

ганизма в ответ на экстремальное воздействие. Моделирующую роль в процессе выработки этих соединений при стрессе отводят холинергической системе.

В данной работе изучалась активность АХЭ и Na,K-АТФазы эритроцитов и головного мозга крыс, подвергнутых иммобилизационному стрессу. Исследования проводились на взрослых крысах-самцах линии Wistar весом 150-200г. Маркером стрессорного состояния организма служила концентрация аскорбиновой и дегидроаскорбиновой кислоты в надпочечниках крыс. Отмечено достоверное снижение окисленной и восстановленной форм аскорбиновой кислоты в гомогенате надпочечников стрессированных животных на 42% и 33% соответственно.

Активность АХЭ в грубой микросомально – митохондриальной фракции коры больших полушарий у стрессированных крыс была на 23,6% выше, чем у контрольных. Не было выявлено достоверных изменений активности фермента в надпочечниках опытных крыс по сравнению с контрольными.

При исследовании активности Na,K-АТФазы эритроцитов крыс показано, что в красных клетках крови опытных животных активность фермента была достоверно ниже на 25% по сравнению с контролем.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что иммобилизация животных в течение часа приводит к развитию острого стрессорного состояния, которое сопровождается снижением активности эритроцитарной Na,K-АТФазы. Предполагается, что изменение активности фермента связано с действием эндогенных модуляторов, выработка которых при стрессе, возможно, опосредуется активацией холинергической системы.

#### **Амбулаторное мониторирование артериального давления у больных с опухолями надпочечных желез в Восточной Сибири**

Дульский В.А., Алабердин С.В.

*Иркутский государственный медицинский университет, ГОУ Иркутский институт усовершенствования врачей, Иркутск*

Цель исследования. Провести амбулаторное мониторирование АД (АМАД) у больных с опухолями надпочечных желез, проживающих в условиях Восточной Сибири.

Материал и методы исследования. В исследование включили 40 больных (16 мужчин и 24 женщины) с опухолями надпочечных желез, выявленных при компьютерной томографии, проведенной с целью выявления возможной причины повышенного АД, зарегистрированного рутинными методами обследования (эпизодические измерения АД). Согласно первичной медицинской документации длительность АГ в обследованной группе прослеживалась от 7 мес до 26 лет. Средний возраст больных в исследованной группе составил 51,3±1,67 лет (от 19 до 67 лет), среди них у женщин 51,4±1,99 лет (от 26 до 66 лет), у мужчин 51,2±3,01 лет (от 19 до 67 лет). Индекс относительной массы тела в обследованной группе составил 28,9±0,71 кг/м<sup>2</sup> (от 20,2 до 37,2 кг/м<sup>2</sup>), среди женщин – 29,7±1,02 кг/м<sup>2</sup> (от 20,2 до 37,2 кг/м<sup>2</sup>), а среди мужчин – 27,7±0,86 кг/м<sup>2</sup> (от 21,5 до 33,5 кг/м<sup>2</sup>).

АМАД проведено с использованием аппаратно-программного комплекса «Кардиотехника 4000АД» Ver. 2.48, 9902, 8.77 АОЗТ «Инкарт» (Санкт-Петербург, Россия). Измерения АД проводились в течение дня каждые 15 мин., а во время ночного сна – каждые 30 мин. Всего выполнено измерений 2778, в том числе днем 2167, из них успешных – 1981 (91,4%), во время ночного сна – 611 измерений, из них успешных – 594 (97,2%). За нормальные значения средних уровней АД в течение дня и ночи принимали значения по T.Pickering, M.Myers (1996) для СМАД, а вариабельности и индексам времени АД за сутки, день и ночь по P.Zachariah et al. (1989). Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием универсального статистического пакета «SPSS» 11.5.0.

Полученные результаты. Распределение больных по показателям уровней и профилей АД, полученных при АМАД представлены в таблицах.

Выводы.

1. При проведении АМАД синдром АГ подтвержден у 31 больного (77,5%), при этом АГ проявлялась: - повышенными уровнями АД у 27 больных (67,5%); повышенной вариабельностью АД у 23 больных (57,5%); повышенными индексами времени у 30 больных (75,0%).

2. У 9 больных (22,5%) при АМАД не выявлены признаки АГ по уровням и профилям АД, что свидетельствует о гипердиагностике АГ у больных с опухолями надпочечных желез.

Распределение больных по уровням АД и его вариабельности

Показатель	Уровень показателя	День		Ночь		День+Ночь	
		п	%	п	%	п	%
САД	Повышенный	30	75	30	75	26	65
ДАД	Повышенный	30	75	31	77,5	24	60
Вар САД	Повышенный	30	75	30	75	20	50
Вар ДАД	Повышенный	30	75	30	75	3	7,5

Распределение больных по уровням индекса времени АД

Показатель	Уровень показателя	Сутки		День		Ночь	
		п	%	п	%	п	%
Индекс времени САД	Повышенный	30	75,0	32	80,0	31	77,5
Индекс времени ДАД	Повышенный	30	75,0	31	77,5	30	75,0