

*Медицинские науки***СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ
И УРОВЕНЬ ОКСИДА АЗОТА
ПРИ ГЕСТОЗЕ**

Культербаева М.А.

*ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии
и перинатологии им. В.И.Кулакова*

В исследованиях патогенеза гестоза остается дискуссионной роль оксида азота (NO) – одного из наиболее активных продуцентов эндотелия и мощного вазодилататора.

Целью нашей работы было количественное исследование метаболитов NO у беременных с гестозом в сопоставлении с сосудистыми проявлениями данного осложнения.

Материалы и методы

Обследованные с гестозом различной степени тяжести были разделены на две группы: I группа – 56 беременных, не имевших гипертензивных проявлений в симптоматике гестоза, II группа – 37 пациенток с наличием гипертензии. Контрольная группа – 29 здоровых беременных III-го триместра с неосложненным течением гестации.

Проводили: а) автоматизированный суточный мониторинг артериального давления (СМАД); б) оценку эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) плечевой артерии (ПА) и маточно-плацентарно-плодовой гемодинамики (МППГ) методом дуплексной доплерометрии; в) определение уровня экскреции метаболитов NO по методу Журавлевой И.А. с соавт.

Результаты и обсуждение

В I группе гипертонический временной индекс (ГВИ) не превышал нормативные значения, тогда как во II группе выявлялись повышенные значения ГВИ, соответствующие критериям «нестабильная гипертония» (у 78,8%) и «стабильная тяжелая гипертония» (у 21,6%). Прирост диаметра ПА во II группе со-

ставил в среднем $7,5 \pm 1,4\%$ и был значительно ниже, чем в контрольной группе, где наблюдался прирост $16,8 \pm 1,7\%$ ($p < 0,05$). В I группе были выявлены патологические индексы сосудистого сопротивления (ИСС) в маточной артерии у 19,6% и в артерии пуповины у 32,1% беременных. Во II группе повышенные ИСС выявлялись достоверно чаще: у 75,5% и у 89,2% соответственно. Количество нитритов в I группе составило в среднем $18,6 \pm 1,3$ мкг/мл и не отличалось статистически от показателей контрольной группы, тогда как во II группе их среднее значение было существенно ниже ($p < 0,01$), чем в контрольной, и составило $4,9 \pm 0,5$ мкг/мл. При гестозе имела высокая обратная корреляция содержания нитритов со средними величинами СМАД и умеренная обратная корреляция с ГВИ, объективно отражающим тяжесть гипертензии. Параметры МППГ и ЭЗВД также коррелировали с суточной экскрецией нитритов у беременных с гипертензивными проявлениями гестоза: имела умеренная обратная корреляция значений ИСС в маточной и пуповинной артерии ($r = -0,46$ и $r = -0,52$ соотв.) и прямая корреляция ($r = 0,61$) показателей прироста диаметра ПА с уровнем содержания метаболитов NO.

Заключение

Уровень экскреции метаболитов NO тесно связан с сосудистыми проявлениями гестоза и наряду с ультразвуковыми параметрами гемодинамики может служить критерием глубины гемодинамических нарушений и отражать тяжесть клиники гестоза.

Работа представлена на Общероссийскую научную конференцию «Инновационные медицинские технологии», Москва, 17-18 ноября 2009 г. Поступила в редакцию 17.12.2009.

*Биологические науки***ФОРМИРОВАНИЕ НЕПАРНОЙ ВЕНЫ
В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ БЕЛОЙ КРЫСЫ**

Петренко В.М.

*Санкт-Петербургская государственная
медицинская академия имени И.И.Мечникова
Санкт-Петербург, Россия*

Непарная вена (НВ) белой крысы проходит слева от средней линии и впадает в левую переднюю полую вену, она ложится в заднюю часть венечной борозды сердца, впадает в его венозный синус. ПолуНВ идет справа от грудной аорты, добавочная полуНВ отсутству-

ет, краниальные правые межреберные вены впадают в НВ. Из предпозвоночного поясничного сплетения мелких вен выходит общая («восходящая») поясничная вена. Она лежит срединно, отдает ветви к правой и левой подреберным венам, затем продолжается в НВ. Топография системы НВ у крысы необычна. Сердце находится в краниальной части грудной полости, смещено преимущественно вправо от средней линии с образованием глубокого сердечного вдавления на медиальной поверхности правого легкого, сердечной вырезки и язычка на вентральном крае средней доли пра-