Фундаментальные и прикладные исследования в медицине

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Бебешко С.Я., Рождественская Т.В.,
Иванова И.А., Сидорова Л.Н.
НИИ кардиологии МЗ РФ,
Военно-медицинский институт,
Саратов

Целью данного исследования являлось изучение частоты развития эпизодов безболевой ишемии миокарда (БИМ) в зависимости от показателей функциональной активности тромбоцитов (Тц) у больных гипертонической болезнью (ГБ) и гипертрофией левого желудочка.

Обследовано 84 больных ГБ II степени (по классификации ВОЗ, 1999) без клинических проявлений ИБС в возрасте от 35 до до 56 лет (средний возраст - 45,7±5,4 г.), с длительностью течения ГБ в среднем - 11,3±2,5 г. Всем пациентам для исследования функционального состояния сердца и определения степени гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) проводилось ЭХО КГ (“Hewlett Packard Image Point HX, США”), мониторирование ЭКГ по Холтеру (ХМ ЭКГ - “Holter-monitor Premier-II-DLC, 300, США”), чреспищеводная стимуляция предсердий (ЧПСП - “Cordelectro”, Литва), а также определение простациклина и тромбоксана в плазме крови радиоиммунным методом с использованием наборов фирм “Amerscham” (Англия) на гамма-счетчике “Wizard - 1470” (Финляндия). Показатели функциональной активности Тц определялись в образцах крови,взятых исходно и сразу после ЧПСП, на лазерном анализаторе “Биола 230LA”(Россия) по методу З.А.Габбасова. ГЛЖ определяли согласно критериям R.Devereux et al.

В зависимости от ИММЛЖ пациенты были разделены на две группы. Первую составили 27 пациентов без ГЛЖ (ИММЛЖ - 92,1±1,1 г/м^2), вторую - 57 больных с ИММЛЖ 134,4±5,4 г/м^2 ($p<0,001$), сопоставимые по возрасту и длительности ГБ. При анализе данных ХМ ЭКГ установлено, что эпизоды БИМ у больных второй группы регистрировались существенно чаще (3,6±0,3 против 0,2±0,13 , $p<0,001$), были продолжительнее, чем у пациентов первой группы (13,3±6,7 против 0,2±0,1 мин, $p<0,05$). При этом была выявлена прямая достоверная связь между ИММЛЖ и частотой эпизодов БИМ ($r=0,43$, $p<0,013$), а также между длительностью БИМ и ИММЛЖ ($r=0,47$, $p<0,005$).

Согласно полученным данным, в обеих группах пациентов была повышена функциональная активность Тц, однако у второй группы в значительно большей степени, что проявилось в достоверном увеличении показателей внутрисосудистой (0,17±0,02 против 0,11±0,01 усл.ед, $p<0,05$), АДФ (1 мкмоль) индуцированной (4,25±0,26 против 3,21±0,25 ед.оп.пл., $p<0,01$), АДФ (3 мкмоль) индуцированной (7,74±0,37 против 5,89±0,46 ед.оп.пл., $p<0,01$), спонтанной агрегации Тц (0,96±0,06 против 0,79±0,04 ед.оп.пл., $p<0,05$), по сравнению с аналогичными в первой. Кроме того, соотношение стабильных метаболитов тромбоксан/простациклин было в два раза больше у больных второй группы, в то время как уровень простациклина был выше у пациентов первой - 74,8±7,6 против 39,5±3,6 нг/мл, $p<0,05$. Наиболее значимые корреляции выявлены между глубиной депрессии сегмента ST и показателями спонтанной агрегации Тц ($r=0,62$, $p<0,04$), частотой и длительностью эпизодов БИМ с АДФ (1мкмоль) индуцированной агрегации Тц ($r=0,71$, $p<0,04$).

Таким образом, повышение функциональной активности Тц у пациентов ГБ, проявляющейся в увеличении их чувствительности к гормонам и индукторам агрегации, наряду с дисфункцией эндотелия, может быть одним из факторов, способствующих развитию преходящих эпизодов ишемии миокарда в условиях его гипертрофии, что может определять течение и прогноз заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭНАЛАПРИЛА И АМЛОДИПИНА НА ОБЩУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ботоева Н.К., Кулова Ж.А.
СОГМА, кафедра госпитальной терапии,
Владикавказ

Несмотря на большие достижения в понимании патогенетических механизмов гипертонической болезни и огромные успехи в разработке эффективных методов ее лечения, проблема ГБ по-прежнему остается одной из актуальнейших в кардиологии. Для лечения гипертонической болезни используются многие классы анитигипертензивных препаратов, среди которых ведущие места занимают антагонисты кальция и ингибиторы АПФ.

Цель работы. Провести сравнительную оценку эффективности эналаприла и амлодипина у больных ГБ II стадии с разными гемодинамическими типами.

Результаты исследования. Для реализации цели исследования нами было проведено комплексное обследование 59 больных ГБ в возрасте 35-65 лет, после которого они были распределены на 2 группы. В первую группу (30 человек) вошли лица, получающие терапию эналаприлом в дозе 10-40 мг/сут; во вторую (29 человек) – амлодипином в дозе 5-10 мг/сут, подбор эффективной дозы проводился индивидуально методом титрования. Повторное обследование проводилось через 10 недель от начала терапии.

Распределение больных по типам центральной гемодинамики произошло следующим образом: в группе лиц, получавших эналаприл – гиперкинетический – 10, эукинетический – 11, гипокинетический – 9 больных; получавших амлодипин – гиперкинетический – 7, эукинетический – 10, гипокинетический – 12 больных.

Назначение антигипертензивной терапии привело к существенному улучшению качества жизни больных, которое проявлялось уменьшением головных болей, шума в ушах, головокружения, тошноты,

болей в сердце, повышенной утомляемости и повышением работоспособности. Эти изменения наблюдались в обеих группах приблизительно в одинаковом проценте случаев.

Сравнение эффективности препаратов при различных гемодинамических типах показало, что при гиперкинетическом типе АДср. снизилось на 12,5% при лечении эналаприлом и на 16,6% при лечении амлодипином; ОПСС уменьшилось на 13,3 и 12,5% соответственно; изменения сократительной функции ЛЖ были статистически недостоверны в обоих случаях. При лечении больных ГБ с эукинетическим типом АДср. уменьшилось на 16,1 и 23,4%; ОПСС – на 25,1 и 27,1%; ФВ ЛЖ возросла на 9 и 11,1% соответственно. При лечении больных с гипокинетическим типом АДср. снизилось на 13,3 и 23,5%; ОПСС уменьшилось на 25,3 и 31,2%; ФВ ЛЖ возросла на 7 и 12,2% соответственно.

Таким образом, оба препарата являются высокоэффективными антигипертензивными средствами, оказывают значительное влияние на показатели общей гемодинамики, особенно при эу- и гипокинетическом типах, но действие амлодипина более выражено, что связано с его мощным вазодилатирующим эффектом. Следовательно, нужен дифференцированный подход к проведению терапии ГБ, для чего необходимо определение гемодинамического типа у каждого больного с последующим назначением наиболее рационального лечения с учетом сопутствующей патологии.

ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЯХ ДЕТЕЙ

Волкова Н.И., Шаталова Е.Б., Крючкова Г.Н.
Стерлитамакская государственная педагогическая академия, Стерлитамак

Понимание нейрофизиологических механизмов организации речевой деятельности является необходимым условием разработки и применения адекватных методов коррекции нарушений речевого развития. Вредящие факторы, воздействующие на мозг в пре- и постнатальный периоды, а также в период младенчества, могут вызвать отставание в развитии мозга, нарушения структурно-функциональной организации мозга.

Особое место в изучение мозговой организации высших психических функций имеют исследования А.Р. Лурия (1970, 1973). Многочисленные нейрофизиологические данные свидетельствуют о том, что нарушения, отклонения в развитии необходимых для усвоения знаний и навыков психических функций у детей с трудностями обучения во многих случаях имеют неврологическую основу. Например, нарушения внимания могут быть связаны с дисфункцией не только передних (лобных), но и задних (теменных) отделов коры, а также базальных ганглиев, стволовых структур вследствие специфики (незрелость или аномалия) их морфофункциональной организации, в ряде случаев наиболее выраженной в правом полушарии (Ю.Д.Кропотов и др., 1999; G.Hynd et al.. 1993; A.Talay-Ongan. 1998). Патологический процесс тех или иных структур мозга, в частности передних (лобных) или задних (теменных) отделов коры, коррелирует с различными поведенческими проявлениями, например с дефицитом внимания, гиперактивностью и нарушениями эмоционально-волевой сферы (P.Goodyear. G.W.Hyhd. 1992; C.A. Riccio et al.. 1993; V.R..Breveretal.. 1997). Поражение мозга в области речевых зон левого полушария на ранних этапах онтогенеза обуславливает в дальнейшем появление тех или иных речевых дисфункций. Роль левого полушария в речевой деятельности формируется в процессе онтогенеза, а на ранних этапах развития в организации речевых процессов особенно высока роль правого полушария (В.И.Голод, 1985, Э.Г.Симерницкая, 1978). Широкое распространение также получило использование ЭЭГ для оценки функционального состояния головного мозга и регуляторных отделов мозгового столба, для определения уровня функциональной зрелости этих структур. В особенностях организации биоэлектрической активности мозга отражаются такие важные психологические характеристики ребенка, как уровень интеллектуального и речевого развития.

Анализ ЭЭГ 86 детей (4-12 лет) с задержкой речи свидетельствует о наличии у них патологической электрической активности различной степени. Это согласуется с результатами исследований высших психических функций, выявляющих их значительные изменения при выраженных нарушениях речи. Степень асимметрии функций левого и правого полушарий увеличивается с возрастом и к 10-12 годам достигает того же уровня, как и у взрослых. Однако тенденция к повышению роли левого полушария в распознавании, запоминании и оценке словесного материала отчетливо проявляется уже в 5-ти летнем возрасте. Тем не менее, и в 7 лет правое полушарие играет еще большую роль в осуществлении ряда речевых функций.

В результате комплексной коррекционной работы и дополнительной психолого-педагогической помощи на индивидуальных занятиях у большинства из обследуемых детей наблюдается положительная динамика в развитии психических процессов, активизируется планирующая и регулирующая функции речи, появляется чувство уверенности в своих силах.

Таким образом, применение электроэнцефалографического исследования выявляет дисфункции речевых нарушений с оценкой соответствия электрической активности коры и ствола головного мозга возрастным нормам. Изучение нейрофизиологических механизмов, обуславливающих трудности формирования речи у детей позволяет в дальнейшем составление программ специальной психолого-педагогической коррекции со своевременным и тщательным медицинским обследованием и коррекцией может способствовать успешному речевому обучению детей.