

ли значение 20%, значимо отличаясь от всех основных групп ($p < 0,0001$), где медианный интервал находился в пределах значений 50–66%.

Таким образом, настоящее исследование продемонстрировало, что на фоне хронической фармакотерапии у больных гипертонической болезнью наблюдаются существенные изменения состояния органов и тканей полости рта, характеризующиеся преимущественным поражением ткани зубов и пародонта, при этом групповая принадлежность и количество назначаемых препаратов не являются столь же существенным фактором, как сам факт их постоянного приема.

**БИОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ
ДЕЙСТВИЯ ТРИМЕТИЛГИДРАЗИННА
ПРОПИОНАТА КАК СРЕДСТВА
КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ
ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**

Николаев Н.А.*, Жёлтикова Е.Н.**,
Поташев Д.А.*, Волковская Н.Е.**,
Цыбульникова Н.Н.**

*ГОУ ВПО Омская государственная
медицинская академия Росздрава,

**МУЗ Городской клинический кардиологический
диспансер
Омск, Россия

Включение цитопротектора в терапевтическую схему часто проблематично, так как, не являясь препаратом первого выбора, он часто назначается в качестве пятого-седьмого препарата, что может расцениваться как *rolipragmasia*. Поэтому такое включение должно быть обосновано уникальностью свойств или механизма действия. Одним из заслуживающих внимание метаболических цитопротекторов является триметилгидразиния пропионат (ТП) [милдронат, Гриндекс ПАО, Латвия]. В основе его действия подавление гамма-бутиробетаингидроксилазы, снижение синтеза карнитина и транспорта длинноцепочечных жирных кислот через оболочки клеток, при одновременном препятствии накоплению в клетках активированных форм неокисленных жирных кислот – производных ацилкарнитина и ацилкоэнзима А. Кроме того, в условиях ишемии ТП способен восстанавливать равновесие процессов доставки кислорода и его потребления в клетках, одновременно активируя гликолиз, и стимулируя синтез естественного вазодилатора гаммабутиробетаина.

Показаниями к применению метаболических цитопротекторов являются различные состояния, в том числе острые и хронические формы ишемической болезни сердца. Однако, согласно имеющимся данным, ТП не является препаратом первого ряда при остром коронарном синдроме и его применение не является остро необходимым. Он не представлен в Фармакопее США и Кокрановской базе данных, что во мно-

гом объясняется малым количеством клинических исследований (КИ) с солидной доказательной базой (1 завершённое КИ 1989 г., по данным на 2005 г.).

Расширению доказательной базы по применению ТП в кардиологической практике посвящено начатое в 2007 г. открытое проспективное параллельное кроссекционное исследование 200 больных инфарктом миокарда (ИМ). В исследовании в открытом временном режиме включали больных ИМ (острая фаза, не позднее 48 часов от начала события), госпитализируемых в реанимационное отделение МУЗ ГККД. Всех больных методом лотерейной рандомизации распределяли в 2 группы, до достижения количества 100 человек в каждой. Больным первой группы в течение первых суток с момента госпитализации к стандартной терапии было добавлено внутривенное введение 1000-1500 мг/сутки ТП в течение 2 недель с последующим переводом на энтеральный прием в течение еще 2 недель. Больные второй группы получали стандартную терапию. Клиническое исследование каждого больного проводили в течение всего срока его пребывания в стационаре. В качестве конечных точек исследования были установлены: сердечнососудистая смерть, наступившая в период нахождения больного в стационаре на этапе лечения, но не ранее 24 часов с момента госпитализации; развитие рецидива ИМ или тромбоэмболии легочных артерий, или острого нарушения мозгового кровообращения в период нахождения больного в стационаре на этапе лечения, но не ранее 48 часов с момента госпитализации.

Предварительные результаты исследования продемонстрировали обратную корреляционную связь достижения конечных точек с приемом ТП. Подробно о результатах исследования будет сообщено по мере обработки материала.

**ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ОТКРЫТИЯ
МАГИСТРАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛИЗАЦИИ
510620 «МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ
НАУКИ» (НАПРАВЛЕНИЕ 510600
"БИОЛОГИЯ", ПРОФИЛЬ «ОСНОВЫ
ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ БИОМЕДИЦИНЫ»)
В МУРМАНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ
ТЕХНИЧЕСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

Овчинникова С.И., Широкая Т.А., Кривенко О.Г.,
Похольченко Л.А., Михнюк О.В., Смирнова Е.Б.,
Ключко Е.В., Шашкова Е.В., Игумнов Р.О.
ФГОУ ВПО "Мурманский государственный
технический университет", Биологический
факультет, кафедра биохимии
Мурманск, Россия

В настоящее время прорабатывается вопрос открытия магистратуры по специализации 510620 «Медико-биологические науки» (направление 510600 "Биология", профиль «Основы

фундаментальной биомедицины») в Федеральном государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования "Мурманский государственный технический университет". Специализация магистратуры 510620 «Медико-биологические науки» планируется на базе кафедр биологического факультета МГТУ. Актуальность данной специализации обусловлена как быстрым развитием соответствующих научных дисциплин (молекулярная биология, медицинская биохимия, клиническая физиология и т.д.), так и значимостью прикладных задач, стоящих перед современной медициной. Разработка и внедрение в медицинскую практику достижений медико-биологических наук, биохимии и молекулярной биологии требует специальной подготовки кадров для научно-исследовательской деятельности в области фундаментальной биомедицины. Необходимость открытия магистратуры в Мурманском регионе связана, прежде всего, с возрастающей потребностью в специалистах для работы в лечебно-профилактических, клинко-диагностических, научно-исследовательских и учебных учреждениях города и области в должностях биолога, врача-биолога, врача судебно-медицинской экспертизы, научного сотрудника, преподавателя. Отсутствие же в Мурманске медицинского высшего учебного заведения создает определенные трудности в обеспечении городских и областных медицинских учреждений квалифицированными биомедицинскими кадрами. Магистратура по специализации 510620 «Медико-биологические науки» предполагает углубленную теоретическую и практическую подготовку студентов в области фундаментальной биологии и медицины и призвана готовить биологов широкого научного профиля, владеющих современными физиолого-биохимическими методами исследования, способных решать как научные, так и прикладные задачи в области теоретической, экспериментальной и клинической биохимии и физиологии. Выпускники специализации по окончании обучения имеют возможность трудоустройства в медицинских учреждениях Мурманской области.

**АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У
БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ,
ОТБЫВАЮЩИХ НАКАЗАНИЕ В
ПЕНИТЕНЦИАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ**

Оленко Е.С., Киричук В.Ф., Сачков С.В.

Колопцова Т.А.

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»
Саратов, Россия*

Осужденные, попадая в места лишения свободы, находятся в состоянии сильнейшего психологического стресса (Кавецкий И.Т., 2003). Считается доказанным, что длительное психо-

эмоциональное напряжение является пусковым моментом в инициации артериальной гипертонии (АГ). В России АГ приобрела характер эпидемии. Ю.Н. Беленков (2001) отмечает: «АГ чрезвычайно распространена среди населения. В доступной литературе отсутствуют сведения о влиянии хронического стресса вынужденной изоляции в пенитенциарном учреждении (ПУ) на состояние аффективной сферы у больных с впервые выявленной АГ.

Целью данного исследования явилось изучение аффективных расстройств у больных с впервые выявленной АГ, отбывающих наказание в ПУ.

Обследованы 36 заключенных мужчин с впервые выявленной АГ 1-ой и 2-ой степени с риском осложнений 1-3 согласно классификации АГ ВОЗ/МОГ, 1999г. Средний возраст больных АГ, отбывающих наказание в ПУ, составил $26,83 \pm 3,14$ лет, а средняя продолжительность заключения в ПУ – $19,58 \pm 2,38$ месяцев. Группой контроля являлись 61 клинически здоровых заключенных, средний возраст которых был сопоставим с больными АГ и составил $23,5 \pm 4,71$ лет, а средний срок изоляции в ПУ – $16,6 \pm 5,11$ месяцев. Все заключенные, вошедшие в исследование, имели первую судимость и отбывали наказание в ПУ впервые. Для обследования использовались: методика Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина для исследования реактивной и личностной тревожности; опросник К. Хека и Х. Хесса для определения уровня невротизации; метод В. Зунге – Т.Н. Балашовой для изучения уровня депрессии.

Анализ полученных результатов проводился методами математической статистики с помощью пакета прикладных программ «Statgraf Plus for Windows 5.1», 2001.

Полученные результаты показали, что у больных с впервые выявленной АГ, отбывающих наказание в ПУ, выявляется достоверное повышение личностной тревожности ($p < 0,05$), увеличение уровня невротизации до показателей истинного невроза ($25,63 \pm 2,35$ бал.), а также нарастание уровня депрессии до значений субдепрессии ($68,42 \pm 2,51$ бал) в сравнении с группой контроля ($p < 0,01$).

Данный факт дает основание рекомендовать применение психологической коррекции выявленных изменений совместно с фармакотерапией больным с впервые выявленной АГ, отбывающим наказание в ПУ.