Чернова, О.Н. Корнеева Статины и миопатия: молекулярные механизмы. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2012; 8: 469-473.
4. Олейников В.Э., Хромова А.А., Гусаковская Л.И., Сергацкая Н.В., Романовская Е.М. Аторвастатин у больных с острой и хронической формой ишемической болезни сердца. *Российский кардиологический журнал* 2015; 11 (127): 98-103.
5. Смирнова М.Д., Агеев Ф.Т. Статины – старые мифы и новые факты. *Русский медицинский Refere журнал*. 2017; Т. 25, 20: 1421-1428.

REFERENCES

1. Tolpygina S.N., Polyanskaya Yu.N., Martsevich S.Yu. Lechenie patsientov s khronicheskoi IBS v real'noi klinicheskoi praktike po dannym registra PROGNOZ IBS (chast' 2). *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2013; 9 (5): 49-59 (in Russian).
2. Mozaffarian, D., Benjamin, E., Go, A., Arnett, D., Blaha, M., Cushman, M., de Ferranti, S., Després, J., Fullerton, H., Howard, V., Huffman, M., Judd, S., Kissela, B., Lackland, D., Lichtman, J., Lisabeth, L., Liu, S., Mackey, R., Matchar, D., McGuire, D., Mohler, E., Moy, C., Muntner, P., Mussolino, M., Nasir, K., Neumar, R., Nichol, G., Palaniappan, L., Pandey, D., Reeves, M., Rodriguez, C., Sorlie, P., Stein, J., Towfighi, A., Turan, T., Virani, S., Willey, J., Woo, D., Yeh, R. and Turner, M. (2014). Heart Disease and Stroke Statistics—2015 Update. *Circulation*, 131 (4): e29-e322. DOI:10.1161/CIR.0000000000000152
3. O.M. Drapkina, E.M. Chernova, O.N. Korneeva Statiny i miopatiya: molekulyarnye mekhanizmy. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2012; 8: 469-473 (in Russian).
4. Oleinikov V.E., Khromova A.A., Gusakovskaya L.I., Sergatskaya N.V., Romanovskaya E.M. Atorvastatin u bol'nykh s ostroi i khronicheskoi formoi ishemicheskoi bolezni serdtsa. *Rossiiskii kardiologicheskii zhurnal* 2015; 11 (127): 98-103 (in Russian).
5. Smirnova M.D., Ageev F.T. Statiny – starye mify i novye fakty. *Russkii meditsinskii zhurnal*. 2017; T. 25, 20: 1421-1428 (in Russian).