

Таблица 2. Индивидуальная динамика сдвигов активности ферментов цитолиза

Показатели цитолиза	Основная группа	Группа сравнения
АлАТ,МЕ/л	-92,2	-43,4*
АсАТ,МЕ/л	-52,3	-37,4
Коэффициент де Ритиса (АсАТ/АлАТ)	+0,38	+0,07

*-различия в группах достоверны ($p < 0,05$, U-критерий Манна-Уитни)

Активность СОД однонаправлено увеличивалась у больных обеих групп (табл. 3), при этом в основной группе подъем показателя отмечен у 76,9% больных (на 115%), а у пациентов

группы сравнения у 67% (на 66,3%). Активность каталазы повышалась только у больных основной группы у 69,2% (на 47,2%), а у больных группы сравнения только у 44,4% (на 8,4% от исходного).

Таблица 3. Активность ферментов антиоксидантной защиты

Показатель	Исходно		По окончании терапии	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
СОД, ед. акт./г.сек.	31,4±4,84	34,1±4,44	41,95±4,97	42,24±6,32
Каталазы, мМ/г.сек.	632,3±41,54	752,6±48,39	772,1±49,9*	668,3±71,5

*различия исходно и по окончании терапии статистически достоверны ($p < 0,05$, Т-критерий Вилкоксона)

Таблица 4. Индивидуальная динамика сдвигов активности ферментов антиоксидантной защиты

Показатели антиоксидантной защиты	Изменение показателя у больных основной группы	Изменение показателя у больных группы сравнения
СОД, ед. акт./г.сек.	+10,6	+8,13
Каталазы, мМ/г.сек.	+139,7	-84,3*

*-различия $p < 0,05$, (U-критерий Манна-Уитни)

Индивидуальная динамика изменений в показателях активности ферментов (табл.4) свидетельствует о более выраженных изменениях системы антиоксидантной защиты у пациентов основной группы. Исходя из этого, можно утверждать о наличии дисбаланса в ферментной системе первой линии свободнорадикальной защиты у больных группы сравнения.

Таким образом, цитофлавин является эффективным корректором при лечении «цитолитических» поражений печени на фоне инфильтративного туберкулеза легких, что проявляется стимуляцией сукцинатоксидазного окисления с нормализацией внутриклеточного метаболизма, увеличивая содержание внутриклеточных антиоксидантов (сбалансированное повышение активности антиоксидантных ферментов первой линии защиты – СОД и каталазы), реагирующих на свободнорадикальную агрессию. Воздействуя на основные механизмы «лекарственного цитолиза» цитофлавин способствует его снижению, а в ряде случаев, прекращению, позволяя считать

цитофлавин цитопротектором, обладающим антиоксидантной активностью, влияющим на функциональную активность гепатоцитов.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Терентьев В.П., Соболева С.Я., Сергиенко А.И.
РостГМУ, кафедра внутренних болезней №1

Целью исследования явилось у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне цереброваскулярной патологии (ЦВП) выявить изменения энергетического обмена и трехмерной структуры эритроцитов и определить их патогенетическую значимость для формирования нарушений мозгового кровообращения.

Были обследованы 32 больных АГ с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии и 30 пациентов с неосложненной АГ. Всем больным

был проведен суточный мониторинг АД, оценка состояния мозгового кровотока с помощью метода дуплексной цветной доплерографии, применены функциональные пробы с компрессией голлатеральной общей сонной артерии. Выделение фосфолипидов в эритроцитах проведено с помощью проточной тонкослойной хроматографии. О состоянии энергетического обмена судили по содержанию в сыворотке крови альдозазы, глюкозо-6Ф-дегидрогеназы (Г-6Ф-ДГ), АТФ.

У больных при сочетании АГ и ЦВП по сравнению с пациентами с неосложненной АГ активность альдозазы была увеличена в 2,2 раза, а активность Г-6Ф-ДГ, напротив, снижена в 1,7 раза, содержание АТФ снижено в 1,4 раза. Известно, что альдозаза - ключевой фермент анаэробного гликолиза, а Г-6Ф-ДГ - ключевой фермент утилизации глюкозы клетками с пластическими целями. При осложненной АГ активности альдозазы и снижение активности Г-6Ф-ДГ свидетельствовало о развитии в тканях энергодефицита, использовании глюкозы только в энергетических целях и снижение ее использования в пластических целях. У больных АГ с ЦВП при инкубации эритроцитов в течение 3 минут при добавлении в качестве дестабилизирующего фактора - 50 мкМ Ca^{2+} по сравнению с больными с неосложненной АГ были выявлены следующие отличия в динамике быстрых изменений фосфолипидных фракций: быстрые фазные изменения сфингомиелина, фосфатидилхолина, фосфатидилинозита и фосфатидилсерина происходили с большей амплитудой и к концу наблюдаемого периода (через 3 мин) не восстанавливались до исходного уровня. Между изучаемыми показателями энергетического и липидного обмена и величиной коллатерального резерва мозговой гемодинамики, средним АД за сутки были установлены тесные корреляционные взаимоотношения.

Таким образом, у больных АГ и ЦВП причиной активации гликолиза является, вероятно, дестабилизация липидов эритроцитарных мембран, приводящее к снижению их деформационных возможностей и, как следствие, к нарушению микроциркуляции и связанному с ним дефициту кислорода, проявляющееся в ограниченном резерве мозговой гемодинамики.

КЛИНИЧЕСКОЕ, ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ, ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ

Хорошун Е.В., Шульдяков А.А., Рамазанова К.Х., Мажуга Ю.А.

Саратовский государственный медицинский университет

Геморрагический синдром (ГС) является одним из ведущих звеньев в развитии болезни при геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС), вместе с тем, некоторые вопросы характера и направленности изменений гемостаза при ГЛПС, а также пути их коррекции все еще остаются до конца не раскрытыми.

Целью настоящего исследования было определение клиничко-диагностического и прогностического значения эндотелиальной дисфункции у больных ГЛПС и оценка влияния различных методов терапии на течение тяжелых форм болезни. Для реализации поставленной цели проведено клиничко-лабораторное обследование 112 больных с легкими, среднетяжелыми и тяжелыми формами ГЛПС в олигоанурический период. Для анализа влияния различных методов терапии на течение тяжелых форм ГЛПС проведено исследование в двух группах: в 1-й группе (20 человек) в комплексном лечении использовался ангиопротектор гливенол (курсом 10 дней), во 2-й группе (20 человек) терапия осуществлялась общепринятыми методами. У всех пациентов в динамике определялись показатели антикоагулянтной, антиагрегационной, фибринолитической и гемореологической активности сосудистой стенки.

При анализе полученных результатов установлено, что у больных ГЛПС развитие патологического процесса сопровождается формированием эндотелиальной дисфункции, степень выраженности которой прямо коррелирует с тяжестью заболевания. Проведенный регрессионный анализ с учетом показателей функциональной активности сосудов позволил выделить значимые критерии оценки тяжести заболевания и прогноза развития ГС.

Установлено, что на фоне комплексной терапии с использованием гливенола более динамично идет восстановление параметров функциональной активности сосудистой стенки в сравнении с традиционными средствами лечения.

Таким образом, адекватная оценка больного ГЛПС предполагает комплексное обследование, включающее в себя помимо традиционных методов также исследования функциональных свойств сосудистой стенки, которые позволяют объективизировать состояние больного с ГЛПС, прогнозировать течение болезни. Применение гливенола в комплексном лечении больных