

намике симптоматики и скорости потока мочи по сравнению с ФИН. Частота нежелательных явлений (НЯ) несколько ниже у пациентов, получавших А[®]. Наиболее частые НЯ этих препаратов были связаны с нарушением сексуальной функции. В целом А[®] и ФИН показали примерно одинаковый профиль безопасности. При определении времени наступления первых эффектов лечения среди пациентов, получавших А[®], отмечено более выраженное улучшение показателей, чем в группе терапии ФИН. Выяснено, что А[®] приводит к уменьшению объема простаты и увеличению скорости потока мочи уже через месяц после начала терапии. Через два года приёма А[®] отмечено снижение общего объема простаты на 24,9% по сравнению с увеличением на 2,6% в группе плацебо. Риск развития острой задержки мочи в группе А[®] снизился на 54%, а риск необходимости оперативного лечения по поводу ДГПЖ на 44% по сравнению с группой плацебо. Динамика показателей качества жизни у больных ДГПЖ в группе активной терапии А[®] намного благоприятнее таковой в группе плацебо. Качество жизни в группе терапии А[®] постепенно улучшалось на протяжении всего исследования. Результаты длительного лечения А[®] продемонстрировали устойчивое и продолжительное снижение концентрации ДГТ, прогрессивное уменьшение объема предстательной железы, снижение выраженности симптоматики ДГПЖ. Динамика шкалы симптомов от исходного уровня после длительного лечения была расценена как клинически значимое уменьшение симптоматики. Терапия А[®] хорошо переносилась пациентами, при этом прослеживалась общая тенденция к уменьшению частоты возникновения НЯ, связанных с нарушением половой функции. Количество, связанных с приёмом исследуемого препарата побочных эффектов постепенно уменьшалось в динамике лечения.

Комбинированная терапия АБ и ИР оптимизирует подход к лечению пациентов с большим объемом предстательной железы и выраженной симптоматикой, позволяя добиться быстрого клинического улучшения. Долговременный клинический эффект от приёма ИР, являющийся следствием уменьшения объема простаты, может быть достигнуто только при длительном приёме препарата. Отмечено, что ИР способны поддерживать эффекты, достигнутые на фоне комбинированной терапии, даже после отмены α_1 -адреноблокаторов. ИР лишают простату андрогенной стимуляции без возникновения резко выраженной сексуальной дисфункции, мышечной атрофии или приливов, остеопороза, анемии, которые часто возникают на фоне максимальной блокады андрогенов. Это преимущество достигается благодаря тому, что ИР блокируют только выработку ДГТ, снижая его концентрацию в простате. Уровень тестостерона сыворотки крови, отвечающего за андрогенную стимуляцию, остаётся нормальным или незначительно повышается вследствие энзимного блока. Именно поэтому использование ИР является рациональным и перспективным методом консервативной терапии ДГПЖ.

Влияние гипертензии во время беременности на уровень внутрисосудистого свертывания и перекисного окисления липидов, возможность коррекции

Рудзевич А.Ю.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

При беременности развиваются изменения в гемостазе, характеризующиеся его напряжением, обеспечивающим ограничение кровопотери во время родов. При физиологически протекающей беременности такое напряжение гемостаза вынужденное и хорошо компенсировано, однако и при ней возможно развитие тромбгеморрагических осложнений. При гипертензивных состояниях у беременных риск развития подобных осложнений, в том числе и ДВС синдрома, повышается. Существуют свидетельства о связи гипертензии во время беременности и активации внутрисосудистого свертывания. Известно, что при гиперкоагулемии активируются свободно-радикальные процессы, растёт уровень продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в крови и тканях, падает антиоксидантная активность, существует и обратная связь – изменение активности ПОЛ ведет к изменению активности гемостаза. Нами было поставлена цель: изучить изменения интенсивности внутрисосудистого свертывания и его связь с ПОЛ при беременности осложненной: ранее существовавшей артериальной гипертензией; вызванной беременностью артериальной гипертензией и умеренной преэклампсией, изучить эти изменения в послеродовом периоде, оценить их связь с активацией перекисного окисления липидов, возможность коррекции этих изменений.

Было обследовано: 60 женщин с физиологической беременностью и родами; и 97 женщин с нетяжелой гипертензией во время беременности, они были разделены на 2 группы, женщины первой группы принимали содержащий селен минераловитаминный комплекс «Селмевит», второй - не принимали. Каждая из этих групп была разделена на 3 подгруппы согласно клинической нозологии. Оценивался уровень Д-Димеров, АТ-3, число тромбоцитов, уровень спонтанной агрегации,

При физиологически протекающей беременности изменения содержания маркеров внутрисосудистого свертывания, изменения общей свертывающей активности крови и активности тромбоцитов отражают напряженность гемостаза. У всех женщин, наблюдаемых нами в 3 триместре беременности (как при физиологической, так и при осложненной беременности), уровень ПДФ и Д-Димеров был выше принятой нормы для небеременных. Уровень ПДФ и Д-Димеров во всех группах с артериальной гипертензией был выше, чем у здоровых беременных. Наиболее выраженные изменения наблюдались у женщин с умеренной преэклампсией (Д-Димеры $1,12 \pm 0,07$ и $1,70 \pm 0,21$). Во всех группах с гипертензией, кроме группы с преэклампсией, уровень активности АТ-3 достоверно не отличался от уровня у здоровых беременных. В группе с умеренной преэклампсией активность АТ-3 была снижена относительно здоровых беременных ($96,4 \pm 3,6$ и

90,3±4,8). Во всех группах беременных с гипертензией наблюдалось повышение уровня спонтанной агрегации. Одновременно усилились и процессы липопероксидации (ЛПО), а также снизился антиоксидантный потенциал (увеличилось содержание диеновых конъюгатов и продуктов, взаимодействующих с барбитуровой кислотой; сократился период индукции и увеличилась скорость окисления). Все эти изменения сохранялись и стали более выраженными после родоразрешения. Произошла активация внутрисосудистого свертывания как в группе со здоровыми родильницами так и родильниц с гипертензией. Содержание маркеров внутрисосудистого свертывания крови и активация тромбоцитов достигли такой степени, которая может рассматриваться как указание на развитие начальной фазы ДВС. Так в группе с преэклампсией уровень Д-Димеров соответствовал $1,97 \pm 0,2$, а у здоровых родильниц $1,62 \pm 0,09$;

Повышение внутрисосудистого свертывания и агрегации тромбоцитов во всех группах с гипертензией была выше, чем у здоровых беременных и родильниц. Эти изменения были более выражены в группе женщин с умеренной преэклампсией. На протяжении всех этапов наблюдений, а также при сопоставлении групп женщин выявляется, что большим степеням активации ЛПО и угнетения АОП соответствуют более выраженные изменения содержания маркеров внутрисосудистого свертывания крови и более выраженные изменения степени активации тромбоцитов. Во всех группах женщин с артериальной гипертензией, принимавших антиоксидант «Селмевит», наблюдалось достоверное ограничение процессов ЛПО и снижении уровня спонтанной агрегации, и концентрации маркеров внутрисосудистого свертывания. Это позволяет предположить о возможности применения «Селмевита» для снижения риска тромбгеморрагических осложнений.

Влияние витаминов-антиоксидантов на гемостаз в зависимости от тиреоидного состояния, а также на фоне введение половых стероидов

Шаповалов П.Я., Сулкарнаева Г.А., Шидин А.В., Шаповалова Е.М.

*Государственная медицинская академия,
г. Тюмень*

Цель работы - изучить динамику изменений общей свертывающей активности крови, плазменное содержание маркеров взаимодействия тромбин-фибриноген (ВТФ), толерантность к тромбину, липидпероксидацию (ЛПО) и антиоксидантный потенциал (АОП) тромбоцитов при разных тиреоидных состояниях, а также на фоне введения половых стероидов с тем, чтобы уточнить механизмы связи ЛПО-гемостаз и оценить целесообразность коррекции антиоксидантами гемостатических сдвигов при гипертиреозе.

Изучали: 1. Общую свертывающую активность крови, коагуляционную активность тромбоцитов, плазменное содержание маркеров ВТФ, ЛПО и АОП тромбоцитов у больных диффузным

токсическим зобом (ДТЗ) с повышенным уровнем в крови трийодтиронина и тетраiodтиронина (тироксина) при поступлении, после предоперационной подготовки и в после операции; 2. Те же показатели определяли у больных ДТЗ, терапия которых дополнялась антиоксидантом селмевитом; 3. Те же показатели определяли у здоровых доноров, (контроль); 4. У экспериментальных животных оценивали изменения тех же показателей и толерантности к тромбину при введении половых стероидов, при гипо-, гипертиреозе и тиреотоксикозе, вызываемых введением тиреостатических соединений на фоне угнетения или активации ЛПО введением про- или антиоксидантов, а также при введении ингибиторов каждой из трёх стадий превращения арахидоновой кислоты.

Использованы известные методы оценки перечисленных показателей [Балуда В.П. и др., 1980, Баркаган З.С., 1999; Бышевский А.Ш.и др., 2000]

Наблюдения над больными с ДТЗ свидетельствуют, что у пациентов, отличающихся высоким содержанием в сыворотке крови три- и тетраiodтиронина наряду со снижением общей свертываемости крови, повышается агрегация тромбоцитов, ускоряется реакция высвобождения, появляются признаки интенсификации ВТФ, активации ЛПО и снижения АОП в тромбоцитах; глубина этих сдвигов значительно с повышением уровня тиреоидных гормонов в крови.

Экспериментальные наблюдения позволили установить, что: 1. На ранних этапах введения тироксина активируются тромбоциты, позднее – повышается общая свертываемость крови. Это сменяется при длительном введении тироксина снижением общей свертываемости крови с одновременным нарастанием признаков ускорения ВТФ в плазме крови; 2. Степень роста коагуляционной активности тромбоцитов, степень активации ЛПО и степень снижения АОП нарастает с увеличением дозы тироксина. 3. Выявлена прямая зависимость между степенью активации ЛПО, снижением АОП в тромбоцитах с одной стороны, и ростом их коагуляционной активности – с другой, а также то, что торможение ЛПО антиоксидантами уменьшает коагулоактивность тромбоцитов; 4. Показано, что вызываемая тироксином активация тромбоцитов ограничивается ингибиторами превращения арахидоновой кислоты, и что эффект этих ингибиторов заметнее на фоне предварительного угнетения ЛПО антиоксидантами; что селмевит ограничивает ЛПО в тромбоцитах, и может использоваться как неспецифическое средство коррекции гемостатических сдвигов, вызываемых повышенным уровнем тиреоидных гормонов в кровотоке; 5. Половые стероиды (этинилэстрадиол и левоноргестрел) ускоряют ЛПО и активируют ВТФ, антиоксиданты ограничивают эти сдвиги.

Показано, что селмевит целесообразно использовать как дополнительный компонент терапии при оперативном вмешательстве по поводу ДТЗ для ограничения интенсивности послеоперационных гемостатических сдвигов и для сокращения периода восстановления обнаруживающихся после операции гемостатических изменений.