

ции, рефлекса переворачивания и других показателей) гепастерил А проявляется при его введении непосредственно перед моделированием ишемии либо в первые 7 минут реперфузионного периода.

Фармакологический эффект гепастерил А в отношении биохимических показателей крови в динамике реперфузионного периода проявляется в снижении ферментативной активности аланинаминотрансферазы и аспартатами нотрансферазы, а также в уменьшении концентрации калия в крови.

Эти группы биохимических критериев позволяла объективно дать оценку органосохраняющего эффекта гепастерил А. Оценка этих показателей через 48 ч. реперфузионного периода показала, что наименьшие изменения в биохимических показателях АлАТ и АсАТ отмечены в группе, где препарат вводился в первые 7 мин. после восстановления кровотока (АлАТ в контроле  $1,47 \pm 0,07$  мМ/л ч, в опыте  $1,49 \pm 0,06$ ;  $p < 0,01$ ; АсАТ в контроле  $2,85 \pm 0,1$  мМ/л ч, в опыте  $2,45 \pm 0,08$  мМ/л ч,  $p < 0,01$ ). Более того отмечено, некоторое ингибирование активности исследуемых ферментов по сравнению с интактными животными. Положительный эффект мексидола отмечен и по показателю концентрации калия. Если в контрольной группе (без лечения) он составил  $6,50 \pm 0,22$  ммоль/л, то в группе с мексидолом  $5,42 \pm 0,89$  ммоль/л, ( $p < 0,001$ ). Такая же динамика была зафиксирована по отношению к концентрации креатинина и мочевины.

Было установлено, что органоселективность гепастерил А наиболее выражена по отношению к легким, мозгу (коре больших полушарий), печени, миокарду и проявляется уменьшением количества ателктазов в легких, нормализацией микро гемодинамики и противоотечным эффектом по отношению к мозгу, печени и миокарду. Таким образом, мы получили экспериментальное обоснование органопротекторного свойства мексидола при одновременной ишемии – реперфузии комплекса органов брюшной полости и скелетных мышц.

Выполненные эксперименты позволяют рекомендовать гепастерил А для дальнейшего доклинического исследования в качестве органопротекторного средства при реперфузионном синдроме.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОГО ДЕЙСТВИЯ НЕФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Маль Г.С., Шанин П.В.

*Курский государственный медицинский университет,  
Курск*

Одной из важнейших проблем современной медицины является проблема артериальной гипертензии. Программу лечения больных гипертензией составляет максимальное сокращение риска сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности, что достигается путем снижения артериального давления до:  $< 140/90$  мм. рт. ст. и меньше. В зависимости от уровня артериального давления ли отсутствия осложнений лечение нужно начинать или с низких доз одного препарата или с низких доз комбинаций двух ле-

карств. Монотерапия обеспечивает достаточный антигипертензивный эффект только у 40-60 % больных артериальной гипертензией. В большинстве случаев необходимо проводить комбинированное лечение с применением целого ряда препаратов.

Преимуществами комбинированной гипотензивной терапии является то, что оба препарата можно применять в малых дозах, что, скорее всего, не даст побочного действия; из-за различных механизмов действия увеличивается вероятность того, что будут подавлены патофизиологические факторы, препятствующие снижению АД; уменьшается возможность спутать лекарственные препараты и предотвращается расстройство, которые могут возникнуть из-за пропущенных доз.

Наиболее часто в состав фирменных антигипертензивных препаратов входят диуретики. Это обусловлено тем, что базирующиеся на диуретиках комбинации препаратов способствуют снижению заболеваемости и смертности. Кроме того, диуретики являются наиболее эффективными средствами для лечения больных с сердечной недостаточностью. К сожалению эти препараты не оказывают влияния на процессы ремоделирования миокарда, не улучшают отдаленный прогноз. Установлено, что, когда к малым дозам диуретиков добавляют ингибиторы АПФ для достижения адекватного контроля АД, метаболические нарушения, вызванные применением диуретиков, практически исчезают.

Целью настоящего исследования явилось определение клинической эффективности и безопасности гипотензивного эффекта нефиксированных комбинаций препаратов у больных гипертензивной болезнью.

В исследование были включены 64 мужчины в возрасте от 45 до 59 лет с гипертензивной болезнью 2 степени, 2 стадии. Диагноз определялся согласно рекомендациям VНОК по артериальной гипертензии 2004. Для визуализации эффективности нефиксированных комбинаций препаратов у больных гипертензивной болезнью согласно рандомизации были сформированы группы лиц с фармакологическим вмешательством, сопоставимые между собой по возрасту и стратификационным признакам.

Методы исследования включали в себя клинические, биохимические, функциональные, статистические.

Обследованные пациенты включались в группы с учетом стратификационных признаков (стадия гипертензивной болезни, возраст); критериями исключения были: вторичная артериальная гипертензия, недостаточность кровообращения более 2А стадии, сочетанная патология, требующая дополнительной коррекции.

Программа обследования включала: 1. Стандартный опрос (по опроснику Rose); Определение артериальной гипертензии. Для верифицирования использовали критерии VНОК.; 3. Исследование антропометрических данных (рост, масса тела); 4. Регистрация ЭКГ (в покое, в 12 стандартных отведениях).

В течение 3 недель пациенты получали гипотензивную терапию: диуретик и ингибитор АПФ. 34 из них получали - эналаприл в суточной дозе 10 - 20 мг.

и индапамид в суточной дозе 2,5 мг.; 22 – берлиприл в суточной дозе 20 мг. и индапамид в той же дозе; 8 – эналаприл в суточной дозе 20 мг. и фуросемид в суточной дозе 40-80 мг.

Перед началом лечения пациенты предъявляли жалобы на головную боль (87%), головокружение (68%), тошноту и рвоту (26%), снижение работоспособности (55%). При измерении артериального давления регистрировалось повышение систолического (в среднем  $165,8 \pm 2,4$ ) и диастолического (в среднем  $102,4 \pm 1,6$ ) давления.

После 3 недель терапии в состоянии больных отмечена положительная динамика. Улучшилось общее самочувствие пациентов, уменьшились или исчезли головокружение (у 70%), головные боли (у 42%), повысилась работоспособность (у 90%). Систолическое АД снизилось до  $132,2 \pm 1,8$ , среднее ДАД снизилось до  $91,0 \pm 1,4$ .

У всех больных наблюдалась хорошая переносимость лечения, побочных явлений не было. Ни у одного больного содержание электролитов не опустилось ниже нормальных значений. Не выявлено также по сравнению с исходным уровнем достоверных изменений содержания холестерина.

Таким образом комбинированная терапия диуретиком и ингибитором АПФ обладает выраженным гипотензивным эффектом, достоверно снижая средние величины систолического и диастолического артериального давления, уменьшает выраженность субъективных проявлений и не сопровождается значительными побочными эффектами, что позволяет рекомендовать ее больным гипертонической болезнью.

### **НАБЛЮДЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ИЗМЕНЕНИЕМ ДЛИННО-ШИРОТНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ГОЛОВЫ И ОСНОВНЫМИ ЭТАПАМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

Павлов А.В.

*Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова  
Рязань*

С возрастом изменяются топографическое положение, форма, количество борозд и извилин головного мозга. Особенно энергично этот процесс идет в первый год жизни ребенка, что находит свое отражение в изменении размеров черепной коробки и головы в целом.

Используя классификацию R.Martin (1928), мы попытались проследить изменение показателей длинно-широтного индекса у одних и тех же детей от момента рождения до одного года. Измерения проводились ежемесячно при помощи толстого циркуля. В своей работе нами преследовалась цель выявить взаимоотношения между этапами развития ребенка на первом году жизни и краниометрическими показателями.

Первые наблюдения были проведены на первой неделе жизни младенцев. Среднее значение длины составляло 11,7 см, ширины 8,1 см, длинно-широтного

индекса 63,5, что соответствует ультрадолихоцефалической (УДЦ) форме головы. У этих же детей в возрасте одного месяца отмечается рост показателя длины головы – 12,9 см при сохранении среднего значения ширины практически неизменным – 8,2 см. Среднее значение индекса соответствует УДЦ (63,3). В этом возрасте дети способны фиксировать глазами яркие предметы, но на короткий срок, полностью отсутствует речь и лишь намечается слуховое сосредоточение, какая-либо целенаправленная деятельность отсутствует.

В возрасте трех месяцев постепенно увеличивается среднее значение ширины – 9,0 см, показатель длины головы остается на том же значении, что и в первый месяц: 12,9 см. Среднее значение индекса соответствует гипердолихоцефалической (ГДЦ) форме головы и составляет 69,6. В этот промежуток времени обнаруживаются значительные изменения в поведении ребенка: он способен, поворачивая голову, следить глазами за движущимися предметами, криком выражает неудовольствие, тянет предметы в рот, гулит.

В четыре месяца резко изменяется среднее значение ширины – 9,3 см, при прежнем значении длины – 12,9 см. Среднее значение индекса соответствует долихоцефалической форме головы (ДЦ) – 71,8. Эти изменения сопровождаются переменами в развитии ребенка: поворачивается со спины и обратно, громко смеется, гуление становится длительным, появляются певучие и гортанные звуки.

В шесть месяцев форма головы детей становится мезоцефалической – значение длинно-широтного индекса 78,3. Что обусловлено продолжающимся ростом поперечного размера. Среднее значение которого в этой возрастной группе 10,1 см. Среднее значение продольного размера сохраняется. Дети в этом возрасте активно стараются изучить окружающее пространство, различают чужих, дают комплекс оживления только при появлении хорошо знакомых людей. Наступает период повышенной чувствительности к звукам: внимательно чувствует разные звуки, вступает в «диалог» с взрослыми.

Последующие два месяца отличаются относительной стабильностью показателей: несколько увеличиваются оба размера, однако среднее значение индекса остается в пределах 75-79,9, что соответствует мезоцефалической форме. В этот период дети ползают, пытаются ходить с опорой, появляются элементы лепетной речи.

В возрасте десяти месяцев наблюдается значительное увеличение поперечного размера головы: 11,5 см, при среднем значении продольного размера 13,5 см. Форма головы характеризуется как брахицефалическая со значением 85,2. Данный возрастной период характеризуется значительным развитием мелкой моторики ребенка: берет мелкие предметы двумя пальцами. Дети в этом возрасте активно передвигаются, стоят и поднимаются без опоры. В речи появляются отдельные слова, нередко эти слова носят слогоподражательный характер с заменой букв в слове при сохранении понятия о предмете, который данное слово обозначает.