

обследовано 86 человек в возрасте $53,43 \pm 2,33$ года, госпитализированных с верифицированным диагнозом внебольничной пневмонии. В стационаре всем пациентам проведено стандартное клиническое обследование по поводу гипертонической болезни и пневмонии. Дополнительно оценивали вариабельность сердечного ритма на компьютерном электрокардиографе «Поли-Спектр» с модулем «ВНС-Микро».

Установлено, что у лиц с гипертонической болезнью в период пневмонии адаптационные возможности организма снижены, но уровень общей мощности спектра кардиоритмограммы не отличается от такового в период обострения гипертонической болезни (соответственно $230,39 \pm 20,2$ и $249,33 \pm 13,23$ мс²). Вместе с тем, доля симпатических влияний значительно уменьшается

(LF снижается с $31,93 \pm 2,75$ до $85,51 \pm 5,56$ н.е.), достигая уровня, который характерен для пациентов с внебольничной пневмонией без сопутствующих заболеваний (LF $32,04 \pm 1,69$ н.е.).

Уровень парасимпатических влияний на вегетативный баланс у пациентов с гипертонической болезнью в период пневмонии значительно возрастает (HF увеличивается с $14,48 \pm 2,57$ до $68,06 \pm 5,75$ н.е.), приближаясь к значениям, регистрируемым при пневмонии без сопутствующих заболеваний (HF $67,97 \pm 1,69$ н.е.).

Таким образом, вегетативный баланс у лиц с гипертонической болезнью в период внебольничной пневмонии смещается в сторону усиления парасимпатического влияния (LF/HF 0,55) за счет дефицита симпатических влияний.

ДИНАМИКА УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ФЕНОФИБРАТОМ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ С АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Батрак Г.А.*, кандидат медицинских наук,
Мясоедова С.Е., доктор медицинских наук,

Кафедра терапии и эндокринологии ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

* Ответственный за переписку: e-mail: gbatrak@mail.ru

Цель исследования – изучить динамику уровня С-реактивного белка на фоне терапии фенофибратом у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией.

Под наблюдением находились 17 женщин и 3 мужчины с СД 2 типа средней степени тяжести и атерогенной дислипидемией IIБ типа, средний возраст пациентов составил $58,0 \pm 8,5$ года, длительность СД 2 типа – $7,2 \pm 5,9$ года. Все больные имели ожирение по абдоминальному типу: объем талии – 101 ± 13 см; отношение объема талии к объему бедер – $1,03 \pm 0,1$; индекс массы тела – $31,7 \pm 5,1$ кг/м². Исследовали уровень липидов и С-реактивного белка исходно и через 1, 3 и 6 месяцев терапии. Тип дислипидемии определяли по классификации Фредриксона. На фоне применения сахароснижающих препаратов (глибенкламид, гликлазид в дозе 1–4 таблетки в сутки) уровень гликированного гемоглобина A1 составил 7,1%. Все пациенты в течение 6 месяцев принимали фенофибрат Трайкор 145 по 1 таблетке в сутки. Безопасность препарата контролировалась исследованием уровня печеночных трансаминаз исходно и на фоне гиполлипидемической терапии ежемесячно.

У больных СД 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией IIБ типа уровень общего холестерина исходно и через 6 месяцев терапии фенофибратом составил $6,2 \pm 1,5$ и $4,7 \pm 0,6$ ммоль/л соответственно ($p < 0,001$), уровень триглицеридов – $4,47 \pm 1,5$ и $1,9 \pm 0,3$ ммоль/л ($p < 0,001$). Уже через 1,5 месяца лечения у 38% пациентов с СД 2 типа с дислипидемией достигнуты целевые показатели содержания липидов, которые стабильно сохранялись на фоне проводимой терапии. Концентрация С-реактивного белка как системного маркера воспаления составила исходно и через 6 месяцев терапии $17,3 \pm 6,7$ и $4,7 \pm 0,58$ мг/л соответственно ($p < 0,001$). В период гиполлипидемической терапии побочных эффектов применения фенофибрата не выявлено, уровень трансаминаз не превысил допустимые нормы.

Таким образом, терапия фенофибратом Трайкор эффективно снижает уровень липидов и С-реактивного белка у больных СД 2 типа средней степени тяжести с атерогенной дислипидемией, является безопасной и хорошо переносится пациентами.