

НЖО II – 43 женщины (29%), НЖО III – 28 женщин (19%). Известно, что средний физиологический возраст менопаузы приходится на 45-50 лет. При анализе анкет было установлено, что у женщин с нормальной массой тела средний возраст менопаузы составил  $46 \pm 5$  лет, у женщин с НЖО I –  $50 \pm 5$  лет, с НЖО II –  $52 \pm 4$ , с НЖО III –  $54 \pm 5$  лет. Гинекологический анамнез отягощен у 67% женщин с НЖО, у 35% среди женщин без НЖО. У женщин с НЖО I чаще наблюдались острые и хронические аднекситы (16 случаев), заболевания яичников (дисфункции, кисты, опухоли, полипы) отмечали 8 анкетированных. У женщин с НЖО III встречались патология шейки матки (эрозия, воспалительные заболевания) в 18 случаях, патология матки (фибромиома, рак эндометрия) – 12 женщин, воспалительные заболевания – 10 женщин. У женщин с НЖО II наблюдались в равной степени как острые и хронические аднекситы (3 случая), заболевания яичников (3 случая), так и патология шейки матки (5 случаев), патология матки (9 случаев). 27 женщин с НЖО отметили изменения со стороны эндокринной системы. Сахарный диабет (СД) 1-го типа был выявлен у трех женщин с НЖО I и у четырех женщин НЖО II. СД 2-го типа имел место у трех женщин с НЖО III. У 13 женщин была патология щитовидной железы. Из них у 6 женщин с НЖО I, у 3 с НЖО II, у 4 с НЖО III. Интерес представляет анализ течения менструальной функции в перименопаузе. Установлено, что у большинства женщин (52%) с НЖО отсутствовало нарушение цикла. Полименорея имела место у 28 % женщин, скудные менструации отмечают 20 % анкетированных. Изучая особенности проявлений климактерического синдрома, нами было отмечено, что у всех женщин с НЖО наблюдались приливы, частота их колебалась от 1 до 10 раз в день. Средняя продолжительность приливов – 1-2 минуты. У женщин без НЖО приливы встречались в 67% случаев. Большинство женщин – 81 (55%) отрицали связь возникновения приливов с провоцирующими факторами. 27 (40%) женщин указали на возникновение приливов после стресса, 5 женщин (8%) связывали возникновение их с курением, 10 женщин (15%) – с употреблением кофе, связь со всеми факторами отмечали 25 женщин (37%). У 128 женщин с НЖО (87%) наблюдались ознобы, средняя продолжительность которых составила 7 минут, а частота их колебалась от 2 до 10 и более раз в сутки. Обращает внимание высокая частота артериальной гипертензии, тахикардии, потливости, головных болей, зуде наружных половых органов и влагалища среди женщин с НЖО III по сравнению с НЖО I, II и без НЖО.

**Алихмова Е.И., Заяц А.Н.**

#### **ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1 СТЕПЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Заяц А.Н.

Характеристика вегетативного тонуса у молодых мужчин с артериальной гипертензией 1 степени в зависимости от вкусовой чувствительности к поваренной соли. Высокая распространенность синдрома артериальной гипертензии (АГ) среди молодой категории населения, полифакторность и многообразие патогенетических механизмов патологии определяют разностороннюю диагностическую направленность исследований. Цель исследования – оценить состояние вегетативной нервной системы (ВНС) пациентов с АГ 1 степени в зависимости от вкусовой чувствительности к поваренной соли (ВЧПС). В исследование включены 56 мужчин в возрасте 18-27 лет. На основании комплексного обследования сформированы группы: 1-ю группу составили 22 практически здоровых мужчины, 2-ю группу – 34 мужчины с АГ 1 степени. Диагноз АГ выставлен в соответствии с ESC, 2007, БНОК, 2010. Из исследования исключались пациенты с симптоматической АГ, структурными и органическими заболеваниями сердца, значимыми нарушениями ритма и проводимости. Исследовали временные и спектральные показатели variability ритма сердца (ВРС) по результатам 5-минутных записей электрокардиограмм. ВЧПС определялась по модифицированной методике Henkin – концентрации раствора поваренной соли от 0,0025% до 0,16% соответствовали физиологическому порогу ВЧПС (ПВЧПС), концентрации раствора от 0,32% до 5,12% – высокому. Статистическая обработка данных проведена методами непараметрической

статистики. В 1-й группе у 17 пациентов (77%) выявлен физиологический ПВЧПС, у 5 пациентов (23%) – высокий ПВЧПС; во 2-й группе – у 15 (44%) и 19 (56%) пациентов, соответственно. При сравнении показателей ВРС у мужчин с физиологическим ПВЧПС выявлены статистически значимые различия: LF/HF – 0,7 (0,5;1,2) и 1,4 (1,0;2,2), соответственно,  $p=0,03$ ; %VLF – 33,7 (23,3;38,9) и 52,5 (33,8;65,3), соответственно,  $p=0,02$ ; %HF – 35,5 (28,1;42,8) и 16,1 (14,1;23,6), соответственно,  $p=0,002$ . При сравнении показателей ВРС у мужчин с высоким ПВЧПС выявлены следующие статистически значимые различия: RRNN – 978 (909;1139) и 815 (721;923), соответственно,  $p=0,004$ ; SDNN – 76 (56;85) и 50 (35;59), соответственно,  $p=0,008$ ; RMSSD – 74 (59;101) и 34 (21;54), соответственно,  $p=0,0008$ ; pNN50 46 (35;65) и 14 (2;34), соответственно,  $p=0,001$ ; TP – 4702 (3129;6923) и 2765 (1660;3797), соответственно,  $p=0,02$ ; HF – 2277 (1473;3352) и 639 (320;1245), соответственно,  $p=0,0008$ ; LF/HF – 0,6 (0,3;0,9) и 1,41 (0,8;3,0), соответственно,  $p=0,007$ ; %VLF – 28,2 (17,6;33,0) и 48,3 (34,5;56,6), соответственно,  $p=0,006$ ; %HF – 41,1 (36,6;60,1) и 23,2 (12,1;36,3), соответственно,  $p=0,04$ . Таким образом, среди пациентов с АГ преобладают мужчины с высоким ПВЧПС. Данную группу характеризует низкая в сравнении с группой практически здоровых мужчин общая ВРС, низкая общая мощность спектра и парасимпатической ее составляющей; вегетативная регуляция сердечного ритма у пациентов с АГ 1 степени осуществляется преимущественно за счет надсегментарных механизмов, вегетативный баланс смещен в сторону симпатикотонии на фоне парасимпатической недостаточности. При физиологическом ПВЧПС у пациентов с АГ 1 степени вегетативный контроль также смещен на менее экономичный гуморально-метаболический уровень за счет недостаточности парасимпатического звена.

**Амбрушкевич А.Ю., Леванович О.Н., Стрижак Е.А.**

#### РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ПЕЧЕНИ В ГЕПАТОТОКСИЧНОСТИ ЭТАНОЛА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Амбрушкевич Ю.Г.

До настоящего времени не выяснено, с чем связана явно выраженная предрасположенность одних людей к гепатотоксическому действию этанола, в сравнении с другими, в такой же степени злоупотребляющими этанолом, людьми. В связи с этим, мы выдвинули гипотезу, что предрасположенность к алкогольному поражению печени генетически предопределена и, вероятно, зависит от индивидуальных особенностей протекания реакций перекисного окисления липидов и состояния системы антиоксидантной защиты в печени до воздействия этанолом. В настоящей работе изучена взаимосвязь между индивидуальными особенностями состояния системы антиоксидантной защиты печени и характером, степенью выраженности алкогольной гепатопатии. Опыты проведены на нелинейных белых крысах-самцах. 94 интактным животным опытной группы проведена операция частичной гепатэктомии. В изъятых долях печени крыс определяли состояние системы антиоксидантной защиты. С этой целью в гомогенате печени регистрировали: активность каталазы, супероксиддисмутазы, глутатионпероксидазы, глутатионредуктазы и глутатион-S-трансферазы (GST); уровень восстановленного глутатиона (GSH), ретинола, токоферолов, каротина и убихинона. На основании данных изучения вышеприведенных показателей составляли «биохимический паспорт» каждого животного. Через 2 месяца начинали вводить этанол (через зонд в желудок в дозе 5 г/кг в виде 30% водного раствора, 1 раз в день, 57 дней; опыт). 16 животных контрольной группы оперировали, как описано выше, а в послеоперационном периоде вводили воду в том же объеме, как и этанол опытным животным. Через 24 часа после последнего введения этанола крыс декапитировали. В печени гистологическими методами изучали интенсивность: воспалительной и жировой инфильтрации паренхимы, вакуолизации гепатоцитов, их деструкции и гибели. Оценку проводили в баллах. В плазме крови определяли активность маркерных ферментов повреждения печени: аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ),  $\gamma$ -глутамилтрансферазы (ГГТФ). Для нахождения взаимосвязей между исходными индивидуальными биохимическими показателями в печени крыс и характером, степенью выраженности последующего алкогольного поражения органа,