ВЗАИМОСВЯЗЬ ФЕНОТИПА ОКИСЛЕНИЯ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА ФИБРАТОВ

Маль Г.С., Шанин П.В.,
Алыменко М.А., Росляков С.В.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Целью исследования явилось определение возможности взаимосвязи эффекта фибратов и фенотипа окислительного метаболизма препарата-маркера – пармидина.

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

Скорость окислительных процессов устанавливали путем определения у испытуемых в течение суток концентрации пиридинолкарбамата (пармидина) в слюне через 3, 6, 9, 12, 24 часа после его перорального приема в дозе 10 мг/кг, с последующим расчетом параметров фармакокинетики препарата.

Фенотип окислительного метаболизма оценивали по периоду полуэлиминации пармидина (Т 1/2). Границы фенотипических групп: Т 1/2 < 9 час.- “быстрые”, Т½ = 9-15 час – “медленные” и Т 1/2 > 15 час. – “очень медленные” окислители.

По скорости окислительного метаболизма пациенты ИБС распределились следующим образом: соотношение пациентов с «быстрым», «медленным» и «очень медленным» типом метаболизма составило 31%– 56%- 13% .

Проведенный анализ данных между степенью снижения уровня ТГ безафибратом и исходными показателями окисления выявил четкое преобладание доли больных с отсутствием или недостаточным гипотриглицеридемическим эффектом среди лиц с «быстрым» фенотипом окисления по сравнению с группой «медленных» окислителей.

В группе пациентов с «очень медленным» фенотипом окисления прием безафибрата в дозе 600 мг/сутки в первые же дни вызывал такие побочные эффекты, как диспепсические явления, слабость и боли в мышцах, повышение активности трансаминаз в более чем 3 раза от исходного уровня. У всех пациентов данной группы снижение дозы безафибрата до 200 мг/сутки позволило добиться умеренного гипотриглицеридемического эффекта, при этом нежелательные реакции не возникали.

Фармакотерапия безафибратом в дозе 600 мг/сутки оказалась наиболее эффективной в группе больных с «медленным» фенотипом окисления, где выраженный гипотриглицеридемический эффект достигнут у 90% пациентов без побочных эффектов.

Следовательно, в группе лиц с «медленным» фенотипом окисления вероятен выраженный гиполипидемический эффект при лечении средними дозами препаратов, элиминирующихся из организма путем метаболического окисления. В группе лиц с «очень медленным» фенотипом окисления возможно быстрое возникновение нежелательных реакций при применении средних доз препаратов, в связи с чем стартовая индивидуальная доза должна быть уменьшена. В группе пациентов с «быстрым» фенотипом окисления средние дозы могут не оказать достаточного гиполипидемического действия и поэтому стартовые индивидуальные дозы у этой категории больных необходимо увеличить.

Таким образом, определение скорости окислительного метаболизма препарата в печени, позволяет индивидуализировать фармакологическую коррекцию атерогенных ГЛП, в том числе препаратом из группы фибратов - безафибратом.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ В УСЛОВИЯХ КОСМЕТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Маслова Е.В., Юцковская Я.А.,
Кусая Н.В., Метляева Н.Б.
Врачебная косметологическая лечебница, Владивосток

Задача врача дерматолога - косметолога при лечении тяжелых форм заключается не только в снятии острого процесса, но и в коррекции косметологических недостатков, образующихся после разрешения воспалительных элементов.

В группе наблюдения находились 38 пациентов в возрасте 17 – 23 лет с тяжелыми формами угревой болезни. После обследования пациенты получали изотретиноин (роаккутан) в дозе 0,5 мг/кг массы тела. В среднем курс составлял 6 – 8 месяцев. Через 4 – 6 месяцев после окончания курса лечения в зависимости от преобладания вторичных элементов назначалась комплексная коррекция. 8 пациентов с наличием гипертрофических рубцов получали курс физиопроцедур (фонофорез с гидрокортизоном, электрофорез с лидазой), в сочетании с криодеструкцией. У 5 пациентов преобладали келоидные рубцы в области спины, зоны декольте. Проводились инъекции Sol. Diprospani в область отдельных рубцов с интервалом в 2 недели, до 4 на курс, в сочетании с криодеструкцией, после чего 3 пациента получили курс инъекций лидазы в область рубцов № 10, а 2 пациента – физиопроцедуры (электрофорез с лидазой №10, фонофорез с гидрокортизоновой мазью №10). У 25 пациентов преобладали атрофические, субатрофические, штампованные рубцы и пигментные пятна. В зависимости от глубины дефекта 6 пациентам была проведена механическая дермабразия, 11 пациентам – химические пилинги (Easy TSA, гликолевые 70%), 8 пациентам – микродермабразия алюминиевым корундом. В результате проводимой комплексной, индивидуально подобранной коррекции наблюдались выравнивание рельефа, нормализация цвета и эластичности кожи.

Считаем целесообразным провести социальную реабилитацию с включением в комплекс лечения пациентов с тяжелыми формами УБ косметические процедуры, позволяющие уменьшить косметические дефекты, причиняющие психологическую травму.