

Результаты. Анализ непрерывных данных в трех группах с помощью Н-критерия Краскелла – Уоллиса выявил, что САД у пациентов 2 и 3 групп оказалось выше, чем в 1 (на 6,8 и 9,2% соответственно; $H=9,6 - 11,7$; оба $p=0,003$). Помимо этого, у больных 3 группы ИММЛЖ был выше, чем в 1 (на 7,1%; $H=9,5$; $p=0,009$). В дальнейшем, в 3 группе был выполнен корреляционный анализ по Спирмену. В результате нашли прямую связь между размером ЛП и ММЛЖ ($rs=0,71$; $p=0,001$), ТЗСЛЖ ($rs=0,56$; $p=0,001$), КДО ЛЖ ($rs=0,35$;

$p=0,009$), ТМЖП ($rs=0,68$; $p=0,005$), а также ИММЛЖ и КДО ЛЖ ($rs=0,52$; $p=0,046$).

Заключение. Можно полагать, что повышение ИМТ у больных ИБС и АГ ассоциировалось с увеличением САД. У пациентов с Ож ИММЛЖ был выше, чем у обследованных с нормальным ИМТ. У больных с Ож размер ЛП и КДО ЛЖ оказался больше, чем у обследованных с нормальной МТ. Таким образом, выявлена взаимосвязь между Ож и развитием ремоделирования ЛЖ.

ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ФАКТОРЫ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ЖИЛЯЕВА Ю.А., МИХИН В.П., ВАСИЛЬЕВА Д.А.

Курский государственный медицинский университет, г. Курск. Россия

В настоящее время одними из основных антиатерогенных препаратов являются статины, обладающие гипохолестеринемическими свойствами. Однако, наряду с этим, они обладают и рядом плеiotропных эффектов, в частности противовоспалительным.

Цель работы. Определить влияние дженерических препаратов аторвастатина – Торвакарда (Zentiva a.s., Чехия) и симвастатина – Симвакарда (Zentiva a.s., Чехия) в составе комплексной терапии на уровень и С-реактивный белок (СРБ) у пациентов хронической ИБС с гиперхолестеринемией.

Материал и методы. В исследование включены две группы пациентов (I группа – 32 человека, II группа – 20 человек), страдающих ИБС, стабильной стенокардией напряжения II–III ФК. ХСН I–IIA стадии, в сочетании с гиперхолестеринемией в возрасте от 53 до 65 ($58,2 \pm 6,5$) лет, из которых 32 пациента имели артериальную гипертензию легкой и средней степени. Критериями рандомизации служили уровень ХС (от 6,5 ммоль/л до 8,0 ммоль/л) и возраст.

Все пациенты получали стандартную терапию, включающую кардиоселективный β -блокатор (бисопролол 2,5–5 мг/сут); ингибитор АПФ (периндоприл – 10 мг/сут.); блокаторы кальциевых каналов (амлодипин – 2,5–5 мг/сут); антиагреганты (кардиомагнил – 75 мг/сут), при необходимости лечение дополнялось пролонгированными нитратами (изосорбид-мононитрат 20–40 мг/сут).

В течение 12 недель пациенты первой группы получали гиполипидемическую терапию аторвастатином в виде препарата Торвакард – 20 мг/сут. Пациенты второй группы получали симвастатин – Симвакард – 20 мг/сут.

Уровень СРБ определяли количественно иммунотурбидиметрическим методом с использованием многоточечной калибровки, набором

(«Analiticon», Германия), интервал линейности набора – 1,0–20,0 мг/л.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась статистическими программами «StatSoft Statistica 6,0» и Microsoft Excel 2003 с расчетом средних значений и ошибки средней величины ($M \pm m$); парного t-критерия Стьюдента; χ^2 (доверным считался уровень значимости $p < 0,05$).

Результаты. С-реактивный белок (СРБ) служит интегральным параметром, отражающим воспалительный процесс в организме и прежде всего в сосудистом русле.

Уже через 4 недели приема Торвакарда в дозе 20 мг/сут уровень СРБ уменьшился на 17,2%, а к концу 12 недели терапии – на 44,5% от исходных значений. В группе пациентов, принимающих Симвакард – 20 мг/сут, этот показатель снизился на 16,4% и на 25,0% через 4 недели и 12 недель, соответственно.

По мнению исследователей, этот плеiotропный эффект аторвастатина вносит существенный вклад в улучшение прогноза у тяжелых больных с ИБС. В исследовании «ФАРВАТЕР» было получено достоверное снижение уровня СРБ у больных, принимавших аторвастатин в дозах 10 и 20 мг/сут. на 15–20%. Вполне вероятно, что влияние аторвастатина на величину СРБ зависит от клинического состояния пациента (ОКС или стабильная ИБС), а также от используемой дозировки этого статина.

Заключение. Таким образом, за 12 недель терапии дженерическими статинами были доказаны плеiotропные свойства статинов, в частности противовоспалительный эффект. Применение препаратов группы аторвастатина и симвастатина сопровождалось выраженным противовоспалительным эффектом, проявляющимся значительным снижением уровня С-реактивного белка у пациентов, страдающих ИБС.