

гин», г. Нижний Новгород) в течение 24 часов с 30-минутными интервалами в дневное время и 60-минутными интервалами в период сна. Мониторинг АД проводился в два этапа: при поступлении в течение суток и за 24 часа до операции. В зависимости от степени ночного снижения АД пациенты были разделены на 4 группы.

#### Результаты и обсуждения

При анализе СМАД у большинства пациентов с АГ при поступлении преобладает суточный индекс (СИ) САД кривой «non-dipper» – 13 (50,00%) больных, характеризующийся недостаточной степенью ночного снижения АД. Согласно полученным данным, нормальный суточный профиль АД – «dipper» – зарегистрирован у 8 (30,77%) пациентов, у 4 больных (15,39%) зафиксирован устойчивый подъем АД ночью – «night-peaker», у 1 больного (3,84%) – «over-dipper» – обнаружено чрезмерное снижение АД в ночное время. СИ ДАД при поступлении выглядел следующим образом: «non-dipper» – 8 (30,78%), «dipper» – 12 (46,15%), «night-peaker» – 4 (15,38%) и «over-dipper» – 2 (7,69%). За 24 часа до операции отмечалась тенденция к улучшению показателей САД, так увеличилось число больных «dipper» – 13 (50,00%), уменьшилось количество пациентов с типом суточной кривой «non-dipper» – 10 (38,47%) и «night-peaker» – 3 (11,53%), а тип «over-dipper» вообще не был зарегистрирован. Иначе выглядела динамика ДАД за 24 часа до операции: возросло количество пациентов с нормальным суточным профилем АД «dipper» – 14 (53,84%), сократилась частота выявления «non-dipper» и «night-peaker» – 3 (11,53%) и 3 (11,53%) соответственно, однако трехкратно увеличилось количество пациентов с типом «over-dipper» – 6 (23,07%).

#### Выводы

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что среди пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству, преобладают лица с нарушением суточного ритма АД. Согласно литературным данным, недостаточное снижение артериального давления в ночное время является независимым фактором риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

## СВОБОДНОРАДИКАЛЬНАЯ МОДИФИКАЦИЯ БЕЛКОВ И ЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПРИ ДЕЙСТВИИ КСЕНОБИОТИКОВ

Сабайкина Е.И., Кузьмичева Л.В.,  
Борченко Р.В., Еракова А.В.,  
Исаева И.А.

*Мордовский государственный  
университет, Саранск,  
e-mail: rina\_1984\_rm@mail.ru*

В связи с ростом химического производства особую актуальность приобретает проблема лечения и предупреждения патологических состояний, обусловленных действием на организм ксенобиотиков различной химической природы. В настоящее время среди органических соединений, наиболее широко используемых в промышленности, важное место занимает акриламид и нитрит натрия, промышленный синтез которых ежегодно возрастает. Механизм развития токсического действия ксенобиотиков связывают с чрезмерным образованием в организме свободных радикалов супероксида ( $O_2^-$ ) и оксида азота (NO), которые сильно окисляют высокомолекулярные соединения (липиды, белки, ДНК), вызывая апоптоз. Экспериментальное исследование проводили на белых беспородных крысах массой 180–240 г. Эксперименты на животных проводились в соответствии с требованиями Женевской конвенции «International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals». Исследуемые животные делились на 3 группы:

- 1) контроль – животные, получавшие стандартное питание и питье ( $n = 3$ );
- 2) опыт 1 – животные, которым внутрибрюшинно однократно вводили нитрит натрия ( $NaNO_2$ ) в дозе 5 мг на 100 г веса животного ( $n = 3$ );
- 3) опыт 2 – животные, которым внутрибрюшинно однократно вводили 10% раствор акриламида в дозе 100 мг/кг массы животного ( $n = 3$ ). Через сутки после введения ксенобиотиков исследовали окислительную модификацию белков, продукты ПОЛ и АОА в плазме крови. Как показали наши исследования при однократном внутрибрюшинном введении ксенобиотиков наблюдается повышение перекисного окисления липидов от 40 до 80% и снижение антиокси-

дантной активности на 54%. Окислительная модификация белков плазмы крови повышается в пределах 50-80% по отношению к контрольной группе. Таким образом, ксенобиотики вызывают окислительную модификацию липидов и белков плазмы крови, что приводит к изменению белковых компонентов, ферментов, рецепторов и ионных каналов плазматических мембран клеток, определяющих возможность нормального функционирования организма в целом.

### УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЙ ТОЛЩИНЫ МИОМЕТРИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ МАТКИ НАКАНУНЕ СРОЧНЫХ РОДОВ, В РОДАХ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

Салов И.А., Дятлова Л.И.

*Саратовский государственный  
медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии  
лечебного факультета, Саратов,  
e-mail: larisady@mail.ru*

В третьем триместре физиологической беременности происходят структурно-функциональные уменьшения в мышце матки. Больше всего эти изменения затрагивают нижний сегмент матки и заключаются в истончении миометрия. В тоже время толщина мышечной ткани других отделов матки, особенно дна, возрастает, что подтверждено многочисленными научными исследованиями. На сегодняшний день УЗИ является основной методикой, позволяющей осуществлять оценку состояния миометрия.

Миометрий сонографически определяется как эхогетерогенная структура между серозной и децидуальной оболочкой матки. Динамическое изменение биометрических показателей толщины миометрия в процессе родов и раннего послеродового периода находятся в процессе изучения.

**Цель исследования:** определить динамику изменений толщины миометрия накануне срочных родов, в первом, во втором, в третьем периодах родов и раннем послеродовом периоде.

#### Материалы и методы

В соответствии с поставленной задачей с помощью УЗИ были произведены измерения толщины миометрия в области дна, тела (передняя стенка) и нижнего сегмента у 100 беременных накануне срочных родов ( $39,7 \pm 1,8$  нед.), из них у 38 пациенток в родах и раннем послеродовом периоде. Одним из условий отбора в изучаемую группу в процессе родов было наличие координированной родовой деятельности и предполагаемая масса плода в пределах 3200–3600 г. УЗИ проводилось в фазы первого периода: латентную, активную, замедления; а также во втором, третьем периодах родов и раннем послеродовом периоде. УЗИ осуществлялись во время интервала между схватками. Исследования проводились на аппаратах: Hitachi 5500 Hi Vision, Fukuda Denshi UF-4100.

В результате проведенных исследований установлено, что при доношенной беременности толщина миометрия в дне и в теле матки составила  $7,9 \pm 0,7$  и  $7,2 \pm 0,6$  мм (таблица). Нижний сегмент матки значительно тоньше –  $4,3 \pm 0,39$  мм р. В начале родов, а именно в латентную фазу, показатели толщины миометрия дна и тела матки уменьшены по сравнению с аналогичными значениями при беременности, однако измеряемые значения в зоне нижнего сегмента оставались прежними.

Время исследования	Локализация исследования толщины миометрия матки		
	Дно (мм)	Тело (мм)	Нижний сегмент (мм)
38–41 нед. беременности ( $n = 100$ )	$7,9 \pm 0,7$	$7,2 \pm 0,6$	$4,3 \pm 0,39$
Латентная фаза I периода родов ( $n = 38$ )	$6,9 \pm 0,39$	$6,2 \pm 0,5$	$4,1 \pm 0,40$
Активная фаза I периода родов ( $n = 38$ )	$8,4 \pm 0,7$	$8,3 \pm 0,6$	$3,1 \pm 0,2$
Фаза замедления I периода родов ( $n = 38$ )	$9,0 \pm 0,9$	$8,9 \pm 0,4$	$2,9 \pm 0,2$
II период родов ( $n = 38$ )	$9,4 \pm 1,0$	$10,1 \pm 0,6$	$2,3 \pm 0,1$
III период родов ( $n = 38$ )	$40,7 \pm 3,6$	$38,6 \pm 3,5$	$36,4 \pm 2,8$
1 час после родов ( $n = 38$ )	$33,4 \pm 3,1$	$31,1 \pm 3,0$	$26,2 \pm 2,2$
2 часа после родов ( $n = 38$ )	$29,2 \pm 2,3$	$28,1 \pm 2,9$	$27,6 \pm 2,5$