

ВЫВОДЫ

1. Цитологический метод позволяет дифференцировать резидентных стафилококковых бактерионосителей от транзиторных.
2. Среди резидентных преобладал *St. haemolyticus*.
3. Метод актуален, т.к. значительное число обследованных лиц оказалось резидентными бактерионосителями.
4. Необходимы принципиально новые методы санации резидентных стафилококковых бактерионосителей.

К.В. Протасов, Н.Б. Антоненко, О.Н. Чингаева

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРОФИЛЯ БЕЗОПАСНОСТИ МОКСОНИДИНА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГОУ ДПО ИГИУВ Росздрава (Иркутск)

НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-Пассажирский ОАО «РЖД» (Иркутск)

Особенности артериальной гипертонии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа и метаболическим синдромом — склонность к ортостатической гипотонии и преимущественно пожилой возраст — обуславливают необходимость учета безопасности гипотензивных препаратов у данной категории больных.

Цель исследования — изучить эффективность и профиль безопасности агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина (физиотенз[®], «Solvay Pharma», Германия) у пациентов с артериальной гипертонией в составе метаболического синдрома.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование был включен 21 пациент с артериальной гипертонией и другими признаками метаболического синдрома: сахарным диабетом 2 типа или нарушенной толерантностью к углеводам, ожирением, гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией (критерии ВОЗ, 1998). Среди них было 4 мужчин и 17 женщин в возрасте от 41 до 78 лет (в среднем — $60,0 \pm 7,0$). Все больные получали ранее комбинированную антигипертензивную терапию.

Эффективность препарата в условиях острой фармакологической пробы оценивалась у 15 пациентов с помощью 48-часового мониторингирования артериального давления (АД) с использованием монитора CardioTens-01 («Meditech», Венгрия). По окончании первых суток мониторингирования назначали моксонидин однократно в 10 часов в дозе 0,2 мг. Исследование продолжалось в течение последующих суток. Рассчитывали как стандартные показатели суточного мониторингирования артериального давления (СМАД), так и параметры экстремальных кратковременных подъемов АД. Для этого на полученных суточных кривых выделяли кратковременные подъемы систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД, превышающие индивидуальное среднеедневное или средненочное АД на 2 и более стандартных отклонения и пороговый уровень 140/90 мм рт. ст. в дневной период и 120/80 мм рт. ст. — в ночной. Началом экстремального подъема АД считали момент перехода частоты сердечных сокращений (ЧСС), САД и ДАД от стабильного состояния на графике СМАД к их динамике в виде тренда. Определяли пиковые уровни САД, ДАД, ЧСС, пульсового и среднего гемодинамического давления. Рассчитывали двойное произведение (произведение САД и ЧСС) на пике АД и скорость прироста давления от начала подъема до максимума. Проводился сравнительный анализ указанных параметров за первые (до начала приема моксонидина) и вторые сутки мониторингирования (после приема первой дозы).

Профиль безопасности оценивался в острой фармакологической пробе при приеме первой дозы моксонидина и по динамике качества жизни пациентов на фоне 4-недельного курса лечения. По результатам СМАД определяли количественные параметры гипотонии: индексы времени гипотонии САД и ДАД, минимальное ночное САД и ДАД, величину ночного снижения САД и ДАД. Индекс времени гипотонии рассчитывали как процент измерений САД и ДАД, меньших 90/60 мм рт. ст. в дневной период и 80/50 мм рт. ст. — в ночной (Кобалава Ж.Д., 2004). За минимальное ночное АД принимали среднее значение минимального АД за ночь и двух соседних измерений; величину ночного снижения САД и ДАД определяли как разницу среднего значения за 2-часовой период перед засыпанием и минимального ночного АД (Kario K., Pickering T., 2003). Данные показатели рассчитывали и сравнивали в первые (до начала приема моксонидина) и вторые сутки мониторингирования (после приема первой дозы). Качество жизни определяли методом анкетирования до назначения препарата и через 4 недели после начала терапии. Использовалась «Шкала качества жизни, связан-

ного со здоровьем» (Копорад Е., 1995). Рассчитывался средний балл для каждого из четырех параметров шкалы.

Статистическая обработка данных, учитывая их непараметрическое распределение, проводилась по критериям Вилкоксона и Манна-Уитни с помощью пакета статистического анализа Statistica 6.0 («Statsoft», США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средние значения стандартных показателей СМАД в последующие сутки в целом и в ночной период после приема моксонидина не изменились. В то же время выявлено достоверное уменьшение среднесуточных параметров СМАД — среднего САД, ДАД, двойного произведения и индекса времени САД. Вариабельность САД при этом увеличилась (табл. 1).

Таблица 1

Динамика дневных параметров СМАД при проведении острой фармакологической пробы с моксонидином

Параметр	Медиана (n = 15)	
	1 сутки (до приема моксонидина)	2 сутки (после приема моксонидина)
Среднее САД (мм рт. ст.)*	150	145
Среднее ДАД (мм рт. ст.)*	86	81
Среднее пульсовое АД (мм рт. ст.)	63	59
Частота сердечных сокращений (мин ⁻¹)	71	71
Двойное произведение**	10263	10032
Вариабельность САД*	16	18
Вариабельность ДАД	13	12
Индекс времени САД*	70	57
Индекс времени ДАД	38	18

Примечание: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,02$.

В течение первых суток мониторингирования выявлено 33 кратковременных экстремальных подъема АД (в среднем 2,2 на одного пациента). После приема моксонидина количество эпизодов артериальной гипертензии уменьшилось до 26 (1,7 на одного пациента; $p > 0,05$). При этом достоверно уменьшились медианы пикового значения систолического АД (188 и 177 мм рт. ст. в первые и вторые сутки соответственно, $p < 0,05$), среднего гемодинамического АД на максимумах САД (133 и 127 мм рт. ст., $p < 0,05$) и ДАД (136 и 129 мм рт. ст., $p < 0,05$).

Количественные показатели артериальной гипотонии на фоне приема первой дозы моксонидина достоверно не изменились.

Параметры качества жизни после 4-недельного курса лечения моксонидином представлены в таблице 2.

Качество жизни на фоне приема моксонидина

Таблица 2

Параметры качества жизни	Средний балл (n = 21)	
	До лечения	Через 4 недели
Повседневная жизнь	2,00	2,00
Здоровье**	1,00	1,41
Поддержка и контакты	1,35	1,35
Самооценка	1,76	1,76

Примечание: * – $p < 0,02$.

ВЫВОДЫ

Введение первой дозы моксонидина у больных метаболическим синдромом привело к уменьшению среднесуточных значений систолического и диастолического АД, двойного произведения и индекса времени систолического АД, снижению амплитуды экстремальных кратковременных колебаний систолического и среднего гемодинамического АД.

Выраженность эпизодов гипотонии в условиях острой фармакологической пробы с моксонидином не изменилась. Курсовое лечение моксонидином в течение 4-х недель не повлияло на уровни повсед-

невной жизни, самооценки, поддержки и контактов. При этом увеличился уровень показателя здоровья. Это позволяет говорить об эффективности и безопасности стартовой антигипертензивной терапии моксонидином.

Д.Б. Раднаева

АНТИГИПОКСИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СОКА ИЗ ПОБЕГОВ *CALLISIA FRAGRANS* L.

Институт общей и экспериментальной биологии СО РАН (Улан-Удэ)

В настоящее время стремительно растет интерес к адаптогенным средствам растительного происхождения. В народной медицине большой популярностью пользуется каллизия душистая — *Callisia fragrans* L., более известная под названием «золотой ус». По данным литературы, сок каллизии душистой содержит комплекс флавоноидных соединений: кверцетин, кемпферол и др. Известно, что флавоноиды обладают противовоспалительными, противоаллергическим, антиоксидантным и мембраностабилизирующим свойствами, снижают проницаемость капилляров, тормозят процесс старения роговицы и миокарда. Также в соке этого растения содержится витамин С, витамины группы В (В2 рибофлавин, В12), пантотеновая кислота, никотиновая кислота, медь, железо, хром, никель.

Целью настоящего исследования явилась оценка антигипоксической активности сока каллизии душистой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Эксперименты были проведены на белых крысах линии Вистар обоего пола массой 200 — 220 г. Антигипоксическая активность сока каллизии душистой оценивалась на моделях гемической и тканевой гипоксий. Животным опытной группы внутрижелудочно вводили сок каллизии душистой из расчета 1 мл/100 г веса животных 1 раз в день в течение 4-х дней. Крысы контрольной группы получали дистиллированную воду в том же объеме. На 4-й день через 1 час после последнего введения у крыс обеих групп вызывали гемическую гипоксию путем внутрибрюшинного введения раствора NaNO_3 в дозе 200 мг/кг; тканевую гипоксию воспроизводили путем внутрибрюшинного введения нитропруссид натрия в дозе 30 мг/кг. Выраженность антигипоксического эффекта оценивали по продолжительности жизни животных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что при гемической гипоксии продолжительность жизни животных, получавших испытуемое средство, составила 38,8 мин., в контрольной группе этот показатель был равен 32,0 мин. На модели тканевой гипоксии продолжительность жизни в опытной группе составила 24,2 мин., а в контрольной — 20,0 мин. Полученные результаты свидетельствуют, что у животных, получавших сок каллизии душистой, продолжительность жизни при гипоксических состояниях увеличивалась в среднем на 22 % по сравнению с контролем.

Таким образом, новое адаптогенное средство — сок каллизии душистой — обладает антигипоксическим действием, что обусловлено наличием комплекса флавоноидных соединений, обладающих мембраностабилизирующими и антиоксидантными свойствами.

Э.В. Раднаева, И.Б. Фаткуллина, Б.Б. Тудупова, А.В. Федоров, А.В. Борголов

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП С ГЕСТОЗОМ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

ГУЗ Республиканский перинатальный центр (Улан-Удэ)

Поражение нервной системы ребенка в перинатальном периоде представляет собой важнейшую медицинскую проблему. С перинатальной патологией нервной системы связывают высокие показатели смертности и тяжелые инвалидизирующие психоневрологические и соматические расстройства. Данная патология в настоящее время имеет тенденцию к росту, и чаще ведущим повреждающим фактором является гипоксия плода (Барашнев, 1996).