

Медицинские науки

ВЛИЯНИЕ БИСОПРОЛОЛА НА СИНТЕЗ ТРОМБИНА И СОДЕРЖАНИЕ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 3 СТАДИИ СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 3 ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА, ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Воробьев В.Б., Павлинова И.Б., Фильшин К.В.
Ростовский государственный медицинский университет

Фибрилляция предсердий - самое частое нарушение ритма сердца после экстрасистолии. В последние годы распространенность фибрилляции предсердий увеличивается (Недоступ А.В., Кушаковский М.С. 2000).

Смертность в течение года при фибрилляции предсердий колеблется от 0,2 до 16%. По данным Фремингемского исследования в течение 10 лет общая смертность среди мужчин старше 60 лет с фибрилляцией предсердий составила 59,2% и 44,9% - среди женщин старше 60 лет. Значительно страдает при фибрилляции предсердий и работоспособность больных. По данным Обуховой А.А. (1995) 53% больных фибрилляцией предсердий на фоне ишемической болезни сердца и артериальной гипертонии – нетрудоспособны.

С учетом вышеуказанного мы сочли необходимым изучить интенсивность образования активных молекул тромбина и изменение содержания палочкоядерных лейкоцитов у больных страдающих мерцательной аритмией.

Согласно современным данным тромбин является активным стимулятором образования лейкоцитов. В результате этого рецепторного взаимодействия происходит активизация синтеза лейкотриенов и их экскреция из белых клеток крови. В тоже время, согласно современным научным исследованиям лейкотриены обладают не только вазоконстрикторным эффектом, но и являются мощнейшими провокаторами развития мерцательной аритмии.

В исследование были включены пациенты, страдающие гипертонической болезнью 3 стадии, осложненной постоянной формой фибрилляции предсердий, сочетающейся со стенокардией 3 функционального класса (обследовано 80 человек). Контрольная группа

состояла из 20 здоровых людей, сопоставимых по возрасту и полу.

Активный синтез тромбина мы определяли с помощью записи графиков электрокоагулограмм с цельной кровью, тромбоцитарной и безтромбоцитарной плазмой.

Также было исследовано абсолютное количество белых клеток в циркулирующей крови.

Для этого мы провели пересчет процентного соотношения клеток крови в формуле Шиллига с учетом общего содержания лейкоцитов в одном литре крови. Таким образом, мы получили не относительные показатели (процентное соотношение), а абсолютные цифры содержания каждого класса белых клеток в одном литре крови.

На графиках электрокоагулограмм записанных с тромбоцитарной плазмой у пациентов со стенокардией 3 функционального класса интенсивность образования тромбина превысила физиологический уровень в 4,3 раза. Это явление отчетливо положительно коррелировало с увеличением содержания палочкоядерных лейкоцитов практически в пять раз по сравнению с исходным уровнем.

Применение в течение двух недель у наших пациентов селективного β- блокатора бисопролола уменьшало образование активных молекул тромбина в тромбоцитарной плазме в 1,7 раза. Одновременно с этим происходило уменьшение практически в 4 раза количества палочкоядерных лейкоцитов.

Следовательно, после лечения наших больных бисопрололом значительно замедлялся процесс синтеза лейкотриенов, непосредственно участвующих в механизмах повышения артериального давления и коронароспазма, а также развития мерцательной аритмии.

ОЦЕНКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Плигина Е.В.

*Мордовский государственный педагогический институт имени М. Е. Евсевьева
Саранск, Россия*

Анализ доступных нам источников показал, что многие авторы обращают внимание на крайне неудовлетворительное состояние здоровья воспитанников дошкольных детских домов. Уже при поступлении в детский дом создается картина эмоционального стресса, где в качестве провоцирующего фактора выступает комплекс эмоциональных воздействий новой среды закрытого учреждения.

В течение 2007-2008гг. на базе ГУЗ «Большеберезниковский дом ребенка специализированный с органическими поражениями центральной нервной системы с нарушением психики» проведено исследование методом бесповторного частичного наблюдения 130 детей в возрасте от 0 до 14 лет. Оценка нервно-психического развития детей раннего возраста проводилась по тестам нервно-психического развития, разработанными Г. В. Пантохиной, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт (1985).

Методика представляла собой качественную-количественную оценку нервно-психического развития ребенка. Учитывалось выполнение ребенком заданий, соответствующих возрасту. Если развитие ребенка не соответствовало возрасту, его проверяли по показателям предыдущего возрастного периода. Нормой считалось выполнение заданий в пределах 15 дней от проверяемого возраста. Далее определялись группы нервно-психического развития (5 групп). Анализ задержки нервно-психического развития проводился по 10-ти основным линиям на основе вышеуказанной методики: зрительные ориентировочные, слуховые ориентировочные реакции, сенсорное развитие, эмоции и социальное развитие, понимание речи, активная речь, движения общие, движения руками и действие с предметами, навыки, игра.

Результаты исследования и их обсуждение. В изучаемой группе были выделены дети, родившиеся в срок и преждевременно. При оценке нервно-психического развития (НПР) все дети были разделены на 5 групп. При поступлении в учреждение первая группа НПР - «нормальное развитие» была зарегистрирована у каждого четвертого ребенка - 24,8%. Три четверти воспитанников имели НПР, не соответствующее их возрасту, при этом у двух третьих исследуемых показатели поровну отставали на один или два эпикризных срока (2 группа-29,5 %, 3 группа-32,8 %). Каждый седьмой поступающий относился к 4-5 группам НПР-13,1 %. При сопоставлении НПР детей, родившихся доношенными и недоношенными, было установлено, что у последних отмечалась тенденция к более выраженной задержке развития - 80,5 против 69,5 %. Отмечались достоверные различия по числу детей 3-5 групп развития (54,2 и 37,6 %). При поступлении в дом ребенка отставание в НПР отмечалось практически по всем ведущим линиям: задержка игры наблюдалась в 7,8 раза чаще, эмоционального и сенсорного развития - в 5,1 и 4,3 раза, понимания и развития активной речи - в 3,6 и 3,9 раза, навыков - в 3,6, движений общих - в 3,7 раза, движений руки и действия с предметами - в 8,4 раза, слуховых ориентировочных реакций - в 2,5 раза.

Содержание детей в условиях депривации закономерно приводит к задержке развития, психическим расстройствам, личностным искажениям.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ

Плигина Е.В.

*Мордовский государственный педагогический
институт имени М.Е. Евсевьева
Саранск, Россия*

Основы здоровья каждого поколения закладываются в детском возрасте, поэтому подрастающее поколение - особая группа населения.

Кроме того, показатели здоровья определяют состояние многих медицинских, социальных и экономических проблем, особенно у сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. В оценке состояния здоровья детского населения в последнее время все чаще первостепенное значение приобретают показатели заболеваемости, поскольку позволяют наиболее объективно отразить степень утраты здоровья.

В течение 2007-2008гг. на базе ГОУ «Рузавский детский дом - школа» проведено обследование 130 детей в возрасте от 5 до 14 лет. Заболеваемость изучалась по материалам обращаемости за медицинской помощью в период пребывания воспитанников в доме ребенка. Разрешая проблему большой текучести детей в доме ребенка, анализ заболеваемости по обращаемости проводился по месяцам. Из истории развития ребенка (ф.112/у, ф.112/у-1) проводилась выкопировка всех обращений за медицинской помощью. Анализ уровней заболеваемости проводился согласно Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра. Комплексная оценка здоровья ребенка с определением группы здоровья осуществлялась по схеме, предложенной Институтом гигиены детей и подростков МЗ СССР, учитывающей критерии, предложенные С. М. Громбахом. Согласно этим критериям все дети были распределены на 5 групп здоровья. Такое деление на группы здоровья дает более широкое представление о состоянии здоровья каждого конкретного ребенка и контингента наблюдаемых детей в целом, позволяет выделить «угрожаемый» контингент детей.

По результатам проведенного исследования показатель заболеваемости детей, по данным обращаемости составил 282,3 на 100 детей ($p < 0,05$). Пик заболеваемости приходился на осенне-зимний период, с октября по февраль месяцы, при этом показатели колебались от 26,6 до 35,0 на 100 детей. Частота обращаемости воспитанников в эти месяцы была связана с болезнями органов дыхания. Наблюдался также подъем заболеваемости в июне месяце, что определялось преимущественно болезнями органов пищеварения. В структуре заболеваемости главенствующее место занимала патология органов дыхания, второе место принадлежало расстройствам органов пищеварения, третье - болезням кожи и подкожной клетчатки. По результатам углубленного медицинского осмотра уровень заболеваемости среди детей составил 186,1 на 100 осматриваемых. Первое место принадлежит врожденным anomalies (порокам развития), второе и третье - болезням крови и органов пищеварения. За время пребывания детей в учреждении заболеваемость по данным углубленных медицинских осмотров возросла в 2 раза (с 186,1 до 372,1 на 100 осматриваемых, что связано не только с ухудшением состояния здоровья детей, находящихся в условиях материнской депривации, но и, несомненно, с