

используется амлодипин. Практически все участники исследования принимали не менее 2 препаратов основных кардиологических групп, причём ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы использовались более чем у 80% мужчин и женщин. Статины входят в терапию у 82% исследуемых женщин и 64% - мужчин. Из них симвастатин принимали 55% женщин и 46% мужчин, аторвастатин 27 и 17%.

Выполненное исследование позволяет сформировать следующие Выводы: больные ИБС жители Западной Сибири характеризуются в целом низким уровнем соматического здоровья; для них характерны избыточная масса тела и склонность к абдоминальному варианту ожирения, сочетающиеся с гиперлипидемией и дислипидемией; множественность заболеваний у этих больных, требует постоянной терапии, при этом количество таких заболеваний составляет 6 и более, и не зависит от пола; больные этой категории нуждаются в постоянной многокомпонентной терапии по поводу основного заболевания.

ОСОБЕННОСТИ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И АНТИОКСИДАНТНОГО СТАТУСА В РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ

ЗУБОЧЕЛЮСТНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ

Иванова А.В., Сафронов И.Д., Железный П.А., Антонов А.Р.

*Государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия*

При потере зубов эффективным решением задачи восстановления утраченных анатомических образований полости рта и их функций может являться протезирование, которое осуществляется в основном съёмными пластиночными протезами. Однако данный вид протезов имеет большую площадь соприкосновения со слизистой оболочкой полости рта, что может являться фактором риска ее повреждения и развития протезных стоматопатий. В качестве универсального неспецифического критерия, имеющего место при патологии, может быть рассмотрен т.н. окислительный стресс, возникающий в организме при нарушении равновесия между прооксидантами и компонентами системы антиоксидантной защиты. В этой связи целью исследования было изучение баланса свободнорадикальных реакций и глутатионовой системы в ротовой полости при протезировании съёмными зубочелюстными пластиночными протезами. У пациентов при первичном обращении (I этап) концентрация ТБК-РП в ротовой жидкости была в 1,6 раз выше таковой у лиц контроля. Через 7 дней после протезирования (II этап) уровень ТБК-РП был в 1,7 раза выше контрольных величин. Через 6 месяцев после протезирования (III этап) уровень ТБК-РП приблизился к контрольным данным. При этом он

стал ниже в 1,6 раз, чем в группе первичного обращения ($p < 0,05$) и в 1,8 раз группы протезирования через 7 дней ($p < 0,05$). При первичном обращении активность глутатионредуктазы в ротовой жидкости была на 67% ниже таковой у лиц контроля. Через 7 дней после протезирования уровень глутатионредуктазы оставался на 70% ниже контроля. Через 6 месяцев после протезирования уровень глутатионредуктазы стал выше в 1,4 раза по сравнению с группой при первичном посещении и группой протезирования через 7 дней соответственно ($p < 0,05$). При этом в этот период (6 месяцев после протезирования) уровень активности глутатионредуктазы приблизился на 90% к показателям в контроле. При первичном обращении концентрация SH-групп в ротовой жидкости была на 46% ниже таковой в контроле. Через 7 дней после протезирования содержание SH-групп на 50% ниже такового у контрольной группы. Через 6 месяцев после протезирования уровень SH-групп стал выше в 1,5 раз величин группы при первичном посещении, а также протезирования через 7 дней ($p < 0,05$). Через 6 месяцев после протезирования уровень SH-групп приблизился на 72% к показателю концентрации SH-групп в контрольной группе.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛЯ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ У БОЛЬНЫХ ИБС И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА

Захарько Е.И., Николаев Н.А.

*ГОУ ВПО Омская государственная медицинская
академия
Омск, Россия*

В основе нарушений сердечного ритма лежат сдвиги нейрогенной и эндокринной регуляции, болезни миокарда, либо их сочетания. При этом сердечный ритм подвержен экзогенному и эндогенному влиянию. Среди эндогенных факторов особую роль играют заболевания щитовидной железы (ЩЖ), с изменением уровня тиреоидных гормонов. Однако взаимосвязь кардиоваскулярной патологии и функции ЩЖ исследована недостаточно.

В настоящее исследование включили 60 человек – 27 мужчин и 33 женщины. Был выполнен стандартный объём клинических и биохимических исследований. 90% больных страдали гипертонической болезнью (ГБ), 72% - ишемической болезнью сердца (ИБС), 19% мужчин и 3% женщин перенесли инфаркт миокарда, у 93% мужчин и 70% женщин выявлены признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН). Пароксизмальная форма мерцательной аритмии регистрировалась у 82% участников исследования с практически равной частотой - у 81% мужчин и 82% женщин.

Учитывая это, наибольший интерес представляли оценка и выявление возможных связей между уровнями тиреотропного гормона (ТТГ) и содержанием свободного тироксина (FT4) в сыворотке крови у больных ГБ и ИБС. Оказалось, что показатели ТТГ у мужчин, страдающих ИБС и ГБ и не имеющих этих заболеваний, находились в пределах нормы. То же соотношение прослеживалось и при оценке FT4. У женщин, больных ИБС и ГБ, при находящемся в границах нормальных значений уровне FT4, наблюдалось превышение нормальных значений ТТГ, статистически значимо отличавшееся от значений этого показателя у женщин без указанной патологии.

Возможно, такие различия можно объяснить развитием у женщин синдрома эутиреоидной слабости - СЭС. Известно, что ИБС и ГБ могут вызывать изменение динамики тиреоидных показателей у лиц без сопутствующей патологии ЩЖ. Существуют несколько предположений о механизмах таких изменений. Однако неясно, является ли СЭС благоприятной адаптивной реакцией на болезнь, снижая энергетические потребности тканей, либо, напротив, дезадаптивным ответом, вызывающим повреждение тканей и гипотиреоз.

Уменьшение количества тиреоидных гормонов снижает уровень основного обмена, а, следовательно, и потребление кислорода, что может послужить благоприятным фактором при ИБС; одновременно уменьшается количество β-адренорецепторов, что может способствовать более благоприятному течению аритмий. С другой стороны, при СЭС, который чаще проявляется как субклинический гипотиреоз, может наблюдаться нарушение липидного обмена, что способствует прогрессированию атеросклероза. Кроме того, гипотиреоз приводит к повышению общего периферического сосудистого сопротивления, что способно усугубить течение артериальной гипертонии. В изученной литературе нет указания на половые различия в развитии синдрома эутиреоидной патологии. Но, исходя из того, что функционирование женских половых гормонов и гормонов щитовидной железы тесно связаны (так как структура альфа-субъединицы одинакова у тиреотропина, фолликулина и лютеотропина, а хориотропный гормон имеет структурное сходство с тиреотропным гормоном), развитие данного синдрома именно у женщин представляется нам более вероятным.

Таким образом, в настоящем исследовании выявлены гендерные различия уровней ТТГ у больных с нарушением ритма сердца, ассоциированные с наличием кардиоваскулярной патологии, свидетельствующие в пользу развития синдрома эутиреоидной слабости.

О СТРОЕНИИ ПОДУШЕК ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Петренко В.М.
*Санкт-Петербургская медицинская академия
им. И.И. Мечникова
Санкт-Петербург, Россия*

Клапаны ограничивают обратный лимфоток, обратный кровоток в целом ряде вен и в сердце. Среди артерий клапаны определяются только в начале аорты и легочного ствола. Принято думать, что сердце под большим давлением нагнетает кровь в артерии и этой энергии достаточно для ее продвижения до капилляров. Между тем в венечные артерии сердца кровь поступает в фазу диастолы, в процессе обратного кровотока из восходящей аорты. И сокращающийся миокард может сдавливать ветви венечных артерий, что позволяет предполагать колебательный характер кровотока в них. Исследование разных органов у человека и ряда млекопитающих животных показало, что в развилках распределительных артерий встречаются полиповидные утолщения или подушки. Они покрыты эндотелием, под ним определяются эластическая мембрана и в разном количестве гладкомышечные пучки. Подушки крупнее и гораздо чаще обнаруживаются при нарушениях кровообращения. Анализ литературных данных позволил сделать предварительные выводы: 1) (мышечные) подушки чаще всего располагаются в местах ветвления артерий, что соответствует наиболее частой локализации венозных клапанов (в устьях притоков или в коллекторах, под местами впадения их крупных притоков), а также атеросклеротических бляшек; 2) по строению артериальные подушки напоминают клапанные валики (пристеночные утолщения венозных и лимфатических клапанов) и, особенно, бесстворчатые клапаны.

Для проверки данного предположения проведено исследование на венечных артериях людей и собак: участки их ветвления залиты в парафин, поперечные и продольные срезы толщиной 5-7 мкм окрашены пикрофуксином по Ван Гизон и Вергеффу.

В местах ветвления венечных артерий и их ветвей встречаются небольшие окружные выступы стенки в полость артерии, которые имеют разную форму и строение. Выступы противоположных стенок могут иметь разные размеры, располагаться на разном удалении от начала ветви, но преимущественно находятся в проксимальном сегменте развилки – в конечном отрезке ветвящейся артерии. По строению их можно условно разделить на три основных вида – локальные утолщения внутренней или средней оболочки, складки всех трех оболочек, встречаются комбинированные образования. В основном стволе артерии около места отхождения ветви поперечные мышечные пучки частично изменяют свою ориентацию на промежуточную ($45^{\circ} \pm 10^{\circ}$). Эти пучки охватывают артерию и начальный отрезок ее ветви. Циркулярные мышечные слои артерии и ее