

Внутренняя противоречивость процесса развития живых организмов базируется не только на скачкообразном качественном усложнении структурно-функциональной организации, но и на «гетерохронности» развития органов и систем, их конкурирующей роли в реализации общих функций организма. Представления о межсистемной и внутрисистемной гетерохронии, по П.К. Анохину [15], как асинхронности развития отдельных функциональных систем организма, опирались на прочное научное основание, заложенное еще Геккелем и целой плеядой «морфологов-эволюционистов». П.К. Анохин [15] отмечал, что при созревании организма в процессе эмбриогенеза имеет место его «функциональная фрагментация», эта трансформация осуществляется в процессе взаимодействия с окружающей средой, причем не отдельных систем, а всего организма в целом. По-видимому, данная модель сложного неравномерного созревания систем организма приложима и к постнатальному периоду развития ребенка. К любому возрастному этапу те или иные системы подходят с разной степенью готовности реализации ведущих – времяспецифических функций.

Таким образом, обобщая вышесказанное, следует отметить, что анализ особенностей поведения ребенка в условиях функциональных нагрузок, адекватных переживаемому ребенком возрастному периоду, может дать информацию для выводов о зрелости и уровне его общего здоровья. Одним из центральных успехов современной науки о развитии детского организма можно признать формулировку «дети – не маленькие взрослые». Умственное и физическое здоровье ребенка должно определяться не только числом

и качеством жалоб или пропущенных дней по болезни, сколько степенью адекватности его реагирования на определенный набор функциональных нагрузок.

Литература

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. Л., 1968.
2. Никифоров Г.С. // Психология здоровья. СПб., 2000. С. 128–189.
3. Сержантов В.Ф., Неволин В.Ф., Едимская Н.А. // Философия и медицина. Л., 1986. С. 187–211.
4. Ананьев В.А. // Психология здоровья. СПб., 2000. С. 10–88.
5. Кураев Г.А., Сергеев С.К., Шленов Ю.В. // Валеология. 1996. № 1. С. 7–14.
6. Кирой В.Н., Войнов В.Б. // Валеология. 1998. №3. С.43–48.
7. Аршавский И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития (основы негэнтропийного онтогенеза). М., 1982.
8. Аверин В.А. Психология развития ребенка. СПб, 2000.
9. Леонтьев А.Н. // Избранные психологические произведения. М., 1983. Т.1. С. 281–302.
10. Казначеев В.П., Спиринов Е.А. Космопланетарный феномен человека. Новосибирск, 1991.
11. Баевский Р.М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии. М., 1979.
12. Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. М., 1993.
13. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987.
14. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. М., 1995.
15. Анохин П.К. // Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы. М., 1978. С.125–151.

Донской государственный аграрный университет

5 августа 2002 г.

УДК 616.1:

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ И БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

© 2003 г. Е.В. Порохня, В.П. Терентьев, Э.В. Чурюкина, Л.Ю.Самохина, С.В. Шлык

На рубеже XXI в. сердечно-сосудистые заболевания занимают в нашей стране лидирующее место среди причин смерти. В 2000 – 2001 гг. они стали причиной 55 % случаев смерти (1,2 млн чел.), а также инвалидизации у 46 % пациентов (более 500 тыс. чел.) [1, 2]. Наиболее распространенными заболеваниями сердечно-сосудистой системы являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ). При этом АГ – один из основных факторов риска развития ИБС, а также инфаркта и инсульта [2, 3].

Среди широкого спектра антиишемических и гипотензивных препаратов только две группы широко и эффективно используются для лечения ИБС и АГ [2, 4, 5].

Цель настоящей работы – сравнительная оценка эффективности бета-адреноблокаторов (БАБ) и блокаторов кальциевых каналов (АК) у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. Обследовано 57 больных в возрасте от 27 до 65 лет (средний возраст $53,2 \pm 2,7$ года), мужчин (71 %) и женщин (29 %), страдающих ИБС, стенокардией напряжения II – III ФК. Средняя продолжительность течения ИБС составила $6,8 \pm 1,12$ года. 28 пациентов (49 %) перенесли ранее острый инфаркт миокарда (ИМ).

В первую группу вошли 26 больных (13 – с АГ, 16 после ИМ), получающих в качестве антиангинальной терапии БАБ эгилек в суточной дозе 50 – 100 мг в два приема,

во вторую – 17 пациентов (8 – с АГ, 6 – после ИМ), получающих антагонист кальция верапамил–240 в суточной дозе 240 мг. В качестве группы сравнения были использованы значения показателей у 14 обследуемых (6 – с АГ, 6 – после ИМ), страдающих ИБС, не получавших вышеуказанные препараты. Больные всех групп получали нитраты короткого (при приступах стенокардии) и пролонгированного действия, антиагреганты, а пациенты с АГ – ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента.

Наряду с оценкой общеклинических данных, динамическим анализом электрокардиограмм и основных показателей традиционного исследования крови у всех больных при поступлении в стационар и при выписке проводилось эхокардиографическое изучение основных параметров центральной гемодинамики и

лабораторное исследование крови (определялись концентрация холестерина, липопротеидов высокой и низкой плотности, триглицеридов и др.). Для оценки динамики толерантности к физической нагрузке использовался тест 6-минутной ходьбы.

Математическая обработка полученных данных помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel для Windows 2000.

Результаты и обсуждение. Анализ описанных клинических данных, основных показателей, характеризующих состояние центральной гемодинамики и липидного обмена (таблица), позволил констатировать однородность всех трех групп больных ИБС, о чем свидетельствует отсутствие статистически значимых величин ($p > 0,05$).

Анализ основных клинических показателей, параметров гемодинамики и липидного обмена у больных ИБС при поступлении в стационар ($M \pm m$)

Показатель	Группы больных		
	Контрольная	Терапия БАБ	Терапия АК
Количество приступов стенокардии в сутки	7,4 $\pm$ 1,1	6,2 $\pm$ 0,9	6,7 $\pm$ 0,9
Количество табл. нитроглицерина на прием	1,9 $\pm$ 0,4	2,2 $\pm$ 0,5	1,7 $\pm$ 0,4
Количество табл. нитроглицерина в сутки	13,9 $\pm$ 1,7	14,0 $\pm$ 1,5	12,6 $\pm$ 1,6
Тест 6-минутной ходьбы, м	212,0 $\pm$ 8,4	208,0 $\pm$ 5,8	197,7 $\pm$ 9,2
УО, мл	81,4 $\pm$ 2,6	80,6 $\pm$ 2,2	79,8 $\pm$ 2,7
МОК, л/мин	6,2 $\pm$ 0,3	6,1 $\pm$ 0,2	6,1 $\pm$ 0,3
ФВ, %	52,8 $\pm$ 1,9	53,0 $\pm$ 2,1	51,9 $\pm$ 1,9
ЧСС, с ⁻¹	76,5 $\pm$ 1,4	78,3 $\pm$ 1,6	78,3 $\pm$ 1,5
АДср, мм рт. ст.	105,6 $\pm$ 2,7	108,0 $\pm$ 2,6	105,4 $\pm$ 3,9
Общий ХС, мм/л	7,1 $\pm$ 0,5	7,0 $\pm$ 0,6	6,8 $\pm$ 0,5
ЛПВП, мм/л	0,7 $\pm$ 0,2	0,8 $\pm$ 0,2	0,6 $\pm$ 0,2
ЛПНП, мм/л	3,9 $\pm$ 0,4	4,1 $\pm$ 0,3	4,1 $\pm$ 0,4
ТГ, мм/л	3,2 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,4	3,4 $\pm$ 0,2

Динамика числа приступов стенокардии, числа таблеток нитроглицерина короткого действия для купирования одного приступа и в течение суток, а также результаты теста 6-минутной ходьбы в результате проводимой терапии БАБ и АК представлены на рис. 1. Как видно на диаграмме, снижение числа приступов стенокардии в сутки и потребности в нитроглицерине в сутки статистически значимо снижались во всех группах больных ($p < 0,05$). Однако суточная потребность в нитроглицерине к концу терапии была достоверно меньше у пациентов, получавших БАБ и АК, по сравнению с контрольной группой (К) ($p < 0,05$).

Достоверное ($p < 0,05$) увеличение толерантности к физической нагрузке отмечалось только у пациентов, получавших в составе комплексной терапии БАБ и АК, в большей степени у больных, получавших БАБ ($p < 0,05$ с АК и контролем).

Различия в изменении клинической картины и толерантности к физической нагрузке у больных ИБС и ИБМ в сочетании с АГ носили недостоверный характер.

При изучении изменения гемодинамического статуса под влиянием проводимой терапии (рис. 2) отмечено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение величины

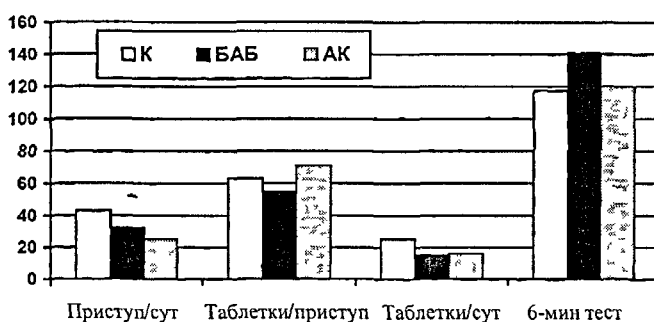


Рис. 1. Изменение основных клинических показателей у больных ИБС после лечения ($M \pm m$, %)

Примечание. Здесь и далее за 100 % приняты значения до начала терапии.

УО, МОК и ЧСС в группах больных, получавших БАБ и АК, по сравнению с их исходными величинами. При этом уменьшение МОК и ЧСС в изучаемых группах пациентов было статистически значимо больше по сравнению с контрольной группой.

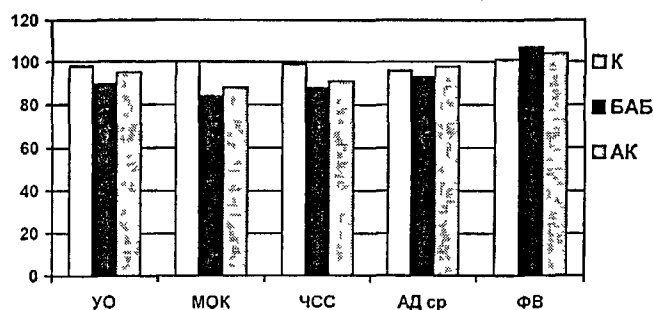


Рис 2 Изменение основных параметров гемодинамики у больных ИБС после лечения ($M \pm m, \%$)

Обращает внимание более выраженное снижение величины УО при назначении БАБ по сравнению с АК ($p < 0,05$). Величина среднего АД статистически достоверно снижалась лишь под влиянием терапии БАБ. Необходимо отметить, что описанное снижение основных показателей, характеризующих насосную функцию сердца, не сопровождалось уменьшением ФВ. Напротив, величина этого показателя несколько увеличилась ($p < 0,05$).

Описанное снижение МОК и среднего АД (рис. 3) было более выражено у пациентов ИБС в сочетании с АГ по сравнению с больными без повышения АД ($p < 0,05$).

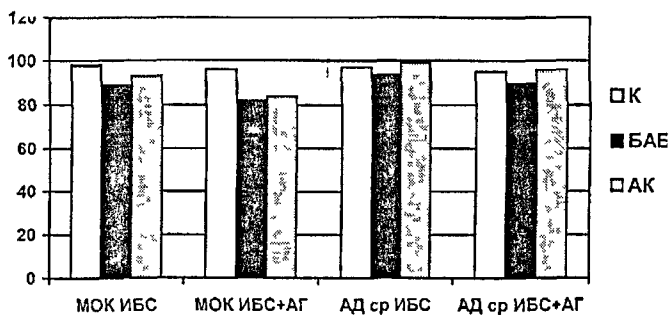


Рис. 3. Изменение МОК и среднего АД у больных ИБС в сочетании с АГ после лечения ($M \pm m, \%$)

При анализе изменений основных показателей липидного обмена у больных ИБС на фоне проводимой антиангинальной терапии (рис. 4) отмечено некоторое снижение ($p > 0,05$) концентрации ОХ, ЛПНП и ТГ на

фоне неизменной концентрации ЛПВП в контрольной группе, что обусловлено эффектом диетотерапии и закономерно. Изменение липидного спектра крови у пациентов, получавших АК, отличается лишь более выраженным снижением концентрации ТГ ($p < 0,05$ с исходным уровнем). При назначении БАБ имело место более выраженное снижение концентрации ЛПВП ($p < 0,05$ как с исходной величиной, так и с другими группами). Данный факт является подтверждением атерогенного эффекта обсуждаемой группы препаратов. Изменения показателей липидного обмена у больных ИБС не зависели от наличия АГ.

Таким образом, терапия БАБ эгилек в суточной дозе 50–100 мг и АК верапамил-240 сопровождается выраженным улучшением клинического и гемодинамического статуса. Назначение БАБ сопровождается большим повышением толерантности к физической нагрузке, снижением АД по сравнению с АК и контролем. Назначение АК более безопасно у больных с нарушениями липидного обмена.

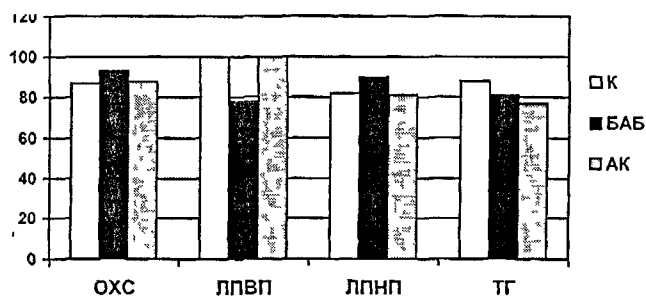


Рис. 4. Изменение основных параметров липидного обмена у больных ИБС после лечения ($M \pm m, \%$)

Литература

1. Вялков А.И. Современные проблемы состояния здоровья населения Российской Федерации. Проблемы управления здравоохранением. 2002. № 1 (2) С. 10–12.
2. Чазов Е.И. // Кардиология. 2002. № 9. С. 5–8.
3. Фомин И.В. и др. // Кардиология. 2000. № 9. С. 33–37.
4. Шабалин А.В., Никитин Ю.П. // Кардиология. 1999. № 3. С. 4–10.
5. Юренев А.П. и др. // Терапевтический архив. 2001. № 9. С. 31–34.