

УРОВЕНЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

СТРАХОВА Н.В., КОТОВА Ю.А., ЗУЙКОВА А.А., КРАСНОРУЦКАЯ О.Н.

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, г. Воронеж. Россия

Введение. Поиск новых маркеров прогрессирования стабильной стенокардии является актуальной задачей медицинских исследований. В связи с этим важным представляется изучение маркеров окислительного стресса в данной группе пациентов и их изменения в зависимости от функционального класса стабильной стенокардии.

Цель исследования. Изучить изменения показателей окислительного стресса у пациентов в зависимости от функционального класса стабильной стенокардии.

Материал и методы. Обследованы 93 больных стабильной стенокардией в возрасте от 50 до 89 лет, средний возраст составил $68,4 \pm 10,3$ лет, на базе кардиологического отделения № 2 БУЗ ВО ВГКБСМП № 1. Все пациенты были ранжированы в 3 группы. Группирующим признаком стал функциональный класс стабильной стенокардии: Группа 1 – 15 больных со стенокардией ФК 1; Группа 2 – 21 пациент с ФК 2; Группа 3 – 57 больных ФК 3. Группы были сравнимы по полу, возрасту и длительности течения стабильной стенокардии. Определение окислительного стресса по окислительной модификации белков в сыворотке крови проводили по методике Дубининой (реакция взаимодействия окисленных аминокислотных остатков белков с 2,4-динитрофенилгидразином (2,4-ДНФГ) с образованием производных 2,4-динитрофенилгидразонов). Оптическую плотность 2,4-динитрофенилгидразонов регистрировали на приборе спектрофотометр СФ-36 на длине волн: 356 нм, 370 нм, 430 нм и 530 нм. При длине волны 356 нм и 370 нм определялось содержание альдегидо- и кетонпроизводных динитрофенилгидразонов нейтрального характера (АДФГн и КДФГн), при длине волны 430 нм 530 нм – альдегидо- и кетонпроизводных основного характера (АДФГо и КДФГо). Активность супероксиддисмутазы (СОД) определяли спектрофотометрическим методом. Статистическая обработка результатов исследования

проводилась с помощью пакета программ SPSS Statistics 20.0.

Результаты. При сравнении уровней показателей окислительной модификации белков в исследуемых группах не было выявлено значимых различий. Средние значения АДФГн составили $27,2 \pm 0,6$ усл. ед/мг – в Группе 1; $27,2 \pm 1,4$ усл. ед/мг – в Группе 2 и $26,4 \pm 0,4$ усл. ед/мг – в Группе 3 ($p=0,745$ по критерию Краскела – Уоллеса). Средние значения КДФГн составили $24,5 \pm 1,8$ усл. ед/мг в Группе 1; $24,4 \pm 1,6$ усл. ед/мг – в Группе 2 и $22,9 \pm 0,5$ усл. ед/мг – в Группе 3 ($p=0,503$). Средние значения АДФГо составили $10,9 \pm 0,6$ усл. ед/мг – в Группе 1; $12,8 \pm 1,1$ усл. ед/мг – в Группе 2 и $11,7 \pm 0,3$ усл. ед/мг в Группе 3 ($p=0,9$). Была выявлена тенденция к увеличению КДФГо с ростом функционального класса стабильной стенокардии: в Группе 1 КДФГо оказался $6,8 \pm 2,9$ усл. ед/мг; в Группе 2 – $7,4 \pm 0,9$ усл. ед/мг; в Группе 3 – $9,1 \pm 0,2$ усл. ед/мг ($p=0,123$). Попарное сравнение средних значений изучаемых показателей в группах больных, разделенных по ФК стенокардии, также не выявила статистически значимых различий за исключением разницы КДФГо при сравнении больных ФК 1 и 3 стенокардии ($p=0,048$ по критерию Манна – Уитни). Корреляционный анализ Спирмена не установил значимой взаимосвязи между показателями окислительной модификации белков и функциональным классом стенокардии: КДФГо ($r=0,253$, $p=0,041$), АДФГо ($r=0,009$, $p=0,941$), КДФГн ($r=-0,145$, $p=0,244$), АДФГн ($r=-0,095$, $p=0,45$). СОД в Группе 1 составила $39,5 \pm 0,7\%$; в Группе 2 – $39,1 \pm 0,2\%$; в Группе 3 – $40,5 \pm 0,6\%$, что не имело статистически значимых различий ($p=0,876$).

Заключение. Показатели окислительного стресса сыворотки крови не имели значимых отличий у больных с различным клиническим течением стабильной стенокардии, за исключением КДФГо, имевшим тенденцию к повышению с увеличением функционального класса заболевания.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТРОМБОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

ТАДЖИХОДЖАЕВА Ю.Х., САДЫКОВА Г.А., НУРУТДИНОВА С.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
терапии и медицинской реабилитации, г. Ташкент. Узбекистан

При воспалительных заболеваниях дыхательных путей страдает и сердечная мышца. В развитии сердечно-сосудистых и ряда других заболева-

ний ключевую роль играют тромбоциты, являющиеся участником как процесса тромбообразования, так и развития воспаления.