

058. ВЛИЯНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Гаглоева И.В., Симерзин В.В.

Кафедра факультетской терапии, СамГМУ, г. Самара, Россия

Актуальность: Установлено, что комплекс интимомедиа (КИМ) артерий брахиоцефального соединения (БЦС) является не только маркером атеросклеротического поражения артерий и риска сердечно-сосудистых событий, но критерием оценки эффективности лечения.

Цель работы: Оценить влияние статинов и эзетимиба на процесс ремоделирования артерий БЦС у больных пожилого возраста, со стенокардией напряжения.

Материал и методы. Под наблюдением были 181 больной пожилого возраста со стабильной стенокардией напряжения в возрасте от 60 до 74 лет, мужчин было 173 пациента (95,6%), женщин 8 лиц (4,4%). Все больные с учетом исходных значений ХС ЛНП распределены на три подгруппы. В 1-ю подгруппу включено 57 пациентов с высоким уровнем ХС ЛНП >4,0 ммоль/л. Во 2-ю подгруппу 66 больных - с умеренно повышенными значениями ХС ЛНП 3,0-3,9 ммоль/л. В 3-ю подгруппу 58 лиц с оптимальными значениями ХС ЛНП <3,0 ммоль/л. Пациентам 1-й подгруппы последовательно назначены розувастатин 10 мг/сут и эзетимиб 10 мг/сут, 2-й подгруппы - аторвастатин 20 мг/сут и эзетимиб 10 мг/сут и 3-й подгруппы симвастатин 40 мг/сут. Эффективность лечения оценивалась по динамике клинических данных и результатов триплексного сканирования артерий БЦС: КИМ и степени стеноза общей сонной артерии (ОСА) и внутренней сонной артерии (ВСА).

Результаты исследования показали, что у больных трех подгрупп, несмотря на однонаправленные изменения показателей КИМ выявлена различная качественная динамика морфофункциональных нарушений.

У пациентов 1-й и 2-й подгрупп отмечено статистически достоверное уменьшение КИМ ОСА и ВСА и степени стеноза ОСА и ВСА, что является свидетельством не только стабилизации, но и регресса

атеросклеротического процесса в артериях БЦС. В то же время у пациентов 3-й подгруппы отмечена стабилизация атеросклеротического процесса.

Если уменьшение комплекса интима-медиа и степени стеноза ОСА и ВСА у пациентов 1-й подгруппы на фоне приема розувастатина 10 мг/сут и эзетимиба 10 мг/сут принять за единицу (1,0), то у больных 2-й подгруппы на фоне приема аторвастатина 20 мг/сут и эзетимиба 10 мг/сут он будет равен 0,7, а симвастатина 40 мг/сут - 0,15.

Выводы. Таким образом, у больных пожилого возраста, со стабильной стенокардией с оптимальным уровнем ХС ЛНП монотерапия симвастатином вызвала стабилизацию атеросклероза в артериях БЦС. В то же время у пациентов с умеренным и высоким уровнем ХС ЛНП комбинация розувастатина и аторвастатина с эзетимибом способствовала регресс атеросклеротических изменений в артериях БЦС.

059. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ИММУНОКОРРЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Газизов Р.М., Богоявленский В.Ф., Цибульский А.П., Садыкова А.К.

Кафедра терапии и семейной медицины, кафедра клинической лабораторной диагностики КГМА, НУЗ Отделенческая клиническая больница на ст. Казань ОАО «РЖД», Казань, Россия

Актуальность: Эффективность лекарственных средств (ЛС), обладающих иммунокорректирующим действием, при лечении больных острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) и хронической ревматической лихорадкой (ХРБС) отмечается многими исследователями (Караулов А.В., 1999; Измайлов С.Г., Измайлов Г.А. и соавт., 2001; Земсков А.М. и соавт., 2008 и др.). Иммуномодулирующий эффект ксимедона и димефосфона, синтезированных в ИОФХ им. А.Е.Арбузова Казанского НЦ РАН установлен в экспериментальных и клинических исследованиях (Слабов Ю.Д., 1998; Орлов М.Д. и соавт., 2006; Кравченко И.Э. и др., 2008; Златковская М.В. и др., 2009; Кравченко И.Э. и др., 2009 и др.). В последние годы все большее внимание привлекают немедикаментозные методы лечения. При изучении влияния озона на иммунный статус выявлено его иммуномодулирующее действие (Земсков А.М. и соавт., 2002; Шугаев В.Е. и соавт., 2009). Представляет интерес изучение эффективности медикаментозных и немедикаментозных методов иммунореабилитации при ХРБС.

Цель работы: Сравнительная оценка эффективности отечественных оригинальных ЛС с иммунокорректирующим действием ксимедона и димефосфона и озонированного физиологического раствора (ОФР) при ХРБС.

Материалы и методы: Наблюдалось 290 больных ХРБС в возрасте от 20 до 69 лет, из них женщин - 223, мужчин - 67. У всех больных диагностированы различные пороки сердца. ХСН I стадии была у 132 больных, ХСН IIА стадии - у 93, ХСН IIБ стадии - у 39. Больные были подразделены на четыре группы: 59 больных I группы получали в течение трех недель

традиционную терапию (ТТ); 94 больных II группы на фоне ТТ получали ксимедон в таблетках по 0,5 г 3 раза в день внутрь ежедневно в течение трех недель; 92 больных III группы на фоне ТТ получали димефосфон в течение 21 дня внутрь по 10-15 мл 15% раствора 3 раза в день; 45 больным IV группы на фоне ТТ ежедневно (10 инфузий) внутривенно капельно вводился озонированный физиологический раствор (концентрация озона в растворе - 0,5 мг/л).

Для оценки эффективности лечения ежедневно контролировалось самочувствие и объективное состояние больных, еженедельно проводились клинический и биохимический анализ крови, ЭКГ, Эхо-КГ. Дополнительно к рутинному обследованию еженедельно в динамике определялись количество CD3+-Т-лимфоцитов, их субпопуляций CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов и их соотношение методом непрямого иммунофлюоресцентного анализа с использованием моноклональных антител; функциональная активность лимфоцитов в тесте РБТЛ на ФГА и в тесте КонА индуцированной супрессии; бактерицидная и цитотоксическая активность нейтрофилов в НСТ-тесте (Park В.Н., 1971) в модификации Виксмана М.Е. и Маянского А.Н. (1979); уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G (Mancini G. a. oth., 1964).

Результаты: Комплексное лечение больных ХРБС с включением ксимедона, димефосфона и ОФР оказывало положительное влияние на течение ХРБС, что выражалось в более раннем проявлении положительной динамики у большего числа больных, чем при ТТ; приводила к более ранней, чем при ТТ нормализации показателей клинического и биохимического анализа крови.

Комплексная терапия больных ХРБС с включением ксимедона и димефосфона в отличие от ТТ увеличивала сниженное количество CD3+-Т-лимфоцитов и их субпопуляций CD4+- и CD8+-Т-лимфоцитов и восстанавливала до нормальных величин супрессорную активность лимфоцитов; стимулировала функциональную активность лимфоцитов в РБТЛ с ФГА, приводила к быстрой нормализации показателей бактерицидной и цитотоксической активности в НСТ-тесте и уровней сывороточных иммуноглобулинов.

Исследование влияния ОФР на показатели иммунной системы у больных ХРБС не выявило значительной иммуностимулирующей активности. Содержание CD3+- и CD4+-Т- лимфоцитов несколько увеличилось у больных IV группы и превосходило показатели I группы; однако, уровни доноров эти показатели не достигли. Существенно не менялось количество CD8+-Т-лимфоцитов и соотношение CD4+/CD8+. Изучение функциональной активности Т-лимфоцитов в тесте РБТЛ с ФГА и функциональной активности супрессорных клеток в тесте КонА индуцированной супрессии при лечении ОФР не обнаружило достоверной динамики индекса стимуляции. При изучении бактерицидной и цитотоксической активности нейтрофилов в НСТ-тесте у больных ХРБС на фоне комплексной терапии с применением ОФР по сравнению с больными, получавшими ТТ, наблюдалась достоверная положительная динамика индуцированного НСТ-теста и коэффициента функциональной активности нейтрофилов. Исследование влияния ОФР на