

*Клинико-эпидемиологические проблемы ревматологии, гастроэнтерологии,
кардиологии, нефрологии, неврологии, инфектологии*

**ЛЕЧЕНИЕ АТЕРОГЕННЫХ
ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ**

СТАТИНАМИ- АТОРВАСТАТИНОМ

Маль Г.С., Иваныкина О.А., Алыменко М.А.
*Курский государственный медицинский университет,
кафедра клинической фармакологии и
фармакотерапии,
Курск*

Гиперлипидемии (ГЛП) представляют собой заболевания, при которых нарушения в образовании, транспорте и метаболизме липопротеидов (ЛП) ведут к повышению уровня холестерина (ХС) и/или триглицеридов (ТГ) в плазме крови. Статины являются новой и наиболее эффективной группой холестеринснижающих препаратов, которые радикально изменили подход к профилактике ишемической болезни сердца (ИБС) и ее осложнений, оттеснив на второй план традиционные гиполипидемические средства. Одним из наиболее последних препаратов из группы статинов является аторвастатин, обладающий наиболее выраженным гиполипидемическим эффектом, по сравнению с его предшественниками.

В целях первичной или вторичной профилактики ИБС при монотерапии аторвастатином на 25-60% снижают частоту ишемических поражений миокарда и уменьшают риск смерти от любой причины почти на 30%. Раннее начало терапии аторвастатином в сочетании с операциями по реваскуляризации позволяет на 60-65% снизить летальность у пациентов с острым инфарктом миокарда в течение 1-го года наблюдения. Аторвастатин снижает риск возникновения стенокардии и острых цереброваскулярных нарушений.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности статина 3-го поколения – аторвастатина по сравнению со статином 1-го поколения – холестаром и 2-го – вазилипом.

В исследование было включено 92 мужчины в возрасте от 41 до 59 лет ($52,2 \pm 6,8$) с ИБС и первичной гиперхолестеринемией (ГХС) или гипертриглицеридемией (ГТГ).

Верификация диагноза ГЛП осуществлялась по наличию ксантоматоза, клиническим проявлениям атеросклероза и данным семейного анамнеза после исключения заболеваний, обуславливающих вторичные нарушения липидного обмена.

Критерии включения пациентов в исследование были следующие: исходное содержание ХС >195 мг/дл и/или исходное содержание ТГ >155 мг/дл, без выраженной гипоальфахолестеринемии, с индексом Кетле < 29.

Обследованные пациенты включались в группы с учетом стратификационных признаков (тип ГЛП, функциональный класс стенокардии напряжения, возраст).

Биохимические методы исследования включали: определение ХС и ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) («Олвекс-диагностикум», г. С.-Петербург); ТГ («Vital-diagnostics», г. С.-Петербург, Россия), апопротеинов (иммуноферментный анализ).

Статистические методы включали статистический пакет «Статистика».

Для прогнозирования эффективности гиполипидемических препаратов в коррекции ГЛП согласно рандомизации были сформированы группы лиц с фармакологическим вмешательством, сопоставимые между собой по возрасту и стратификационным признакам. Пациенты получали монотерапию ловастатином (холестар; 20 мг/сут), вазилипом (20 мг/сут) или аторвастатином (липримар, 10 мг/сут). Исследование проводилось рандомизированным, слепым, контролируемым плацебо – тестом, перекрестным методом.

Анализ изменений параметров системы ЛП в группе больных с изолированной ГХС выявил следующее: после 8 недельного курса фармакотерапии холестаром удалось снизить уровень ХС на 20,3% ($p < 0,05$), вазилипом - на 29,4% ($p < 0,05$), а аторвастатином – на 36,4% ($p < 0,05$), что было обусловлено, снижением уровня ХС ЛНП на 24,1% ($p < 0,05$), 26,9% ($p < 0,05$) и 30,7% ($p < 0,05$) соответственно. Наряду с этими благоприятными изменениями произошло выраженное снижение уровня ТГ на 14,3% ($p < 0,05$), вазилипом - 19,6% ($p < 0,05$), аторвастатином - 22,8% ($p < 0,05$). Уровень ХС ЛВП в результате 8-недельной фармакотерапии холестаром повысился на 18% ($p < 0,05$), вазилипом – 19,6% ($p < 0,05$), аторвастатином – 24,3% ($p < 0,05$).

Кратковременная двухмесячная гиполипидемическая терапия аторвастатином у больных ИБС приводила к изменениям в липид – транспортной системе, статистически отличающимся от фармакотерапии холестаром или вазилипом. Фармакологическая коррекция ГЛП аторвастатином детерминировала достоверный регресс структурно – геометрических параметров левого желудочка, значимое изменение показателей его диастолической функции.

**ДИСБАЛАНС СЫВОРОТОЧНЫХ
ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,
Краснодар*

Цель работы - выявить сдвиги в содержании иммуноглобулинов сыворотки крови у больных с различными хроническими наиболее распространенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Под наблюдением находилось 153 больных и 30 здоровых лиц контрольной группы. У всех больных определяли 3 основных класса иммуноглобулинов (Ig A, M, G) сыворотки крови. Клинические синдромы сопоставляли с уровнем Ig. У 60 % обследованных (у 91 из 153 больных) с различной патологией ЖКТ по сравнению с лицами контрольной группы выявлены изменения уровней количественных соотношений сывороточных Ig.

При тщательном анализе по группам обнаружено, что у больных 1-й группы (с патологией гепатобилиарной системы) имеются разнонаправленные отклонения уровней Ig всех 3 классов, зависящие от степени тяжести заболевания. Так, при хроническом персистирующем гепатите, который характеризовался незначительным болевым и диспепсическим синдромом без выраженных признаков воспалительно-некротического процесса, уровень IgG был достоверно повышен ($p < 0,01$). При агрессивном гепатите отмечалось наиболее выраженное повышение. В указанных группах также статистически достоверным было увеличение уровня IgM. Эти сдвиги сочетались с нарастанием и клинических проявлений: более выраженным диспепсическим синдромом, появлением синдрома воспалительно-некротических изменений гепатобилиарной системы (билирубинемия, повышение активности трансаминаз, диспротеинемия, особенно повышение уровня γ -глобулинов и ускорение СОЭ). Они сочетались и с умеренным увеличением содержания IgA (при активном гепатите), хотя сдвиги по сравнению с контролем были недостоверными. Вместе с тем при циррозе печени мы отметили другую закономерность: по сравнению с контрольной группой обнаружено снижение уровня IgA в сочетании со снижением содержания IgM и выраженным увеличением уровня IgG. При этом было отмечено самое низкое содержание IgA и IgM по сравнению со всеми другими группами больных с патологией органов пищеварения. Статистически достоверное увеличение содержания IgG и IgM было отмечено у больных хроническим холециститом и панкреатитом по сравнению с контрольной группой.

Во 2-й группе обследованных (с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки) наиболее отчетливыми были сдвиги в уровне иммуноглобулинов у больных язвенной болезнью: увеличение уровня IgG и IgM при достоверном снижении содержания IgA ($p < 0,01$). Анализ результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований показал, что эти больные чаще всего были с активным процессом, болевым и диспепсическим синдромом, с наличием язвенного дефекта или деформации двенадцатиперстной кишки, нередко с повышением содержания α_2 - и особенно γ -глобулиновых фракций в сыворотке крови.

В 3-й группе больных (с различными хроническими воспалительными заболеваниями кишечника) по сравнению со здоровыми практически при всех формах патологии отмечено статистически достоверное увеличение уровня IgG, в меньшей степени - IgM и недостоверное - IgA. Однако их содержание, особенно IgG, было несколько ниже, чем при хронических гепатитах, и выше, чем, при язвенной болезни и хронических гастритах. Наиболее высоким был уровень IgG при болезни Крона и неспецифическом язвенном колите, наименее высоким - у больных с синдромом раздраженного кишечника и с хроническим энтероколитом. Подобные отклонения обнаружены главным образом

у больных с выраженными морфологическими изменениями слизистой оболочки кишечника, в которой были эрозивно-язвенные повреждения, отечность и гиперемия слизистой оболочки, сужение просвета, а в сыворотке крови у большинства из них отмечено увеличение содержания γ -глобулинов и реже ускорение СОЭ. Наименьшие изменения в содержании Ig отмечались у больных хроническим энтероколитом, у 1/3 из них иммунограмма была в пределах нормы. Среди больных с синдромом раздраженного кишечника у 1/3 обнаружены отклонения от нормы уровней IgA, M, G, причем эти отклонения были невелики.

Среди больных с хроническими заболеваниями ЖКТ у 60% обследованных выявлены отклонения в количественном составе трёх основных классов Ig: A, M, G. Во всех случаях была отмечена четкая тенденция к увеличению уровня IgG при всех хронических заболеваниях ЖКТ и гепатобилиарной системы. Однако наиболее выраженным дисбаланс иммуноглобулинов был при хронических гепатитах, менее выраженным - при хронических воспалительных заболеваниях кишечника, язвенной болезни и хронических гастритах. Эти сдвиги были неспецифичными, однако, они сочетались с клиническими и лабораторными признаками активного процесса и явились дополнительными критериями для индивидуальной оценки особенностей течения заболевания, определения его активности и решения вопросов о характере лечения, в том числе иммунокорректирующей терапии. Количественное определение трёх основных классов иммуноглобулинов (A, M, G) является неспецифическим диагностическим тестом для определения активности процесса и степени его тяжести при хронических заболеваниях органов пищеварительной системы.

ДЕПРЕССИЯ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,
Краснодар*

Цель работы – исследование ферментной антиоксидантной системы крови у 123 больных ЯБ, состояние которой оценивали по уровню активности в эритроцитах супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (К) и глутатионредуктазы (ГР), обеспечивающих её антирадикальную и антиперекисную защиту. Об антиоксидантной обеспеченности вне клеток судили по уровню активности церулоплазмينا (ЦП), являющегося основным антиоксидантом плазмы крови. Непрямым показателем состояния ферментной антиоксидантной системы крови и некоторых механизмов её функционирования служил уровень активности глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) в эритроцитах. Единая ферментная система, образованная ГР, Г-6-ФДГ, СОД и К, инициирует процессы оксигенации и защищает клетки и органы на молекулярном уровне от свободнорадикальных повреждений.