

лет частота ГТГ была выше по сравнению с 50-69-летними (55 и 48,8% соответственно, $p < 0,01$). Комбинация из ГХС, ГХС ЛНП, гипо- α -ХС и ГТГ наблюдалась среди 21% мужчин-якутов и 28,7% мужчин-русских с коронарным атеросклерозом, также по 1% среди мужчин без ИБС ($p < 0,001$).

Заключение

У мужчин-русских с коронарным атеросклерозом выявлены более выраженные липидные нарушения и поражения КА в сравнении с мужчинами-якутами. У последних чаще встречаются однососудистые поражения, у русских же имеются тяжелые многососудистые поражения коронарного русла. В обеих группах мужчин с коронарным атеросклерозом примерно одинаково часто имели место стенозирующие поражения в системе ПМЖА и ПКА, в то же время окклюзия ПКА чаще выявлялась у мужчин-русских. У мужчин с коронарным атеросклерозом, как якутов, так и русских, наблюдается повышение уровней ли-

пидов ОХС, ЛНП-ХС и особенно ТГ, снижение уровня ЛВП-ХС, а также повышение ИА по сравнению с соответствующими группами мужчин без ИБС. Среди больных с коронарным атеросклерозом отмечалась высокая частота ДЛП (ГХС, ГХС ЛНП, гипо- α -ХС, ГТГ) по сравнению с лицами без ИБС.

Литература

1. Аргунов В.А. Патологическая анатомия и морфогенез атеросклероза аорты и коронарных артерий у жителей Якутии / В.А. Аргунов. – Новосибирск, 2006. – 184 с.
2. Влияние дислипотеинемии на состояние коронарного русла и проходимость аортокоронарных шунтов после реваскуляризации миокарда / Л.А. Шишло [и др.] // Кардиология. – 2000. – №10. – С. 23-25.
3. Демографический ежегодник Республики Саха (Якутия): официальное издание / Госкомстат РС (Я). – Якутск, 2006. – 57 с.
4. Диагностика и коррекция нарушений липидного обмена с целью профилактики и лечения атеросклероза: российские рекомендации, разработанные Комитетом экспертов ВНОК // Приложение «Кардиоваскулярная терапия и профилактика». – 2004. – №2. – С.35.

5. Иванов К.И. Сердечно - сосудистая патология в Якутии / К.И. Иванов // Российский кардиологический журнал. – 2006. – №1. – С.52-57.

6. Ишемическая болезнь сердца у больных с низкой сократительной способностью миокарда левого желудочка (диагностика, тактика лечения) / Л.А. Бокерия [и др.]. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2001. – С. 77-87.

7. Климов А.Н. Обмен липидов и липопропротеидов и его нарушения / А.Н. Климов, Н.Г. Никульчева. – СПб: Питер, 1999. – 504 с.

8. Липидные и липопротеиновые нарушения при коронарном атеросклерозе. Сравнение с популяционными данными / Воевода М. И. [и др.] // Российский кардиологический журнал. – 2005. – №4. – С. 58-62.

9. Эпидемиология ИБС и особенности атеросклероза у мужчин Якутска / В.П. Алексеев [и др.] // Терапевтический архив. – 2001. – №1. – С. 12-17.

10. European guidelines in cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of eight societies and by invited experts) // Eur. Heart J. – 2003. – Vol.24. – P. 1601-1610.

С.Н. Морозов, А.А. Донская, Е.А. Морозова

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЭКВАТОРОМ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ (на примере г. Якутска)

УДК 616.12-008.331.1:615.225.2-03

Резюме. Проведена оценка эффективности препарата-экватор (амлодипин 5мг+лизинаприл 10мг) по динамике гемодинамических, морфометрических и метаболических показателей у коренных жителей г. Якутска с артериальной гипертонией. Доказано, что экватор нормализует вариабельность суточного ритма артериального давления, способствует регрессу гипертрофии левого желудочка и снижает коэффициент податливости артериального русла. Обладает метаболически нейтральным действием и может применяться у лиц с дислипидемиями и нарушением толерантности к глюкозе.

Ключевые слова: артериальное давление, суточное мониторирование АД, препарат экватор.

Summary. The estimation of efficiency of a preparation equator (amlodipin 5mg. + lizinopril 10mg.) on dynamics of hemodynamic, morphometric and metabolic parameters in aboriginals of Yakutsk with an arterial hypertension is lead. It is proved, that the equator normalizes variability of a daily rhythm of arterial pressure, promotes regression of a left ventricular hypertrophy and reduces coefficient of compliance of an arterial wall. It has metabolically neutral action and it can be applied in persons with dyslipidemias and infringement of tolerance to glucose.

Keywords: arterial pressure, the AP daily monitoring, a preparation equator.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) на Севере имеет ряд особенностей, так называемый «северный вариант» АГ с ранним началом и быстрым прогрессированием, значительным увеличением массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), повышенным пульсовым давлением (ПД) [1,2,4,5]. У пациентов с повышенным ПД увеличиваются сопротивление выбросу кро-

ви из левого желудочка и отраженная волна в аорте, что способствует развитию гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и усиливает механическое воздействие на эндотелий сосудов [7,11]. Контролируемые клинические исследования свидетельствуют о неоспоримых преимуществах β -блокаторов и диуретиков [9,10]. Однако при назначении медикаментозной терапии β -блокаторами возникают брадиаритмии, постуральная гипотензия, растет резистентность тканей к инсулину, повышается общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС), снижается перфузия миокарда и других тканей [7,11].

Тиазидовые диуретики хорошо переносятся пациентами, однако они мало эффективны при имеющейся сопутствующей почечной и эндокринной (сахарный диабет, гипотиреоз) патологии [6].

В связи с этим представляется целесообразным проанализировать действие препарата экватор на некоторые гемодинамические, морфометрические и метаболические показатели у коренных жителей г.Якутска с АГ.

Цель исследования – изучение эффективности гипотензивной терапии экватором коренных жителей г.Якутска с АГ.

Задачи исследования: опреде-

МОРОЗОВ Сергей Николаевич – аспирант, зав. терапевтическим отделением МУ ЯГКБ, т. (4112) 430241, 432468; **ДОНСКАЯ Ариадна Андреевна** – д.м.н., директор клиники ЯГУ; **МОРОЗОВА Елена Александровна** – аспирант, врач терапевт МУ ЯГКБ.

Таблица 1

Сравнительная характеристика динамики САД и ДАД на фоне терапии экватором у мужчин с АГ (n=19)

	До лечения	На 30-й день ±5 дней	На 90-й день ±5 дней
САД оф.	168,54±1,44	152,91±1,09*	143,33±1,91*
ДАД оф.	95,78±1,19	89,12±1,73*	85,34±1,57*
АД ср.гем.	119±2,7	110±1,3	103±1,9*
САД,сут	164,29±1,36	155,24±1,15*	144,38±1,47*
САД,дн	169,53±1,78	158,21±1,87*	147,13±1,72*
САД,ноч	161,11±2,36	151,31±1,39*	142,27±1,61*
ДАД,сут	89,31±1,14	85,34±1,16*	84,53±1,45*
ДАД,дн	91,18±1,29	88,11±1,73*	89,44±1,33*
ДАД,ноч	83,70±1,91	82,44±2,01	81,40±1,49
СИСАД, %	8,4 ±1,4	9,9 ±1,5	10,3 ±1,1
СИДАД, %	6,6 ±2,2	7,1 ±1,5	7,8 ±1,2
ИВСАД, %	36,4 ± 6,5	24,4 ± 8,9	18,2 ± 4,8
ИВДАД, %	10,5 ±6,8	8,8 ± 6,9	5,9 ±4,1

*p<0,001 – достоверность различий от исходных значений.

лить типы геометрической модели ЛЖ в исследуемых группах до и после лечения, взаимосвязь геометрической модели ЛЖ с коэффициентом податливости артериальной стенки (КП), оценить эффективность экватора по динамике САД, ДАД, и метаболических показателей.

Материалы и методы. Нами были обследованы 29 больных АГ I-II степени (с исходным уровнем АД от 140/90 до 170/110): 19 мужчин и 10 женщин в возрасте 39-55 лет (средний возраст 45,2 года). Длительность АГ в группе составляла в среднем от 5 до 10 лет. Избыточная масса тела (индекс массы тела Кетле >25 кг/м²) определена у 21 (72%) пациента. Из исследования исключены лица с наличием в анамнезе инфаркта миокарда, хронической бронхо-легочной патологии, пороков сердца, цереброваскулярной патологии.

Все больные, включенные в исследование, были госпитализированы в терапевтическое отделение Якутской городской клинической больницы для обследования и наблюдения. В клинике пациентам осуществлялась комплексная оценка жалоб, анамнеза заболевания и жизни, результатов клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследований. При поступлении и на 30-й день пребывания им проводился контроль артериального офисного давления согласно стандартам [3] (АД оф.), суточное мониторирование АД, ЭХО-КГ с определением общепринятых параметров: толщина межжелудочковой перегородки (тМЖП), толщина задней стенки левого желудочка (тЗСЛЖ), конечный диастолический размер (КДР), конечный систоличес-

кий размер (КСР), функциональный выброс. Для характеристики ГЛЖ использованы расчетные величины: 1) ММЛЖ рассчитывали по формуле Devereux R.B. et al. (1997), по критерию PENN:

$\text{ММЛЖ} = 1,04 \times ((\text{тМЖП} + \text{тЗСЛЖ} + \text{КДР})^3 - \text{КДР}^3) - 13,6$; 2) Индекс ММЛЖ = ММЛЖ / площадь поверхности тела; 3) Относительная толщина миокарда левого желудочка ОТМ = $(\text{тМЖП} + \text{тЗСЛЖ}) / \text{КДР}$. Геометрическая модель ЛЖ определялась по критериям: нормальная геометрия - ИММЛЖ менее 134 г/м² у мужчин и 110 – у женщин и ОТМ менее 0,45. Концентрическое ремоделирование - ИММЛЖ менее 134 г/м² у мужчин и менее 110 – у женщин, ОТМ более 0,45. Концентрическая гипертрофия левого желудочка (КГЛЖ) - ИММЛЖ более 134 у мужчин и более 110 г/м² у женщин, ОТМ более 0,45. Эксцентрическая гипертрофия левого желудочка (ЭГЛЖ) - ИММЛЖ более 134 у мужчин и более 110 г/м² у женщин, ОТМ менее 0,45.

КП артериальной стенки рассчитывался как отношение ударного объема (УО) к ПД [8].

Контроль с определением биохимических показателей, СМАД и ЭХО-КГ проведен на 90±5 сутки.

Пациентам назначался препарат экватор (амлодипин 5мг+лизиноприл 10мг) по 1 табл. 1 раз в сутки, в утренние часы. Исследование проведено при спонсорской поддержке фирмы «Гедон Рихтер». При статистической обработке данных использовалась программа SPSS.

Результаты и обсуждение. Результаты оценивались до лечения, на 30-й и на 90-й день терапии экватором. Нами выявлено, что произошло достоверное снижение офисного

Таблица 2

Сравнительная характеристика динамики САД и ДАД на фоне терапии экватором у женщин с АГ (n=10)

	До лечения	На 30-й день ±5 дней	На 90-й день ±5 дней
САД оф.	163,43±1,74	149,47±2,09*	142,35±1,21*
ДАД оф.	90,78±1,19	86,22±1,23*	87,54±1,72*
АД ср.гем.	107±5,8	100±3,3	101±2,8
САД,сут	165,12±1,86	144,51±1,26**	141,28±1,19**
САД,дн	169,43±1,28	149,21±1,79**	143,02±1,42**
САД,ноч	162,19±1,26	140,51±1,03**	138,67±1,65**
ДАД,сут	94,38±1,50	87,49±1,86**	82,51±1,29**
ДАД,дн	98,28±2,09	89,15±2,03**	85,24±1,27**
ДАД,ноч	91,12±1,32	85,24±2,48**	81,06±1,29**
СИСАД, %	12,4 ±1,4	14,9 ±2,3	17,3 ±2,7**
СИДАД, %	9,6 ±1,5	10,3 ±1,6	10,8 ±1,1
ИВСАД, %	38,4 ± 3,3	29,4 ± 5,2	20,2 ± 2,7*
ИВДАД, %	15,5 ±4,1	12,8 ± 5,3	10,9 ±3,2**

*p<0,01; **p<0,001 – достоверность различий от исходных значений.

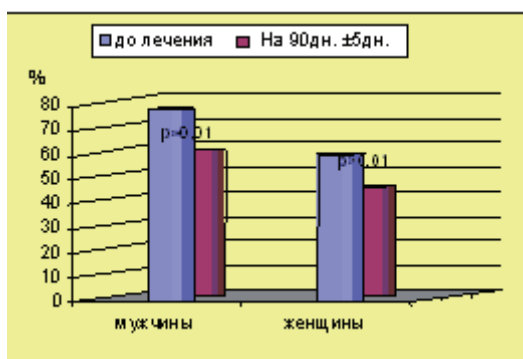
АД, среднесуточных, среднедневных и средненочных показателей САД и ДАД и как следствие изменились и морфометрические показатели сердца (табл.1,2).

Анализ суточного индекса (СИ) и индекса времени (ИВ) гипертензии на фоне приема экватора показал сходную динамику среднесуточного, среднедневного и средненочного САД и ДАД: как у мужчин, так и у женщин препарат эффективно снижает «нагрузку давлением» в период бодрствования и сна, в основном за счет САД, при этом обладает менее выраженным действием на ночную фазу суточного цикла ДАД. Суточный профиль после лечения остается по типу «non-dipper», что связано с преобладанием симптоматических гипертоний в исследуемой группе.

При дифференцированном анализе вариабельности АД установлено, что экватор оказывает нормализующее действие на вариабельность САД и ДАД в дневное и ночное время (p<0,001) у пациентов с исходно повышенной вариабельностью АД, а также экватор не изменяет нормальных значений показателя. Однако в исследуемой группе не удалось достигнуть целевого значения САД.

При анализе показателей ЭХО-КГ (табл.3) на фоне лечения выявлено статистически достоверное снижение морфометрических показателей тЗСЛЖ (p<0,001), тМЖП (p<0,001), ММЛЖ (p<0,001), ИММЛЖ (p<0,001), ОПСС (p<0,001) в группах.

Выявление ГЛЖ имеет важное клиническое значение, поскольку ее наличие предопределяет характер течения и прогноз заболевания. ГЛЖ диагностирована у мужчин в 78,9 %, у женщин – в 60% случаев.



Динамика гипертрофии ЛЖ у больных с АГ при лечении экватором

При оценке ГЛЖ на 90-й день лечения выявлено, что регресс ГЛЖ достоверно больше наблюдался в группе мужчин ($p<0,001$) (рисунок).

При анализе геометрии левого желудочка нами было установлено, что в группе мужчин большинство обследованных лиц (42,1%) имели КГЛЖ, в то время как в группе женщин КГЛЖ выявлена у 30% больных ($p<0,001$). ЭГЛЖ в группе женщин обнаружена у 10,5%, в группе мужчин – у 10% (табл.4).

Целевой уровень среднесуточного АД $< 140/90$ мм рт.ст. в группе мужчин достигнут на 30-й день у 4 чел. (21%), в группе женщин – у 3 (30%). На 90-й день исследования целевой уровень среднесуточного АД достигнут у 31% мужчин и у 40% женщин.

По результатам корреляционного анализа наиболее значимое влияние на развитие ГЛЖ у пациентов с АГ оказывают: СИ ДАД, ИВ САД, СИ САД, ИВ ДАД. В свою очередь экватор благоприятно влияет на данные показатели.

При оценке артериальной жесткости выявлено, что КП достоверно снижен в группе мужчин у 73,6% больных, а в группе женщин – у 60%.

При корреляционном анализе выявлены прямые взаимосвязи КГЛЖ с вариабельностью САД в ночное время, с ИВ САД – в дневное время, СИ САД и ДАД, отрицательную взаимосвязь с КП.

Показатели углеводного, липидного обмена (табл.5) на фоне лечения существенно не изменились, что говорит об исходно измененном метаболическом фоне. В процессе лечения экватором показатели достоверно не ухудшились.

Увеличение креатинина в ответ на иАПФ говорит о имеющейся патологии почек у обследованных лиц.

Выводы

1. Применение экватора по 1 табл. в утренние часы у больных с АГ способс-

Таблица 3

Сравнительная характеристика динамики показателей ЭХО- КГ и КП на фоне лечения экватором у больных с АГ

Показатель	Мужчины (n=19)		Женщины (n=10)	
	до лечения	через 90 дней ± 5 дней	до лечения	через 90 дней ± 5 дней
ТЗСЛЖ, мм	12,51 $\pm$ 0,32	9,48 $\pm$ 1,5*	12,25 $\pm$ 0,15	10,43 $\pm$ 1,7*
ТМЖП, мм	13,32 $\pm$ 0,71	9,89 $\pm$ 1,2*	14,52 $\pm$ 0,55	10,65 $\pm$ 2,1*
КДО, мл	149,37 $\pm$ 1,1	143,64 $\pm$ 3,6	147,23 $\pm$ 1,3	142,45 $\pm$ 2,4
КСО, мл	47,68 $\pm$ 1,27	45,52 $\pm$ 4,1	46,43 $\pm$ 1,47	44,51 $\pm$ 2,1
ФВ, %	62,29 $\pm$ 1,43	65,31 $\pm$ 2,06	62,54 $\pm$ 0,45	64,91 $\pm$ 1,7
ММЛЖ, г/м	302,45 $\pm$ 8,19	268,37 $\pm$ 4,7*	314,55 $\pm$ 2,97	280,34 $\pm$ 1,3*
ИММЛЖ, г/м ²	145,53 $\pm$ 7,98	129,81 $\pm$ 2,8*	153,22 $\pm$ 1,14	132,21 $\pm$ 1,8*
ОПСС, дин.с	1558,25 $\pm$ 25,31	1117 $\pm$ 23,7*	1743,37 $\pm$ 43,01	1238 $\pm$ 31,3*
ПД	79 $\pm$ 4,5	62 $\pm$ 3,6*	73 $\pm$ 3,2	57 $\pm$ 3,1 *
УО	102 $\pm$ 6,2	98 $\pm$ 5,6	101 $\pm$ 1,2	96 $\pm$ 2,7
ФВ	64 $\pm$ 7,0	67 $\pm$ 6,3	64 $\pm$ 5,3	67 $\pm$ 3,3
КП	1,3 $\pm$ 0,5	1,6 $\pm$ 0,2*	1,4 $\pm$ 0,3	1,7 $\pm$ 0,5*

* $p<0,001$ – достоверность различий с первоначальными показателями.

Таблица 4

Распределение больных в зависимости от типа ремоделирования ЛЖ, %

Показатель	Мужчины (n=19)		Женщины (n=10)	
	до лечения	на 90-й день ± 5 дней	до лечения	на 90-й день ± 5 дней
Концентрическая ГЛЖ	31	24,1*	13,7	10,3
Эксцентрическая ГЛЖ	10,3	10,3	6,9	6,9
Концентрическое ремоделирование ЛЖ	3,4	6,9*	3,4	3,4
Нормальная геометрия	20,6	24,1*	6,9	10,3

* $p<0,001$ - достоверность различий от исходных значений.

Таблица 5

Сравнительная характеристика метаболических показателей

Показатель	Мужчины (n=19)		Женщины (n=10)	
	до лечения	на 90-й день ± 5 дней	до лечения	на 90-й день ± 5 дней
Глюкоза натощак, ммоль/л	6,8 $\pm$ 2,1	6,3 $\pm$ 1,29	6,9 $\pm$ 1,67	6,7 $\pm$ 1,72
ОХС, ммоль/л	7,4 $\pm$ 1,7	6,9 $\pm$ 1,37	6,8 $\pm$ 1,24	6,1 $\pm$ 1,51
ТГ, ммоль/л	2,3 $\pm$ 0,76	2,2 $\pm$ 0,68	2,1 $\pm$ 1,01	1,9 $\pm$ 1,64
Хс-ЛПВП	0,7 $\pm$ 0,7	0,8 $\pm$ 0,42	0,7 $\pm$ 0,23	0,7 $\pm$ 1,2
Хс-ЛПНП	4,2 $\pm$ 1,71	3,9 $\pm$ 2,01	4,01 $\pm$ 1,02	3,5 $\pm$ 1,45
КА(р)	4,5 $\pm$ 0,34	4,1 $\pm$ 0,55	4,2 $\pm$ 0,37	4,1 $\pm$ 0,12
Креатинин, моль/л	149 $\pm$ 2,32	156 $\pm$ 3,47	182 $\pm$ 2,07	186 $\pm$ 2,76
Мочевина, ммоль/л	8,6 $\pm$ 1,61	9,1 $\pm$ 1,65	11,1 $\pm$ 3,28	10,4 $\pm$ 1,64

твует достижению целевых уровней АД на 30-й день у мужчин в 21% случаев, у женщин в 30, на 90-й день у мужчин в 31, у женщин – в 40% случаев.

2. Регресс ГЛЖ у больных с АГ при лечении экватором характеризуется наличием высокодостоверных корреляционных взаимосвязей с показателями суточного профиля АД.

3. У больных с АГ при лечении экватором достоверно снижается уровень офисного АД, систолического и диастолического АД во все временные интервалы, а также показатели “нагрузки давлением” (ИВ и СИ).

4. Метаболически нейтральное действие экватора делает возможным его использование для патогенетической коррекции АД у больных с нарушением толерантности к глюкозе, с дислипидемией.

5. Увеличение КП артериальной стенки при лечении экватором происходит как в группе мужчин, так и женщин. Увеличение КП имеет обратную взаимосвязь с регрессом КГЛЖ, что имеет важное клиническое значение для больных АГ. Данный показатель легко рассчитывается в повседневной практике и может служить для оценки эффективности проводимой терапии.

Литература

1. Давиденко В.И. Ранняя диагностика, клиника, лечение и профилактика пограничной артериальной гипертензии у пришлого населения Крайнего Севера и Сибири / В.И. Давиденко, Н.Р. Деряпа, С.А. Дарянина // Адаптация к экстремальным геофизическим факторам и профилактика метеотропных реакций: мат. конф. - Новосибирск, 1989. - С 25.

2. **Деряпа Н.Р.** Региональные особенности здоровья жителей Заполярья / Н.Р. Деряпа // Тез. докл. регион. симпозиума Института клинической и экспериментальной медицины СО АМН СССР. - Новосибирск, 1983. - С. 6-11.

3. **Диагностика** и лечение артериальной гипертензии: Российские рекомендации (3-й пересмотр) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - №6. - 2008. - 32 с.

4. **Попов А.И.** Особенности распространности артериальной гипертензии и факторов риска у водителей автотранспорта на Крайнем Севере / А.И. Попов, Л.В. Саламатина // Мат. итоговой научно-практ. конф. с междунар. участием «Вопросы сохранения и раз-

вития здоровья населения Севера и Сибири». - Красноярск, 2005. - С.137-139.

5. **Флоря В.Г.** Роль ремоделирования левого желудочка в патогенезе хронической недостаточности кровообращения / В.Г. Флоря // Кардиология. - 1997. - №5. - С. 63-70.

6. **Чазов Е.И.** Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний / Е.И. Чазов, Ю.Н. Беленков. - М. Изд-во «Литтерра», 2004. - 16 с.

7. **Шабалин А.В.** Комбинированная антигипертензивная терапия: состояние, достижения / А.В. Шабалин; Новосибирская государственная медицинская академия. - 2001. - 21 с.

8. **Age-related** changes in total arterial capacitance from birth to maturity in a

normotensive population / De G. Simone [et al.] // Hypertension. - 1997. - 29. - P.1213-1217.

9. **Diuretics**, beta-blockers, and the risk of sudden cardiac death in hypertensive patients / A. Hoes [et al.] // Ann Intern Med. - 1995. - 123. - P.481-187

10. **Effects** of intensive blood pressure lowering and lowdose aspirin in patients with hypertension; principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomized trial / L. Hansson [et al.] // Lancet. - 1998. - 351. - P.1755-1762.

11. **Morbidity** and mortality in the Swedish trial in old patients with hypertension (STOP-Hypertension) / B. Dahlöf [et al.] // Lancet. - 1991. - 338. - P.1281-1285.

Н.В. Верлан, Л.С. Колесниченко, В.И. Кулинский, Л.О. Бессонова, В.В. Шпрах, Т.П. Бардымова, Л.П. Губина, М.П. Сергеева, Г.А. Пенсионерова, Л.М. Станевич, Г.Т. Филиппова

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ

Резюме. Представлены изменения уровня глутатиона и активности ферментов его метаболизма: глутатионпероксидазы, глутатионтрансферазы и глутатионредуктазы у пациентов геронтологического возраста с хронической церебральной ишемией (дисциркуляторной энцефалопатией). Дана характеристика изменений в зависимости от степени тяжести заболевания.

Ключевые слова: церебральная ишемия, глутатион, ферменты метаболизма глутатиона.

Summary. Changes of a glutathione level and activity of enzymes of its metabolism: glutathioneperoxidase, glutathionetransferase and glutathionereductase in patients of a gerontologic age with a chronic cerebral ischemia (dyscirculatory encephalopathy) are presented. The characteristic of changes depending on a degree of disease heaviness is given.

Keywords: a cerebral ischemia, glutathione, enzymes of metabolism glutathiones.

Поиск эффективных методов предупреждения и лечения цереброваскулярных заболеваний является в настоящее время одной из важнейших медико-социальных проблем. По данным ВОЗ, темпы роста заболеваемости данной патологии стали более высокими, чем инфарктом миокарда, а летальность от сосудистых

заболеваний мозга занимает второе место после заболеваний сердца. Это обусловлено увеличением продолжительности жизни населения, а также всевозрастающим омоложением контингента больных [1,3].

Организм человека располагает целым рядом сложных биохимических систем (антирадикальной защиты, репарации поврежденных биологических молекул и т.д.), во многом определяющих чувствительность к действию различных гипоксических состояний. К их числу относится и система глутатиона. Она принимает участие в реализации целого ряда важнейших физиологических процессов: в детоксикации и антиоксидантной защите; в биохимических превращениях витаминов С, Е, липоевой кислоты и убихинона; в регуляции тиол-дисульфидного равновесия; в процессе транспорта аминокислот; в поддержании восстановленной среды клетки; в регуляции углеводного, липидного, белкового и нуклеинового обменов; в поддержании гемоглобина эритроцитов в восстановленном состоянии; в поддержании оптимального

состояния и функций биологических мембран; в регуляции клеточной пролиферации; в обмене ряда эйкозаноидов – простагландинов и лейкотриенов; глутатион выступает и в качестве резерва цистеина в клетке; участвует в регуляции функциональной активности лимфоцитов и обеспечении иммунного ответа организма; оказывает регулирующее влияние на синтез белков теплового шока; принимает участие в реализации механизмов программируемой клеточной гибели [2,5].

Все это позволяет рассматривать обмен глутатиона в качестве механизма обеспечения неспецифической резистентности организма при широком круге гипоксических состояний [4], включая церебральную ишемию. Клинических наблюдений по этой проблеме крайне мало. Накопленный клинический материал лишь позволяет выделить данную систему как компонент антиоксидантной защиты в организме и фактор влияния на формирование защитных приспособительных реакций, включающихся при церебральной ишемии. Нет данных о

Сотрудники Иркутского ин-та усовершенствования врачей: **ВЕРЛАН Надежда Вадимовна** – к.м.н., доцент, декан терапевтического факультета, т. (3952)384853, 392801; **БЕССОНОВА Любовь Орестовна** – ассистент кафедры; **ШПРАХ Владимир Викторович** – д.м.н., проф., зав.кафедрой; **БАРДЫМОВА Татьяна Прокопьевна** – д.м.н., проф., зав.кафедрой; **СЕРГЕЕВА Елена Сергеевна** – ассистент кафедры. Сотрудники Иркутского мед. ун-та: **КОЛЕСНИЧЕНКО Лариса Станиславовна** – д.м.н., проф., зав.кафедрой; **КУЛИНСКИЙ Владимир Ильич** – д.м.н., проф., зав.кафедрой; **ГУБИНА Любовь Петровна** – к.м.н., доцент кафедры; **ПЕНСИОНЕРОВА Галина Александровна** – к.м.н., ассистент кафедры; **СТАНЕВИЧ Любовь Михайловна** – ассистент кафедры; **ФИЛИППОВА Галина Трофимовна** – ассистент кафедры.