

## ДИНАМИКА ЛИПОПРОТЕИНОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЁННОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ КРИЗОМ, ДО И ПОСЛЕ КУПИРОВАНИЯ КРИЗА НИФЕДИПИНОМ И КАПТОПРИЛОМ

Глинских Т.А., Микашинович З.И., Белоусова Е.С.

Ростовский государственный медицинский университет, кафедра общей и клинической биохимии №1, г. Ростов-на-Дону

Современная тактика лечения артериальной гипертензии (АГ) предусматривает комбинированную терапию, что позволяет воздействовать на различные звенья патогенеза данного заболевания и суммировать положительные эффекты на ткани-мишени. Несмотря на многочисленные исследования, на сегодняшний день не существует единого мнения о влиянии отдельных классов гипотензивных препаратов на углеводный и липидный обмен.

В связи с этим, целью работы явился анализ динамики липопротеинов сыворотки крови у пациентов с артериальной гипертензией, осложнённой гипертоническим кризом (ГК), до и после купирования ГК нифедипином и каптоприлом.

Исследования проведены у 40 больных АГ II стадии в возрасте от 39 до 50 лет. Средний возраст составил  $44,5 \pm 3,1$  лет. Средний уровень систолического артериального давления (САД) составил  $165 \pm 13,5$  мм рт. ст., диастолического АД –  $100 \pm 10,1$  мм рт. ст. Выбор гипотензивной терапии осуществлялся с учётом клинического течения заболевания. При фиксации частоты сердечных сокращений (ЧСС) свыше 80 предпочтение отдавалось ИАПФ, при более низких значениях ЧСС назначали антагонисты кальция. Помимо общеклинического обследования, в эритроцитах венозной крови при поступлении в стационар и после купирования гипертонического криза в сыворотке крови определяли концентрацию по  $\beta$ -липопротеинов ( $\beta$ -ЛП) (по методу Бурштейн и Самай, описанному И. Тодоровым, 1968), окисленных ЛП (К. Yagi в описании Г.И. Музы и соавт., 1999) и ЛП, резистентных к окислению (Ю.И. Рагино, М.И. Душкин, 1998). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы «Biostat».

В сыворотке крови больных ГБ, осложнённой ГК, выявлено достоверное увеличение количества  $\beta$ -ЛП на 32,91% ( $p < 0,001$ ), снижение содержания окисленных ЛП на 19,91% ( $p < 0,001$ ) и ЛП резистентных к окислению на 13,08% ( $p < 0,05$ ) по сравнению с контрольной группой, что может указывать на нарушение обмена ЛП-частиц на стадии их ферментативной деградации, что создаёт условия для их длительной циркуляции в кровеносном русле.

После купирования криза нифедипином в сыворотке крови больных было выявлено значительное увеличение концентрации  $\beta$ -ЛП на 50,29% ( $p < 0,05$ ), окисленных ЛП на 34,71% ( $p < 0,001$ ) и снижение уровня ЛП, резистентных к окислению, на 38,71% ( $p < 0,001$ ) относительно показателей до лечения.

После купирования ГК каптоприлом концентрация  $\beta$ -ЛП статистически достоверно не отличалась, концентрация окисленных ЛП достоверно увеличилась на 44,84% ( $p < 0,001$ ), уровень ЛП, резистентных к окислению был снижен на 35,48% ( $p < 0,001$ ) относительно показателей до лечения.

Одним из патогенетических механизмов артериальной гипертензии является увеличение циркулирующих липопротеиновых комплексов, что подтверждается данными литературы и нашими результатами. После купирования криза нифедипином выявлено дальнейшее увеличение концентрации  $\beta$ -ЛП и снижение резистентности последних к  $\text{Cu}^{++}$ -индуцированному окислению.

У пациентов, принимавших каптоприл, также обнаружено дальнейшее увеличение уровня атерогенных липопротеидов. Необходимо отметить достоверное увеличение концентрации окисленных ЛП и снижение уровня ЛП, резистентных к окислению. Увеличение количества окислительно модифицированных ЛП может являться дополнительным повреждающим фактором, так как окисленные ЛП могут способствовать увеличению концентрации цитозольного  $\text{Ca}^{++}$  в гладкомышечных клетках сосудов, а значит, дополнительному увеличению вазоконстрикции.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 4.
2. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 4.
3. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 4.
4. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 4.
5. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 4.
6. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 4.
7. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 4.
8. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 4.
9. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 4.
10. Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.
11. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2009. Т. 11. № 12.
12. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2008. Т. 10. № 12.
13. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2007. Т. 9. № 12.
14. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2006. Т. 8. № 12.
15. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2005. Т. 7. № 12.

16. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2004. Т. 6. № 12.
17. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2003. Т. 5. № 12.
18. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2002. Т. 4. № 2.
19. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2001. Т. 3. № 2.
20. Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». 2000. Т. 2. № 1.