

активен в снижении АД, и обладает более выраженным диуретическим эффектом [3].

Диуретики редко назначаются в качестве антигипертензивных препаратов при беременности, так как вызываемое ими снижение объема циркулирующей плазмы матери может повлечь за собой электролитные нарушения у плода [2]. Таким образом, диуретики не противопоказаны при беременности, за исключением тех случаев, когда маточно-плацентарный кровоток уже снижен (преэклампсия и задержка развития плода) [4].

Ингибиторы АПФ противопоказаны при беременности. Их применение приводит к задержке развития плода, почечной недостаточности плода, длительная персистенция боталлова протока, респираторный дистресс-синдром плода, гипотензии у плода, а также антенатальной гибели плода [1, 6]. Антагонисты ангиотензиновых рецепторов также не рекомендованы при беременности [2, 8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Magee L.A. Treating hypertension in women of child-bearing age and during pregnancy // *Drug Safety* 2001; 24 (6): 457-74.
2. Consider Both the Unborn Child and the Mother When Treating Hypertension in Pregnancy // *Drug Ther Perspect* 17(18):11-15, 2001;
3. Hall DR, Odendaal HJ, Steyn DW, Smith M. *BJOG*. 2000;107(6):759-65;
- Nifedipine or Prazosin as a Second Agent to Control Early Severe Hypertension in Pregnancy: A Randomised Controlled Trial
4. Working group Report on High Blood Pressure in Pregnancy // *J Clin Hypertens* 3(2):75-88, 2001.
5. Lydakis C., Lip G.Y., Beevers M., Beevers D.G. Atenolol and Fetal Growth in Pregnancies Complicated by Hypertension // *Am J Hypertens*. 1999;12(6):541-7.
6. Khedun SM, Maharaj B, Moodley J. Effects of antihypertensive drugs on the unborn child. What is known, and how should this influence prescribing? // *Paediatr Drugs* 2000; 2 (6): 419-36.
7. Шехтман М.М., Козина О.В. Гипертензивная болезнь и беременность // *Гинекология*. Том 11/№ 5/2005.
8. Rubin P. Drug treatment during pregnancy *BMJ* 1998; 317: 1503-1506.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭПРОСАРТАНА В КОРРЕКЦИИ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Медведев И. Н., Кумова Т.А.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ

Введение У пациентов, страдающих артериальной гипертонией (АГ) при метаболическом синдроме (МС) очень часты тромботические осложнения, вызванные с усилением функций сосудистой стенки на фоне дислипидемии и усиления перекисного окисления липидов (ПОЛ) тромбоцитов.

Цель работы: выявить возможности эпросартана по коррекции агрегационной активности тромбоцитов у больных АГ при МС.

Материалы и методы: Обследовано 32 больных среднего возраста с АГ 1-3 степени с риском 3-4 и МС. Коррекция проводилась 16 нед. эпросартаном в дозе 600мг 1 раз в день. Контрольную группу составили 28 здоровых людей.

АГ исследовалась по Шитиковой А.С. (1997) с использованием АДФ, коллагена, тромбина, ристомицина, адреналина и перекиси водорода (H_2O_2) и сочетаниями АДФ+адреналин, АДФ+коллаген и адреналин+коллаген в общепринятых концентрациях. ПОЛ в тромбоцитах определяли по содержанию малонового диальдегида (МДА) по методу Shmith J.B. et. al. (1976) и Кубатиев А.А., Андреев С.В. (1979) и ацилгидроперекисей (АГП) (Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И., 1983).

Результаты исследования: Наиболее активно тромбоциты больных до лечения реагировали на коллаген — $21,0 \pm 0,29$ с. На втором месте — АДФ ($26,2 \pm 0,10$ с.) и ристомицин ($23,6 \pm 0,10$ с.). Ранняя АТ с H_2O_2 у больных АГ при МС свидетельствует об ослаблении антиокислительной системы (АС) тромбоцитов, прежде всего каталазы и супероксиддисмутазы. Тромбиновая и адреналиновая АТ в исходде также развивалась быстрее, чем в контроле — $38,1 \pm 0,12$ с. и $68,5 \pm 0,26$ с., соответственно ($P < 0,01$). Сочетания индукторов, моделирующих условия кровотока, вызывали АТ еще раньше — АДФ+адреналин — $23,2 \pm 0,14$ с., АДФ+коллаген — $20,1 \pm 0,13$ с., адреналин+коллаген — $14,7 \pm 0,10$ с. МДА и АГП в тромбоцитах были повышены ($1,49 \pm 0,02$ нмоль/ 10^9 тр.), что указывало на активацию в них ПОЛ.

Назначение эпросартана позволило добиться улучшения оцениваемых показателей ($3,98 \pm 0,04$ Д₂₃₃/ 10^9 тр.). Применение у больных эпросартана обусловило удлинение времени АТ. К 16 нед. лечения тромбоцит больных реагировали на индукторы следующим образом: к коллагену и ристомицину ($29,7 \pm 0,03$ с. и $33,2 \pm 0,04$ с., соответственно), к АДФ и H_2O_2 ($34,0 \pm 0,12$ с. и $38,2 \pm 0,16$ с., соответственно), к тромбину и адреналину ($44,2 \pm 0,16$ с. и $82,0 \pm 0,26$ с., соответственно), при сочетании индукторов АТ развивалось также

позднее, чем в исходе – АДФ+адреналин 31,7 ±0,06с., АДФ+коллаген – 26,5±0,01с., адреналин+коллаген – 28,7±0,16с.

Содержание МДА в тромбоцитах уменьшилась до 0,91±0,02нмоль/10⁹ тр., а АГП до 2,92±0,01 Д₂₃₃/10⁹ тр, свидетельствуя об активации антиоксидантной их системы.

Заключение: Назначение больным АГ при МС эпросартана способно улучшить состояние агрегационной активности тромбоцитов и ПОЛ в кровяных пластинках. Длительный и контролируемый прием препарата может ослаблять риск тромбозов, ослабляя важный механизм стимуляции тромбоцитарных функций - активированное ПОЛ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСУДИСТОГО РУСЛА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ НОСА В РАННЕМ ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ В НОРМЕ И ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ РИНОПАТОЛОГИИ

Молдавская А.А., Петров В.В., Аведисян В.Э.
Астраханская государственная медицинская академия

Исследование эндоназального кровотока методом ринодоплерографии является одним из важнейших критериев, характеризующих особенности функционирования сосудистого русла слизистой оболочки полости носа в норме и при различных видах патологии полости носа, что имеет важное значение в клинической ринологии.

В 1-м и 2-м периодах детства в интегральных показателях эндоназальной гемодинамики регистрируются признаки некоторой асимметрии кровотока по сосудам слизистой оболочки разных половин полости носа. Полученные результаты коррелируют с показателями морфометрических исследований, свидетельствующих о появлении в данном возрастном периоде начальных признаков билатеральной диссимметрии сосудистых структур полости носа. Асимметрия кровотока проявляется в некотором равномерном увеличении параметров доплерограммы сосудов правой половины полости носа.

В подростковом и юношеском периодах постнатального онтогенеза изучение функционального состояния сосудистого русла слизистой оболочки правой и левой половин полости носа выявило четко выраженную билатеральную диссимметрию практически всех показателей ринодоплерограммы. Полученные результаты, по своим функциональным критериям, были идентичны параметрам эндоназального кровотока в контрольной группе.

Выборочный анализ интегральных показателей ринодоплерографии в некоторых исследуемых группах (детский, подростковый и юношеский периоды постнатального онтогенеза) при

физической нагрузке в норме качественных изменений эндоназального кровотока не выявил. Незначительное увеличение количественных критериев ринодоплерограммы после теста с нагрузкой (5 приседаний у детей младшего возраста, 10 приседаний за 1 минуту у детей старших возрастных групп) не имело клинического значения и было вполне объяснимо функциональными изменениями системной гемодинамики (увеличением пульса и артериального давления в пределах возрастной нормы).

При проведении химического теста на реактивность сосудов слизистой оболочки полости носа с использованием сосудосуживающих средств местного действия в норме во всех исследуемых возрастных категориях, включая контрольную группу, отмечалось достоверное повышение дикротического индекса и показателей периферического сосудистого сопротивления, что свидетельствовало о повышении тонуса сосудов, в большей степени в сосудах правой половины полости носа. Это свидетельствует о том, что в норме явления диссимметрии эндоназального кровотока в раннем постнатальном онтогенезе сохраняют свое постоянство не зависимо от характера воздействующего стимула (тест с нагрузкой или химический тест на реактивность), т.е. сосудистое русло полости носа функционирует в условиях гармоничной нейрогуморальной регуляции.

При исследовании интегральных показателей ринодоплерографии при наиболее распространенных формах **ринопатологии** нами зарегистрирован ряд специфических особенностей функционального состояния сосудистого русла слизистой оболочки полости носа. Полученные данные имеют важное клиническое значение для детской оториноларингологии.

В исследуемых возрастных категориях у пациентов с **гипертрофическим ринитом** ринодоплерография выявила достоверное усиление кровотока в слизистой оболочке полости носа. При этом отмечалось преимущественное увеличение количественных и умеренное изменение качественных критериев эндоназальной гемодинамики. Гипертрофические изменения слизистой оболочки носовых раковин обеих половин полости носа обуславливали либо сглаживание явлений сосудистой диссимметрии (как вентродорсальной, так и билатеральной), либо сопровождалась ее инверсией. Это было обусловлено степенью выраженности гипертрофического процесса и его зональными особенностями. Изменения эндоназального кровотока характеризовались преимущественным увеличением дикротического индекса и показателей периферического сосудистого сопротивления, что свидетельствовало о повышении тонуса сосудов.

Проба с физической нагрузкой и на фоне сохраненного повышения тонуса резистивных сосудов (артерии, артериолы) выявила усиление