

обусловлено блокадой дофаминовых D2-рецепторов мезолимбической и мезокортикальной областей мозга. Тералиджен обладает относительно низкой антипсихотической активностью, что позволяет широко применять его при расстройствах аутистического спектра, в том числе при процессуальном и органическом детском аутизме. Тералиджен назначался в суточной дозе от 2,5 до 7,5 мг per-os на протяжении 60 дней комплексе с витаминами группы В и ноотропами.

В процессе исследования наряду с клинико-психопатологическими методами обследования использовались психометрические шкалы и опросники: оценочная шкала раннего детского аутизма (CARS), модифицированный восьмичетверной тест Люшера, шкала сна (Medical Outcomes Study Sleep Scale), сокращенный набор прогрессивных матриц Рейвена, толкование пословиц и метафор, тестовые задания на простые аналогии, исключение и сравнение понятий, чтение, счет, рисуночные тесты «сюжетные картинки», «разноцветные шарики», «собери картинку».

Результаты исследования и обсуждение. Проведенное исследование позволило отметить положительное влияние препарата тералиджен на основные клинические проявления аутистических расстройств. Как при органическом, так и при процессуальном аутизме наблюдалась хорошая переносимость проводимой терапии, хотя в первую неделю лечения в 30 % наблюдений отмечалась повышенная сонливость в дневное время, которая купировалась после коррекции дозы.

К концу 2-й недели лечения у 97% больных детей отмечалась редукция показателей по шкалам депрессии, тревоги и сна. У большинства пациентов был отмечен заметный регресс расстройств поведения, стабилизация цикла «сон – бодрствование».

В группе детей, страдающих процессуальным детским аутизмом, применение тералиджена в 70% наблюдений способствовало купированию преимущественно тревожно-фобической симптоматики. У 56% обследованных детей, страдающих аутистическими расстройствами органического генеза, был обнаружен отчетливый терапевтический эффект в отношении поведенческих расстройств. Кроме того, применение тералиджена не только не снижало когнитивного функционирования пациентов, но и способствовало лучшей обучаемости в обеих группах исследования.

Выводы. Анализ терапевтической эффективности препарата тералиджен в суточной дозе 2,5 – 7,5 мг в течение 60 дней у детей, страдающих процессуальным и органическим детским аутизмом, показал, что данный препарат способствует видимому регрессу аффективных расстройств и поведенческих нарушений, а также стабилизации цикла «сон – бодрствование». Уменьшение степени выраженности аутистических расстройств ведет к улучшению внутрисемейных отношений, социальной адаптации и качества жизни в целом. Хорошая переносимость тимонейролептика тералиджен позволяет рекомендовать его для применения в структуре фармакотерапии РАС как в условиях стационара, так в амбулаторной практике.

Литература

1. Башина В.М., Симашкова Н.В. Аутизм в детстве // В.М. Башина. Лечение и реабилитация. - М.: Медицина. - 1999. - С. 171-206.
2. Симашкова Н.В. Атипичный аутизм в детском возрасте: дисс. докт. мед. наук. - М. - 2006. - 218 с.
3. Симашкова Н.В. Современные подходы к проблеме аутистических расстройств в детстве (клинические, коррекционные и профилактические аспекты) // Современные технологии здравоохранения в охране нервно-психического здоровья детей: матер. научно-практ. конф. – Тула. - 2009. - С. 77-78.
4. Симашкова Н.В. Эффективная фармакотерапия и реабилитация больных с расстройствами аутистического спектра. // Неврология и психиатрия. – 2011. - № 3. - С. 14-22.
5. Campbell, M., Schopler, E., Cueva, J., Hallin, A. Treatment of autistic disorders // Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry. - 1996. - Vol. 35. - P. 134-143.
6. Психиатрия детского и подросткового возраста / под ред. К. Гиллберга и Л. Хеллгрена, рус. изд. под общ. ред. акад. РАМН П.И. Сидорова. - М.: ГЭОТАР-МЕД. - 2004. - 544 с.
7. Детская и подростковая психиатрия / пер. с нем. Т.Н. Дмитриевой. - М.: ЭКСМО-Пресс. - 2001. - 624 с.
8. Schopler, E., Reichler, R. J., Lansing, M. Strategien der Entwicklungs-forderung fur Eltern, Padagogen und The-rapeuten. Verlag Modernes Lernen, Dortmund, 1983.

Понасенко А.В.¹, Хуторная М. В.², Головкин А. С.³

¹Заведующая лабораторией геномной медицины; ²младший научный сотрудник лаборатории геномной медицины; ³кандидат медицинских наук, заведующий отделом экспериментальной и клинической кардиологии, ФГБУ «НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний» СО РАМН, Россия, г. Кемерово

РОЛЬ ПРОВосПалительных цитокинов в Формировании системного ВосПалительного Ответа После операций по Протезированию Клапанов Сердца

Аннотация

В статье обсуждаются результаты, полученные в ходе исследования, направленного на определение степени значимости ключевых острофазных маркеров системного воспалительного ответа при осложнениях раннего послеоперационного периода у пациентов кардиохирургического профиля.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, системный воспалительный ответ, искусственное кровообращение, цитокины.

Ponassenko A.V.¹, Khutorная M.V.², Golovkin A.S.³

¹Head of the of Genomic Medicine Laboratory; ²MD, Associate Researcher; ³MD, Ph.D., Head of the of Experimental and Clinical Cardiology Department, Research Institute for Complex Issues of Cardiovascular Diseases RAMS, Siberian Branch Russia, Kemerovo

POTENTIAL ROLE OF A PROINFLAMMATORY CYTOKINES IN POSTOPERATIVE SEVERE SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE SYNDROME UNDERGOING HEART VALVE REPLACEMENT SURGERY

Abstract

The article presents the results, obtained in the study aimed at the determination of the significance of key markers of acute-phase inflammatory response in the early postoperative period in cardiac patients.

Keywords: infectious endocarditis, systemic inflammatory response, extracorporeal circulation, cytokines.

Современные достижения кардиохирургии, анестезиологии и реаниматологии значительно расширили спектр и сложность оперативных вмешательств, выполняемых пациентам с приобретенными клапанными пороками сердца. При этом помимо повышения сложности самих операций увеличивается их продолжительность и длительность искусственного кровообращения (ИК). Это приводит к возрастанию риска осложнений как во время, так и после операции, что влечет за собой необходимость поиска маркеров прогноза и оценки качества течения раннего послеоперационного периода у пациентов [3].

Известно, что уровни цитокинов, определяемые в послеоперационном периоде, отражают тяжесть течения патологического процесса, эффективность проводимой терапии и являются вспомогательными при оценке риска развития тяжелых послеоперационных осложнений [1,2]. Поэтому значение иммунологического статуса в развитии послеоперационных осложнений, а также вопросы его объективной оценки и возможной коррекции остаются актуальными.

Цель настоящего исследования - оценить прогностическую и диагностическую значимость определения концентраций воспалительных маркеров (прокальцитонин - ПКТ, фактор некроза опухоли - ФНО α , интерлейкинов -1 β (ИЛ1 β) и -6 (ИЛ-6)) для мониторинга течения системного воспалительного ответа (СВО) в послеоперационном периоде.

Материалы и методы: В исследование включен 71 (49 мужчин - 69% и 22 женщины - 31%) пациент с диагнозом инфекционного эндокардита (ИЭ). Средний возраст пациентов составил 46 (от 20 до 69) лет. Все пациенты подверглись операции протезирования клапанов сердца, выполняемой в условиях ИК на базе ФГБУ «НИИ КПССЗ» СО РАМН г. Кемерово, Россия с 2010 по 2012 годы. Диагноз ИЭ установлен на основании клинической картины, анамнестических данных и клинико-лабораторных методов исследования.

У всех пациентов забирали кровь на дооперационном этапе, в первые и седьмые сутки после операции. Кровь собирали натощак в объеме 9 мл с использованием вакуумных пробирок VACUETTE, содержащих активатор свертывания крови Z. Пробирку выдерживали при комнатной температуре 30 мин., затем центрифугировали 10 мин при 3 тыс. об/мин. В полученной сыворотке определяли концентрацию маркеров воспаления ПКТ, ФНО α , ИЛ1 β и ИЛ-6 методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием коммерческих наборов для научно-исследовательских целей согласно протоколу производителя.

По характеру течения раннего послеоперационного периода пациенты были разделены на две группы. 1-ю группу составили 36 (55%) пациентов с неосложненным течением послеоперационного периода (не более двух признаков СВО по Bone, оценка по международной шкале SOFA менее 2 баллов). Во 2-ю группу вошли 35 (45 %) пациентов с клинической картиной СВО (2 и более признака СВО по Bone (1992), оценка по международной шкале SOFA более 3 баллов).

Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «Statistica 6.0». Для оценки достоверности различий выборок, использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Уровень статистической значимости принят как $p < 0,001$.

Результаты исследования: Анализ результатов, полученных при исследовании сывороточных концентраций в первые сутки после оперативного вмешательства в группе без осложнений выявил увеличение сывороточного ПКТ в 2 раза (с 0,05 (0,04; 0,06) нг/мл до 0,1 (0,06; 0,14) нг/мл, $p=0,0004$) и ИЛ1 β с 1,8 (1,2; 2,6) пг/мл до 3,1 (2,5; 6,1) пг/мл, $p=0,00003$), а ИЛ-6 в 12 раз (с 3,8 (3,0; 6,0) пг/мл до 44,2 (30,6; 73,8) пг/мл, $p=0,00009$).

Анализ динамики сывороточных концентраций ФНО α в первые сутки после операции показал, что у пациентов обеих групп произошло многократное увеличение: в 8,5 раз (117,0 (94,4; 154,0) пг/мл ($p=0,00002$) для группы без осложнений и в 11 раз (до 152,7 (112,5; 246,5) пг/мл) ($p=0,00001$) в группе с осложнениями.

В группе с осложнениями значимые изменения концентраций ИЛ1 β отсутствовали в течении всего послеоперационного периода. Так в первые сутки после операции сывороточная концентрация ИЛ1 β в этой группе остались на прежнем уровне (с 5,8 (5,2-7,9) до (5,8 (5,2; 9,1) пг/мл, $p=0,78$). При анализе результатов на седьмые сутки наблюдался прирост концентраций не имеющий статистической значимости (8,0 (4,9; 16,0) нг/мл, $p=0,054$).

Уровни ИЛ-6 в первые сутки послеоперационного периода были значительно ниже у пациентов из группы с тяжелым послеоперационным СВО, чем из группы без осложнений (10,6 (4,8; 16,6) пг/мл против 44,2 (30,6; 73,8) пг/мл, $p < 0,001$).

Выводы: Определяемые в раннем послеоперационном периоде низкие уровни сывороточных концентраций ИЛ1 β и ИЛ-6 имеют наибольшее прогностическое значение при мониторинге системной воспалительной реакции неинфекционного генеза после кардиохирургических операций по протезированию клапанов сердца с применением искусственного кровообращения.

Литература

1. Шевченко Ю.Л., Азизова О.А., Гороховатский Ю.И., Замятин М.Н. Молекулярные механизмы развития системного воспаления при кардиохирургических операциях // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2007. №2 (1). С. 70-74.
2. Bradley J.R. TNF-mediated inflammatory disease // J Pathol. 2008. № 214. P. 149–160.
3. Laffey J.G., Boylan J.F., Cheng D.C. The systemic inflammatory response to cardiac surgery: implications for the anesthesiologist // Anesthesiology. 2002. № 97. P. 215-252.

Шапиро К. З.

Врач-кардиолог высшей категории, ГБУЗ Ставропольского края, Нефтекумская районная больница

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ ОШИБОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Аннотация

Актуальность. Диагностика гипертрофической кардиомиопатии вызывает значительные трудности. Данное состояние мало изучено. Цель. Выявить связь клинических, ЭКГ и ЭХОКГ проявлений и дифференцировать данную патологию перенесенным инфарктом миокарда. Метод. Описание клинического случая. Результат. Диагноз постинфарктного кардиосклероза был поставлен на основании зубцов QS в левогрудных отведениях (V5-V6), а стенокардия микроциркуляторная на основании болей ангинозного характера. Заключение. Изменения на ЭКГ при гипертрофической кардиомиопатии обнаруживаются у 90% больных: изменения сегмента ST, наличие патологических зубцов Q и QS. На выполненной коронароангиографии патологических изменений не выявлено, что позволило исключить инфаркт миокарда. Таким образом, диагноз гипертрофической кардиомиопатии был поставлен больному методом исключения ИБС, стенокардии и постинфарктного кардиосклероза.

Ключевые слова: Гипертрофическая кардиомиопатия, инфаркт миокарда, микроциркуляторная стенокардия, ассиметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки.

Shapiro K.Z.

Cardiologist, Heftekumsky Hospital

DESCRIPTION CASE OF MISTAKEN DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY

Abstract

Relevance. Diagnosis of hypertrophic cardiomyopathy causes considerable difficulties. This status has been little studied. Purpose. Identify the relationship of clinical, ECG and echocardiography manifestations and differentiate this pathology myocardial infarction. Method. Description of the case. Result. Diagnosis postinfarction Cardiosclerosis was made on the basis of teeth in QS levogrudnyh leads (V5-V6), and angina based on microcirculatory anginal pain character. Conclusion. ECG changes in hypertrophic cardiomyopathy are found in 90% of patients: changes in segment ST, the presence of pathological Q waves and QS. To perform coronary angiography revealed no pathological changes that allowed us to exclude myocardial infarction. Thus, the diagnosis of hypertrophic cardiomyopathy was made sick by exclusion of CHD, angina and postinfarction Cardiosclerosis.

Keywords: hypertrophic cardiomyopathy, myocardial infarction, angina microcirculatory, assymetricnaya hypertrophy of the interventricular septum.

Больной Т., 45 лет, поступил в Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи 12.05.2013 г. с жалобами на одышку, которая периодически носит характер пароксизмальной, боли по передней поверхности грудной клетки, возникающие при физической нагрузке (ходьба на расстоянии 100-150 метров, подъем по лестнице до второго-третьего этажа), головокружение, слабость, утомляемость.

В 2010 году у больного диагностирована гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выносящего тракта левого желудочка. ЭКГ с 2011 по 2013 гг.: синусовый ритм с чсс 75 в 1 мин., горизонтальное положение электрической оси сердца. Больной