

DISTURBANCES OF THE CARBOHYDRATE METABOLISM IN MEN WITH DIFFERENT SOMATOTYPES WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND CORONARY HEART DISEASE

E.V. Tapygina, R.A. Yaskevith, L.S. Polikarpov, I.I. Khamnagadaev

(State Medical Research Institute for Northern Problems, Siberian Division of Russian Academy of Medical Sciences, Krasnoyarsk)

For studying carbohydrate metabolism of men of different somatotypes, with arterial hypertension and men with coronary heart disease, we provided 129 persons aged 30 to 59 with medical examination. We implemented the technique of somatometry, having carried out glucose tolerance test, and defined the levels of insulin immune reactivity. In the course of anthropometric study among men with coronary heart disease, muscle type was the most frequent. We marked heterogeneous correlations between the levels of insulin, glycemia and anthropometric indices of abdomen and indefinite somatotypes of men with arterial hypertension and of abdomen and muscle somatotypes of men with coronary heart disease. Men of muscle and thoracic somatotypes with arterial hypertension have low interconnections of the studying indices.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абросимова Л.И., Карасин В.Е., Киселев В.Ф.* Анализ сердечного ритма в оценке влияния физической нагрузки на школьников с различным уровнем физического развития и разными конституциональными особенностями // Акт/ проблемы физиологической кибернетики в гигиене детей и подростков. — М.: Медицина, 1984. — С.109-118.
2. *Алексеева Т.И., Доброванова С.В.* География типов телосложения у человека // Вопр. антропол. — 1980. — Вып. 66. — С.91-106.
3. *Апанасевич В.В.* Особенности проявления и течения ишемической болезни сердца у лиц разных конституциональных типов (эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. канд. мед. наук. — Минск, 1987. — 27 с.
4. *Бунак В.В.* Методика антропометрических исследований. — Л., 1931. — 222 с.
5. *Доборджинидзе Л.М., Нечаев А.С., Коннов М.В., Грацианский Н.А.* Уровень инсулина крови и коронарные факторы риска у мужчин с «преждевременной» ишемической болезнью сердца, страдающих сахарным диабетом // Кардиология. — 1997. — № 7. — С.15-23.
6. *Мамедов М.Н., Метельская В.А., Перова Н.В.* Метаболический синдром: пути реализации атеротромбогенного потенциала // Кардиология. — 2000. — № 2. — С.83-89.
7. *Мамедов М.Н., Перова Н.В., Метельская В.А. и др.* Компоненты метаболического синдрома у больных с артериальной гипертензией // Кардиология. — 1997. — № 12. — С.37-41.
8. *Маркова Е.В.* Особенности регуляторно-метаболических параметров иммунокомпетентных клеток крови у лиц с разным соматотипом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 1997. — 19 с.
9. *Парфенова Н.С.* Метаболический синдром // Росс. кардиологический журнал. — 1998. — № 2. — С.42-47.
10. *Седов К.Р., Горбань А.Н., Петушкова Е.В. и др.* Корреляционная адаптометрия как метод диспансеризации населения // Вестн. АМН СССР. — 1988. — № 10. — С.69-75.
11. *Хрисанфова Е.Н., Перевозчиков И.В.* Антропология. — М.: Изд-во МГУ, 1991. — 320 с.
12. *Чержовская И.* Характеристика телосложения больных ишемической болезнью сердца // Чехослов. медицина. — 1982. — № 4. — С.206-211.
13. *Чтецов В.П., Лутовинова Н.Ю., Уткина М.И.* Опыт объективной диагностики соматических типов на основе измерительных признаков у мужчин // Вопр. антропол. — 1978. — Вып. 58. — С.3-22.
14. *Шорова Т.Е.* Конституция человека и хронические заболевания внутренних органов // Антропология — медицина. — М., 1989. — С.125-136.
15. *Reaven G., Abbasi F., McLaughlin T.* Obesity, insulin resistance, and cardiovascular disease // Recent Prog Horm Res. — 2004. — Vol. 59. — P.207-223.

© ПОПОВА Е.А., ОРЛОВ С.В., ПОЗДНЯКОВА М.А., СКОРОБОГАТОВ А.Ю., ПОПОВА А., СКОРОБОГАТОВА И.А. — 2007

ПРОФИЛАКТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Е.А. Попова, С.В. Орлов, М.А. Позднякова, А.Ю. Скоробогатов, А.А. Попов, И.А. Скоробогатова

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра неотложной медицины ИПО, зав. — д.м.н., проф. А.А. Попов)

Резюме. С целью уменьшения числа пневмоний и снижения летальности у больных с ишемическим инсультом в острую фазу 50 больных основной группы в комплексное лечение дополнительно были включены милдронат и реаферон-ЕС-липид. Изучение состояния клеточного, гуморального иммунитета, некоторых показателей неврологического статуса, дыхания, изменений КОС и газового состава крови показало, что совместное воздействие на различные звенья клеточного, гуморального иммунитета милдронатом и реаферон-ЕС-липидом позволяет эффективно активировать фагоцитоз, что привело к снижению частоты возникновения пневмоний у больных основной группы с 62% до 26% и уменьшению общей летальности на 26%. Таким образом, с первых дней лечения больных ишемическим инсультом необходимо проводить иммунокоррекцию милдронатом и реаферон-ЕС-липидом.

Ключевые слова: профилактика, пневмонии, ишемический инсульт, милдронат, реаферон-ЕС-липид.

Несмотря на то, что ишемический инсульт начинается как заболевание одного органа, хотя и ведущего в поддержании гомеостаза и социального статуса человека, нарушение или даже выпадение функций определенных участков головного мозга приводит к развитию гиперергической реакции нейроэндокринной системы, гиперпродукции цитокинов, активации свободнорадикальных и аутоиммунных процессов, что укладывается в современную концепцию синдрома системного воспалительного ответа (СВВО). Развитие данного синдрома на фоне вторичного иммунодефицита крайне

опасно для больных с ишемическим инсультом, так как может привести к возникновению гнойно-септических осложнений, в том числе и к пневмонии [1,3-7].

Материалы и методы

Работа носит клинический характер и основана на анализе лечения 100 больных блока реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения МУЗ ГКБ № 6 им. Н.С. Карповича за период с 2002 по 2005 год. Все больные доставлялись в стационар реанимационными и неврологическими бригадами скорой помощи.

В зависимости от варианта интенсивной терапии, применявшегося для лечения больных с ишемическим инсультом без бульбарных нарушений, больные были разделены

на две группы.

Контрольную группу составили 50 больных, которым проводили стабилизацию витальных функций, стабилизацию перфузионного давления мозга, нормализацию ОЦК. Интенсивная терапия: режим умеренной гиперvoleмической гемодилюции, купирование тахикардии, церебропротекция, стабилизация функций ствола головного мозга, профилактика развития нейродистрофического синдрома, раннее энтеральное питание, профилактика трофических расстройств, актовегин, антагонисты кальция, антибактериальная терапия согласно рекомендациям Американского общества торакальных хирургов.

Основную группу составили 50 больных, которым в комплексное лечение дополнительно были включены: милдронат 10%-5,0 мл внутривенно 7-10 дней, реаферон-ЕС-липид рег ос по 1 млн. Ед. в течение 5 дней.

Среди 100 больных преобладали женщины (56%). В контрольной группе было 42% мужчин и 58% женщин, в основной — 46% и 54% соответственно. Исследования проведены у больных с ишемическим инсультом в возрасте от 35 до 81 года. Средний возраст больных контрольной группы составил $63,1 \pm 1,68$ года, в основной — $63,9 \pm 1,64$ года ($t=0,34$). Людей пожилого и старческого возраста — 36% в контрольной и 36% — в основной группе.

Клиническое обследование и данные компьютерной томографии позволили распределить всех больных по характеру инсультов следующим образом: острое нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт, лакунарный подтип у больных контрольной группы составил 14%, у больных основной — 14%; острое нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт, гемодинамический подтип у больных контрольной группы — 22%, основной — 20%; острое нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт, атеротромботический подтип у больных контрольной группы — 50%, основной — 52%; острое нарушение мозгового кровообращения, ишемический инсульт, кардиоэмболический подтип у больных контрольной группы — 14%, основной группы — 14%.

У 95% больных наблюдались сопутствующие заболевания, из них в 93% диагностировалась гипертоническая болезнь, в 14% — мерцательная аритмия и в 4% — сахарный диабет. Больные с фоновой легочной патологией не вошли в исследование.

Как видно из представленных данных, по полу, возрасту, тяжести состояния группы были сопоставимы.

Проведено изучение жалоб больных, состояния клеточного, гуморального иммунитета, некоторых показателей неврологического статуса, дыхания, изменений КОС и газового состава крови, ЛИИ, частоты осложнений и общей летальности. Исследования проводились при поступлении больных в реанимационный блок неврологического отделения, к концу первых суток после развития заболевания, на 3, 5, 7, 10, 14 сутки.

Для проверки достоверности различий по средним величинам определяли t-критерий Стьюдента, изменения оценивали как достоверные, начиная со значения $p < 0,05$. Для количественной оценки исследовали доверительные интервалы средних значений и долей [2].

Результаты и обсуждение

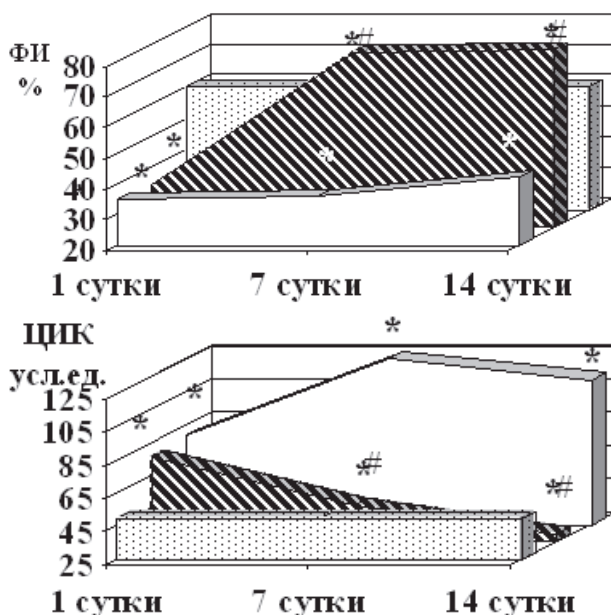
При ишемическом инсульте нарушение регуляторной функции ЦНС способствует развитию тяжелого иммунодефицитного состояния, причем, как в клеточном, гуморальном, так и в фагоцитарном его звене. Активация на этом фоне аутоиммунной реакции утяжеляет течение основного заболевания, так как является важным компонентом в развитии синдрома системного воспалительного ответа. Угнетение же функции макрофагов в свою очередь приводит к активации условно-патогенной флоры в верхних дыхательных путях и как следствие — к развитию пневмонии.

Развившееся инфекционное осложнение усугубляет депрессию клеточного и затем гуморального иммунитета, на этом фоне снижается эффективность антибактериальной терапии у больных контрольной группы при аспирационной и вентилятор-ассоциированной пневмонии.

Использование милдроната и реаферон-ЕС-липид в интенсивной терапии оказывало модулирующий эффект на все звенья иммунитета, т.е. устраняло дефицит в клеточном звене и активировало фагоцитоз, на фоне снижения аутоиммунной активности (рис. 1).

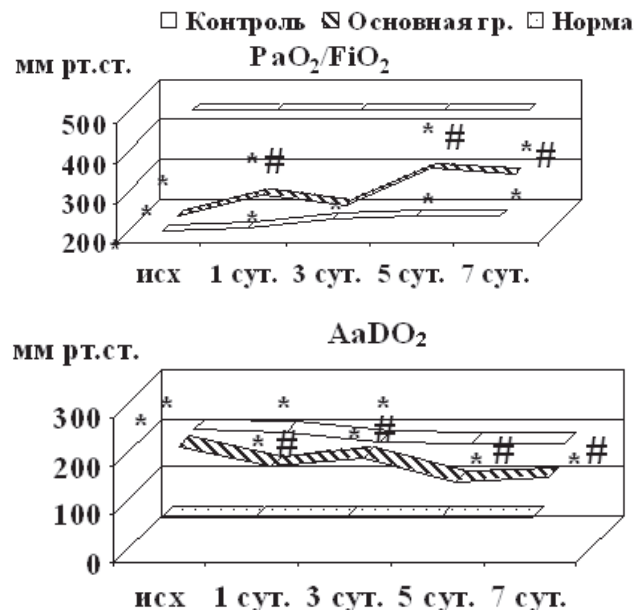
Это позволило избежать активации условно-патогенной флоры, уменьшалось количество аспирационных пневмоний, кроме того, повышалась эффективность антибактериальной терапии аспирационных и вентилятор-ассоциированных пневмоний — о чем свидетельствует полная санация мокроты к 14 суткам у выживших больных и отсутствие роста культуры при посеве с ткани легких у умерших.

Наши исследования показали, что с первых часов развития ишемического инсульта следующим органом, на который оказывается максимальное патологическое воздействие, являются легкие (рис. 1). Центральная дыхательная недостаточность, которая часто осложня-



Примечание: * - достоверность по сравнению с нормой; # - по сравнению с контрольной группой.

Рис. 1. Изменение некоторых показателей иммунитета и газообмена у больных с ишемическим инсультом.



ется аспирацией, развитие периферической дыхательной недостаточности по типу синдрома острого повреждения легких, синдром системного воспалительного ответа вызывают нарушение функций и повреждают ткань легких, что на фоне вторичного иммунодефицита создает благоприятные условия для активации условно-патогенной и патогенной флоры, ведущих к развитию пневмонии.

Развитие осложнений со стороны легких в значительной степени снижает эффективность интенсивной терапии, в том числе и респираторной поддержки у больных контрольной группы.

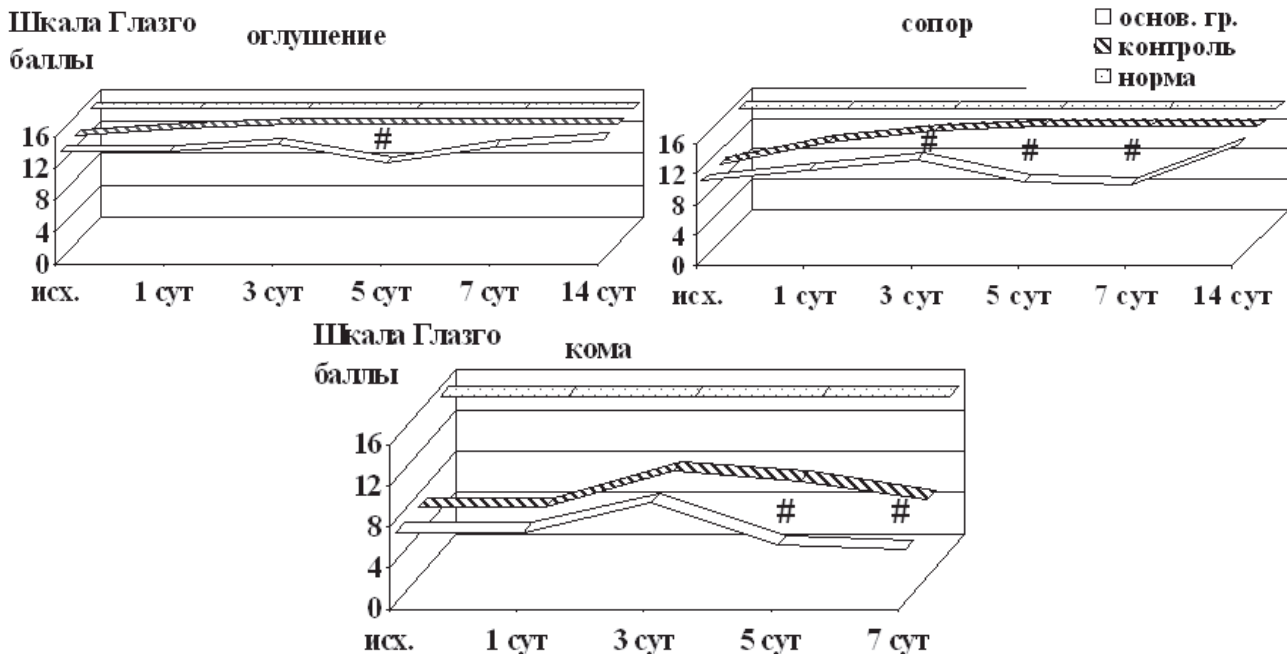
Сочетанное применение милдроната и реаферон-ЕС-липидта в лечении больных с ишемическим инсультом позволяет предупреждать и купировать пневмонии.

Наши исследования показали, что присоединяющаяся пневмония ухудшает течение основного заболевания, о чем свидетельствует угнетение сознания (рис. 2). При этом обращает на себя внимание тот факт, что от-

фагоцитарной функции нейтрофилов, показателей клеточного и гуморального иммунитета способствовало уменьшению развития данного осложнения до 26%.

Основной причиной смерти были осложнения со стороны центральной нервной системой. У больных контрольной группы в 30% случаев развивался некупированный отек мозга, при этом в 14% сформировался повторный инсульт. Выше указанные случаи составили 34% общей летальности в контрольной группе. У больных основной группы данное осложнение встречалось в 22%, при этом также все больные умерли.

Приведенные данные говорят о том, что сочетанное применение милдроната и реаферон-ЕС-липидта на фоне интенсивной терапии позволяет уменьшить число различных осложнений у больных с ишемическим инсультом на 62,0%, при этом пребывание в блоке реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения уменьшилось на 4 койко-дня, и снизить общую летальность на 26,0%.



Примечание: # - достоверность по сравнению с контрольной группой.

Рис. 2. Изменение сознания у больных с ишемическим инсультом.

сутствие нарушения сознания не может являться критерием тяжести основного заболевания.

Отсутствие иммунокорригирующего компонента в интенсивной терапии больных контрольной группы не позволяет предупредить развитие пневмонии, а при возникновении данного осложнения в значительной степени снижается эффективность антибактериальной терапии.

Детальный анализ осложнений у больных с ишемическим инсультом свидетельствует о том, что в первую очередь развиваются инфекционные осложнения. Иммунодефицит у больных контрольной группы приводил к развитию пневмонии у 62% больных, при этом, учитывая методические рекомендации Калужской согласительной конференции РАСХИ (июнь 2004 г.), у этих больных данное состояние мы трактовали как сепсис. Основной причиной смерти данное осложнение не являлось, но в значительной степени утяжеляло течение основного заболевания. Более быстрое восстановление

Больным с ишемическим инсультом необходимо проводить исследование состояния клеточного и гуморального иммунитета при поступлении в стационар и в динамике через 7-14 дней для своевременного выявления развивающегося вторичного иммунодефицитного состояния и ранней профилактики гнойно-септических осложнений (пневмонии). Больным с угнетением сознания (менее 15 баллов по шкале Глазго) иммуномодуляцию милдронатом следует начинать сразу же при поступлении в реанимационное отделение с последующим контролем иммунограмм. Реаферон-ЕС-липидт назначают больным ишемическим инсультом с вторичным иммунодефицитным состоянием любой степени тяжести. Реаферон-ЕС-липидт назначают в первые 5 дней после начала заболевания, препарат применяют *per os* утром за 30 мин до кормления, при необходимости вводят через зонд.

PREVENTIVE MAINTENANCE AND INTENSIVE THERAPY OF PNEUMONIAS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC INSULT

E.A. Popova, S.V. Orlov, M.A. Pozdnjakova, A.J. Skorobogatov, A.A. Popov, I.A. Skorobogatova
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

With the purpose of reduction of number of pneumonias and decrease of the death rate in patients with ischemic insult in a acute phase 50 patients of the basic group in complex treatment received in addition Mildronate and Reaferon-EC-lipint. Studying condition cellular, humoral immunity, some parameters of the neurologic status, breath, changes KOC and gas structure of blood, have shown, that joint influence on various parts cellular, humoral immunity Mildronate and Reaferon-EC-lipint allows to activate effectively the immune cells (that led to decrease in frequency of occurrence of pneumonias at patients of the basic group from 62% up to 26%) and reduction of the general death rate on 26%. Thus, from first days it is necessary to correct the immunity by Mildronate and Reaferon-EC-lipint in patients with an ischemic insult.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виленский Б.С. 7-й конгресс Европейской федерации неврологических наук // Неврологический журнал. — 2004. — № 1. — С.63-64.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 459 с.
3. Кузнецов А.Н. Тринадцатая Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал. — 2005. — № 1. — С.58-62.
4. Федин А.И. Румянцева С.А. Интенсивная терапия ишемического инсульта. — М.: Медицинская книга, 2004. — 284 с.
5. Bogousslavsky J., Pierre P. Ischemic stroke in patients under age 45 // Neurol. Clin. — 1992. — Vol. 10, № 1. — P.113-124.
6. You R.X., McNeil J.J., O "Malley H.M. et al. Risk factor for stroke dueto cerebral infarction in young adults // Stroke. — 1997. — Vol.28. — P.1913-1918.
7. Yonemura K., Kimura K., Hasegawa Y. et al. Analysis of ischemic stroke in patients aged up to 50 years // Rinsho Shinkeigaku. — 2000. — Vol. 40. — № 9. — P.881-886.

© ПИСАРЕВА С.Е., ЧАША Т.В., ГОРОЖАНИНА Т.З. — 2007

МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

С.Е. Писарева, Т.В. Чаша, Т.З. Горожанина

(Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова, отдел неонатологии, руководитель — д.м.н., проф. Т.В. Чаша)

Резюме. Проведено исследование распространенности малых аномалий развития сердца у детей в неонатальный период в зависимости от срока гестации. Малые аномалии развития сердца предрасполагают к возникновению нарушений сердечного ритма и проводимости у новорожденных детей. У пациентов с микроаномалиями сердца эти нарушения диагностированы в 42,8% случаев, без малых аномалий развития сердца — в 8,3% случаев. У 77% новорожденных с малыми аномалиями развития сердца отмечается снижение большинства показателей центральной гемодинамики.
Ключевые слова: малые аномалии развития сердца, новорожденные.

В последние годы наметилась тенденция к увеличению количества детей с функциональными расстройствами сердечно-сосудистой системы. В структуре сердечно-сосудистой патологии все большее значение имеют функциональные нарушения и состояния, связанные с малыми аномалиями развития сердца (МАРС). Эти аномалии являются морфологической основой функциональных изменений, а при органических поражениях сердца могут усугублять их прогноз [8,10.]

Внимание к малым аномалиям развития сердца обусловлено, с одной стороны, их распространенностью в популяции, с другой — риском развития различных нарушений ритма, тяжелой митральной регургитацией, неблагоприятным влиянием на коронарный кровоток [6,9].

Большинство отечественных и зарубежных исследователей указывают на то, что именно у детей с малыми аномалиями развития сердца чаще диагностируются потенциально серьезные аритмии [1,2,3,6,7,11,12,13].

Существенное внимание привлекает проблема малых аномалий развития сердца в свете их неблагоприятного влияния на диастолическую функцию левого желудочка [5.]

Несмотря на большое количество работ, посвященных данной проблеме у детей раннего и старшего возраста, значение клинического проявления дисплазии соединительной ткани у новорожденных остается дискуссионным и требует дальнейшего изучения. В литературе нет сведений об анализе структуры, частоте встречаемости МАРС в неонатальном периоде, характеристике центральной гемодинамики у новорожденных в зависимости от срока гестации. Изложенное выше убеждает в необходимости определения более ранних критериев диагностики, уточнения клинико-инструментальной характеристики поражения сердца при дисплазии соединительной ткани у новорожденных детей.

Целью работы явилось изучение распространенности малых аномалий развития сердца в неонатальном периоде, а также установить их роль в формировании гемодинамических нарушений, нарушений сердечного ритма и функции проводимости у новорожденных в зависимости от срока гестации.

Характеристика детей и методы исследования

Обследовано 200 детей в неонатальный период. Они были разделены на 4 группы: 1 — доношенные новорожденные с малыми аномалиями развития сердца (90 детей); 2 — недоношенные новорожденные с малыми аномалиями развития сердца (50 детей); 3 — доношенные новорожденные без малых аномалий развития сердца (30 детей); 4 — недоношенные новорожденные без малых аномалий развития сердца (30 детей).

Доношенные дети имели срок гестации 38-40 недель, недоношенные дети — 35-37 недель. Наблюдение за детьми в родильном доме проводилось ежедневно. Функциональные исследования осуществлялись на 1, 5, 28 сутки жизни. Программа обследования включала изучение анамнестических сведений о родителях, течение беременности и родов, оценку клинического состояния ребенка. Всем детям были выполнены электрокардиография, эхокардио-