

### АТОРВАСТАТИН В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шаповал А.В., Мережка В.В.

*Харьковский национальный медицинский университет,  
Харьков, e-mail: veryn44ik@mail.ru*

Статины являются одной из наиболее часто назначаемых групп гиполипидемических средств. Главной целью гиполипидемической терапии является снижение холестерина липопротеинов низкой плотности. Наиболее эффективными препаратами для лечения выраженных нарушений липидного обмена являются синтетические статины, к которым относится Аторвастатин. Он селективно и конкурентно ингибирует ГМГ-КоА-редуктазу – энзим, регулирующий скорость преобразования ГМГ-КоА в мевалонат, являющийся предшественником стеролов, в том числе холестерина. Он позволяет добиться выраженного и стойкого уменьшения содержания в крови уровня холестерина липопротеинов низкой плотности. Особенностью Аторвастатина является его способность снижать уровень триглицеридов вместе с уровнем холестерина.

Применение данного препарата способно остановить прогрессирование коронарного атеросклероза. Аторвастатин позволяет снизить развитие сердеч-

но сосудистых осложнений, поэтому в наибольшей степени соответствует принципу лечения атеросклероза: лечим не высокий холестерин, а пациента с высоким риском развития сердечнососудистых осложнений. У больных сахарным диабетом 2-го типа даже с невысоким уровнем холестерина Аторвастатин в дозе 10 мг/сут безопасен и высокоэффективен в отношении снижения риска первого сердечнососудистого события, включая инсульт. Также широко применяется для лечения пациентов с острым коронарным синдромом. Стабилизация атеросклеротических бляшек – один из механизмов, благодаря которому снижается риск развития повторных событий у пациентов с острым коронарным синдромом. В настоящее время рассматривается новое направление для возможного приема статинов – улучшение прогноза у больных, подвергающихся хирургическим вмешательствам. Вероятность снижения риска сердечнососудистых осложнений при проведении хирургических операций назначением статинов является интересной пока еще гипотезой.

Терапия Аторвастатином более эффективна в предупреждении сердечно-сосудистых осложнений, чем стандартная терапия. Эта эффективность сохраняется и у пациентов с повторными сердечнососудистыми заболеваниями.

### Секция «Актуальные проблемы медицины Севера»

*научный руководитель – Матвеев Афанасий Семенович, канд. мед. наук*

#### ПЕРЕСАДКА ПЕЧЕНИ И ЕЕ ИСХОДЫ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Андреев М.Н.

*Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова, Якутск,  
e-mail: max\_andreev@mail.ru*

**Цель исследования:** На основе клинических данных больных хроническими вирусными гепатитами, перенесших трансплантацию печени, изучить исходы трансплантации у лиц с хронической HCV-инфекцией.

#### Материалы и методы

Исследования основаны на изучении исходов трансплантации печени среди больных хроническим гепатитом С (ХГС) с 2011 года. В работе использованы материалы официальной статистики отделения вирусных гепатитов Якутской городской клинической больницы и Республиканской больницы №1, изучены выписные справки пациентов, которым была проведена ТП в Федеральном медицинском биофизическом центре им. А.И. Бурназяна и в ГБУ РС (Я) РБ№1.

Больным проводился комплекс общеклинических, серологических и молекулярно-биологических исследований для выявления маркеров вирусных гепатитов (анти-HCV, РНК-HCV).

#### Результаты исследования

Республика Саха (Якутия) (РС(Я)) считается гиперэндемичным регионом Российской Федерации по распространенности гемоконтактных вирусных гепатитов В, С и D. Уровень регистрации хронических вирусных гепатитов не имеет тенденции к снижению, показатель пораженности в 2011 году составил 1502,5 на 100 тыс. населения и является по данным Референс-центра по надзору за вирусными гепатитами самым высоким в Российской Федерации.

В настоящее время в листе ожидания в РС (Я) состоят 161 человек с хроническим вирусным гепатитом В, С и D в стадии субкомпенсированного цирроза

печени, со стадией В и С по шкале Child-Turcotte-Pugh, удельный вес лиц с ХГС составил 47,8% (77 человек).

За последние годы из республики проведена трансплантация печени 24 человеку, из них 5 – с ХГС (20,8%), средний возраст прооперированных пациентов с HCV составил 37,6±8,4 года. Мужчин – 3 (60%), 2 женщины (40%). Лица коренной национальности было 4 человека (80%). Средний уровень общего билирубина до операции был в среднем 55,26 мкмоль/л, АЛТ – 73,85 ед/л, АСТ – 122,1 ед/л, альбумина – 29,13 г/л, в общем анализе крови уровень лейкоцитов –  $3,6 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 110 г/л, тромбоциты –  $81 \times 10^9$ /л.

Класс по Чайлд-Пью у 2 больных был В (40%), у 3 – С (60%), несмотря на класс В, ввиду наличия гепатоцеллюлярной карциномы этим больным была рекомендована пересадка печени. Средний балл по MELD – 20, у всех больных по данным эластометрии отмечался фиброз 4 степени. При распределении пациентов по группе крови у 80% была группа крови II (A) Rh (+).

Всем пациентам была проведена родственная трансплантация печени: от дочери к матери – 2 случая, от сына отцу – 1 и от брата к брату – 2. В условиях значительного «дефицита» донорских органов в трансплантологии, родственная пересадка печени является перспективным направлением в этой отрасли. При этом лица с циррозом печени составили 100%, при этом исход в гепатоцеллюлярную карциному наблюдался в 40% случаев.

Известно, что наличие репликации вируса гепатита С в крови пациента не является противопоказанием для трансплантации печени. Реинфекция трансплантата вирусом гепатита С после пересадки печени развивается в 100% случаев (возвратная HCV-инфекция). В группе исследуемых пациентов в 100% отмечалась репликация HCV, вирусная нагрузка колебалась от 66 000 до 7 161 000 МЕ/мл, основной генотип вируса гепатита С у наблюдаемой группы боль-

ных -1b (80%). Противовирусную терапию получали до пересадки 2 человека, у обоих лиц курс лечения стандартной двойной терапией пегилированными интерферонами с рибавирином оказался безуспешным. Трём пациентам (60%) лечение не проведено в до-трансплантационном периоде в связи с поздним диагностированием болезни и наличием противопоказаний к терапии к моменту установления клинического диагноза. Целью противовирусной терапии в до-трансплантационном периоде является снижение вирусной нагрузки. Возможность проведения противовирусной терапии пациентам до ТП определяется степенью компенсации функции печени и решается в индивидуальном порядке.

Операция у 80% пациентов проходила в Федеральном медицинском биофизическом центре им. А.И. Бурназяна, одного пациента прооперировали в ГБУ РС (Я) РБ№1. Послеоперационный период прошёл без осложнений. Состояние доноров печени во всех случаях удовлетворительное.

В послеоперационном периоде в анализах средний уровень АЛТ составлял 48,3 д/л, АСТ – 44,6 ед/л, альбумин – 34 г/л, общий билирубин – 28,7 мкмоль/л, в общем анализе крови лейкоцитов –  $4,0 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 122 г/л, тромбоцитов –  $184,0 \times 10^9$ /л.

Летальность составила 20%, смерть наступила у одной больной в сроке более чем через год после пересадки печени вследствие прогрессирования гепатоцеллюлярной карциномы, были диагностированы отдаленные метастазы в костной системе.

Все больные получают иммуносупрессивную и патогенетическую терапию. Противовирусную терапию (пегилированный интерферон с рибавирином) в настоящее время получает один пациент с ХГС, 3 генотипа HCV и в настоящее время находится на 20-й неделе терапии, РНК-ВГС в крови не обнаруживается, но в анализах наблюдается выраженная лейкопения ( $0,93 \times 10^9$ ) и анемия (89 г/л), корригируемые постоянным приемом мирцеры (50 мкг 1 раз в 2 недели) и нейпогена (30 млн ЕД 3 раза в неделю). Двое больных готовятся к противовирусной терапии, при этом большие надежды возлагаются на безинтерфероновую противовирусную терапию.

По данным организации UNOS (организации в США, контролирующей ЛО, вопросы забора и распределения органов и ведущей статистику), на 2000 год около 1/3 ТП в мире выполнено по поводу ЦП HCV-этиологии. При этом наиболее благоприятные результаты достигаются в случае исходного отсутствия репликации вируса у больного, в посттрансплантационный период вирусный гепатит С развивается примерно у 90%, однако для развития цирроза печени в трансплантированной печени необходимо достаточно длительное время, в течение которого пациент полностью социально адаптирован и неинвалидизирован [Berenguer M., 2001; Berenguer M., 2000; Everson G.T., 2002].

Полученные данные свидетельствуют о улучшении состояния больных, перенесших трансплантацию печени. Однако, есть данные, что у 23% пациентов в течении 3-х лет после ТП развивается цирроз печеночного трансплантата. Примерно 40% пациентов после трансплантации печени могут стать кандидатами для раннего начала противовирусной терапии (отсутствие цитопении). Комбинированная терапия пегилированными ИФ с рибавирином позволяет добиться устойчивого вирусологического ответа в 9-39% случаев, при этом лучшие результаты отмечены при 2 и 3 генотипах HCV [Игнатова Т.М., 2007; Maffero J.A., 2005].

#### Вывод

Увеличение охвата диспансеризацией больных острыми и хроническими вирусными гепатитами В, С, D, носителей вируса гепатита В не менее 90%, в том числе с внедрением ранних методов диагностики цирроза и рака печени вирусной этиологии, грамотный отбор лиц, нуждающихся в противовирусной терапии и оказание медицинской помощи данной группе лиц, в том числе высокотехнологичной, будет способствовать снижению числа больных первичным раком печени в РС (Я).

Прогрессирующее течение хронических вирусных гепатитов с формированием неблагоприятных исходов (цирроз, рак), несмотря на поддерживающую терапию, является показанием к включению пациента в лист ожидания трансплантации печени. Пересадка родственной печени от доноров является оптимальным методом лечения больных с вирусным гепатитом С с исходом в цирроз и рак печени. В ведении пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, необходимо назначение противовирусной терапии для снижения риска прогрессирования болезни до и после операции. Альтернативным методом терапии будет являться на сегодняшний день безинтерфероновая противовирусная терапия.

#### КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ И ДЕТЕРМИНАНТОВ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Бадагуев Д.И., Матвеев А.С., Семенов Д.Н.

*Медицинский институт Северо-Восточного федерального  
университета имени М.К. Аммосова, Якутск,  
e-mail: 89142714810@mail.ru*

Одним из грозных осложнений раннего послеоперационного периода при экстренной хирургической абдоминальной патологии является нозокомиальная интраабдоминальная инфекция (НИАИ), частота которой увеличилась до 47% [1, 4, 5, 6]. Её развитие усугубляет течение болезни, удлиняет сроки нахождения больного в стационаре, ухудшает прогноз и увеличивает стоимость лечения [2, 3, 7].

**Цель исследований:** определение факторов риска развития и детерминантов летального исхода у больных с нозокомиальными интраабдоминальными инфекционными осложнениями в условиях экстренной абдоминальной хирургии.

#### Материалы и методы

Статистическая обработка материала произведена в среде Windows 2007 с использованием программ «Excel 7.0.» и «Biostat». Для характеристики зависимостей параметров использованы метод унивариантного анализа, а также многофакторный корреляционный статистический анализ Браве-Пирсона.

#### Результаты и их обсуждение

В ходе многофакторного анализа мы сравнивали частоту выявления больных-носителей того или иного признака в группах пациентов с развившейся НИАИ и без осложнения.

В качестве основных признаков выбраны тяжесть состояния больных по шкалам APACHE II и SOFA, длительность лечения в ОАРИТ, количество релапаторумий и возраст больного.

В качестве группы сравнения выбран 241 больной с воспалительно-деструктивной патологией органов брюшной полости без НИАИ, которые также лечились в условиях ОАРИТ. По достоверности различий (р) делали вывод о влиянии признака на частоту развития НИАИ.