

ны уровня ХС ЛНП рассчитывался, как выделение геномной ДНК, осуществлялось стандартным двухэтапным методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование полиморфизмов LPLHindIII (T+495G) (rs320) проведено ПЦР в режиме реального времени. Проверка вида распределения осуществлялась с помощью критериев Колмогорова–Смирнова, количественные признаки были выражены медианой и 25–75% интерквартильным размахом (в скобках). Сравнение групп проводилось с использованием рангового дисперсионного анализа по Фридмену, критерия  $\chi^2$ , критерия Манна–Уитни. Частота генотипов ЛПЛ HindIII +495GG, +495GT, +495TT были 52,5, 44 и 0,5% соответственно. Распределение частот генотипов соответствовало закону Харди–Вайнберга. Медиана уровня ХС ЛНП снизилась до 3,32, 1,92, 1,74 и 1,65 на 4, 8, 24 и 48 неделях лечения соответственно. Общее снижение уровня ХС ЛНП составило 60% к 48 неделе лечения от начального уровня. Для оценки влияния полиморфизма HindIII гена LPL тестировались аддитивная, доминантная и рецессивная генетические модели. В результате тестирования аддитивной модели с помощью критерия Краскела–Уоллиса не было обнаружено статистически значимого влияния исследуемого полиморфизма на эффективность розувастатина, однако, влияние носительства мутантного аллеля Т на было определено при тестировании рецессивной модели с помощью критерия Манна–Уитни. ТТ полиморфизм гена ЛПЛ HindIII обнаружил статистически значимое влияние на базальный уровень ТГ. У гомозигот по Т аллелю прослеживалась тенденция к меньшей эффективности лечения розувастатином в дозе 10 мг/сутки по уровню ХС ЛНП. HindIII полиморфизм гена LPL оказывает статистически значимое влияние на уровень ХС ЛНП у пациентов с ИБС и атерогенными ГЛП при терапии розувастатином.

### РЕКОМБИНАНТНЫЙ ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ИНТЕРЛЕЙКИН IL-2 КАК АГЕНТ АДЪЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Л.В. Липатова, Н.Б. Серебряная, Н.А. Сивакова, Т.В. Капустина *Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*

Учитывая недостаточную эффективность существующих лечебных воздействий при лечении больных эпилепсией (БЭ) и ассоциированных с ней аффективных расстройств (АР), актуальным является поиск новых методов лечения этих терапевтически резистентных форм заболеваний. Цель исследования – изучение возможности использования препарата Ронколейкин®, содержащего рекомбинантный человеческий интерлейкин IL-2 (rIL-2h), являющегося центральным иммунорегуляторным цитокином, в качестве адъювантной терапии аффективных расстройств у больных эпилепсией. Препарат rIL-2h вводился в виде раствора подкожно по 1 мл в дозе 1,0 мг (1 000 000 МЕ rIL-2) через день, № 3, 60 больным ФРЭ; 20 пациентов продолжали получать только базовую терапию АЭП (контроль). Исходный уровень депрессии по шкале Бека у БЭ с АР составил  $17,53 \pm 1,19$ , что соответствует умеренной степени выраженности депрессивных расстройств. После короткого курса лечения препаратом Ронколейкин® среднее значение данного показателя снизилось до  $13,97 \pm 0,82$  ( $p < 0,001$ ) и перешло в диапазон значений, соответствующих легкой степени выраженности депрессии, или субдепрессии. Сравнительный анализ степени тяжести депрессии, определяемой с помощью шкалы Монтгомери–Асберга (MADRS), показал, что выраженность депрессивного синдрома после проведенного лечения стала достоверно ниже первоначального уровня. Среднее значение этого показателя в группе БЭ с АР до лечения Ронколейкином®, составил  $16,32 \pm 1,034$  баллов, при норме до 15 баллов, что соответствует депрессивному состоянию легкой степени. После проведенного лечения среднее значение выраженности депрессивного состояния по шкале MADRS снизилось до  $14,63 \pm 0,878$  баллов и вошло в границы диапазона нормативных значений. явлено достоверное снижение первоначального уровня выраженности симптомов депрессии, определяемой с помощью госпитальной шкалы депрессии (HADS-D), исследуемых симптомов у БЭ с АР на фоне комплексного лечения с применением препарата Ронколейкин®. До лечения средний показатель депрессивного состояния в группе БЭ с АР составил  $8,58 \pm 0,605$ , что соответствует депрессивному состоянию легкой степени. На фоне лечения среднее значение выраженности депрессии снизилось в среднем в 2 раза и составило  $4,59 \pm 0,36$  балла при норме до 7 баллов. Наибольшие изменения иммунного статуса обнаружены у БЭ с АР депрессивного регистра, установлена прямая корреляционная связь между иммунным дисбалансом и наличием депрессивных нарушений ( $r = 0,67$ ;  $p < 0,01$ ) ( $r = 0,71$ ;  $p < 0,01$ ) ( $r = -0,83$ ;  $p < 0,01$ ). В контрольной группе БЭ с АР, не получавших препарат rIL-2h, достоверных различий психометрических показателей не обнаружено.

### ТЕПЛОВИДЕНИЕ С НИТРОГЛИЦЕРИНОВОЙ ПРОБОЙ В ОЦЕНКЕ СОСУДИСТЫХ РЕАКЦИЙ РУК У БОЛЬНЫХ С ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИЕЙ МИОКАРДА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Н.В. Попова, В.А. Попов *Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия*

Для диагностики ишемической болезни сердца (ИБС) в неясных случаях проводятся электрокардиографические пробы с физической нагрузкой или приемом некоторых медикаментов, выявление зон ишемии миокарда с помощью вентрикулографии или радионуклидным методом, подтверждением стенозирования коронарографией. Недостатками этих методов является отсутствие строгой специфичности, ограниченная информативность использования в силу возможного развития тиреотоксического криза, угрожающего жизни больного, значительная трудность ряда методик. Конечности являются интенсивными областями терморегуляции: у ложа пальцев рук находится большое количество артерио-венозных анастомозов, которые играют большую роль в регуляции местной температуры, общего и тканевого обмена. Тем более известна взаимосвязь симпатической иннервации сердца, щитовидной железы и рук. Поэтому одновременное дистанционное исследование кожной температуры верхних конечностей в сочета-