

**СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У
БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С
РАЗЛИЧНОЙ ДАВНОСТЬЮ ПРОЦЕССА НА
ЭТАПЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Прокофьева Т.В., Полунина О.С., Рассказов Н.И.,
Уклистая Т.А., Перова Н.Ю., Хилова Л.Н.

*Астраханская государственная
медицинская академия,
Астрахань*

Нарушения микроциркуляции (МЦ) являются одним из патогенетических звеньев в развитии ИБС, в том числе инфаркта миокарда (ИМ) (Berk С., 1991, Yarnell J. et al., 1991, Клячкин Л.М. с соавт., 2000). Выраженность микроциркуляторных нарушений зависит от длительности и тяжести заболевания (Ярошенко В.Т., 1991, Салахиддинов З.С., 1994). Одним из перспективных методов, позволяющих производить всестороннюю объективную оценку патологических сдвигов в системе МЦ, является лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ).

В нашем исследовании была предпринята попытка оценить выраженность микроциркуляторных расстройств у больных ИМ с различной давностью процесса. Обследовано 82 пациента с ИМ. В зависимости от давности заболевания больные были разделены на 3 группы: 1-я - 46 человек с давностью ИМ не более 1 месяца, 2-я - 25 человек с давностью ИМ 1-2 месяца. 3-я - 14 человек со сроком более 2-х месяцев от развития ИМ. Исследование проводилось среди пациентов, поступавших на санаторно-курортный этап реабилитации после перенесенного ИМ.

Изучение МЦ проводилось при помощи аппарата ЛАКК-01 (НПП «Лазма», Россия) при использовании инфракрасного (λ 0,82 мкм) волнового диапазона. Область исследования - наружная поверхность левого предплечья. Определялись следующие параметры: показатель микроциркуляции (ПМ), характеризующий усредненный уровень перфузии в зондируемом участке кожи; показатели амплитудно-частотного спектра, дающие представление о вкладе активных и пассивных составляющих в регуляцию тканевого кровотока, сосудистом тонусе, величине внутрисосудистого сопротивления и об эффективности МЦ в целом.

Средний уровень кожной перфузии мало отличался у пациентов, поступивших на санаторное лечение в разные сроки от развития ИМ, за исключением более низкого ПМ у больных, поступивших позднее 2-х месяцев от развития ИМ. Из показателей амплитудно-частотного спектра на начальном этапе санаторного лечения существенно различался лишь показатель, характеризующий тонус микрососудов. При этом отмечалась обратная корреляционная зависимость между снижением регионарного кровотока у больных ИМ и повышением регионарного сосудистого сопротивления и венозного тонуса. Положительный эффект реабилитационных мероприятий был более выражен у больных, поступавших в ранние сроки от начала заболевания. Именно в этой группе пациентов отмечался наиболее значимый прирост ПМ, достоверно увеличивалась амплитуда вазомоций, снижался вклад пассивных механизмов в регуляцию тка-

невого кровотока, увеличивался индекс эффективности МЦ.

У пациентов, поступавших позже 2-х месяцев от развития ИМ, отмечалась плохая стабилизация микроциркуляторных нарушений. В этой группе отмечалось дальнейшее снижение миогенной и нейрогенной активности. Единственным показателем, претерпевшим существенную положительную динамику у больных этой группы, была величина внутрисосудистого сопротивления.

Таким образом, полученные результаты подтверждают мнение о целесообразности более раннего направления на санаторное лечение больных, перенесших ИМ. В то же время, данные о низкой эффективности санаторного лечения у больных ИМ, поступавших в более поздние сроки от развития заболевания, на наш взгляд, могут быть обусловлены и тем, что в эту группу вошли больные, которым санаторное лечение в более ранние сроки было противопоказано в силу тяжести их состояния.

**ПРОЦЕССЫ АУТОАНТИТЕЛООБРАЗОВАНИЯ
ПРИ ШИГЕЛЛЕЗЕ, ПРОТЕКАЮЩЕМ НА ФОНЕ
АЛКОГОЛИЗМА**

Рамазанова К.Х., Шульдяков А.А., Гаврилова И.Б.,
Перминова Т.А., Еремин В.И., Рябинин Н.В.

*Саратовский государственный
медицинский университет,
Саратов*

На протяжении многих лет шигеллезы остаются одной из актуальных проблем инфекционной патологии, что определяется их широкой распространенностью, высоким уровнем заболеваемости в отдельных регионах, увеличением числа тяжелых и тяжелых форм болезни, летальных исходов, встречающихся преимущественно в группе лиц с отягощенным преморбидным фоном, среди которых наибольший удельный вес принадлежит больным алкоголизмом.

В настоящее время в патогенезе шигеллеза одна из важных ролей принадлежит аутоиммунным реакциям. В свою очередь, некоторые авторы придают большое значение процессам аутоантителообразования в формировании патологических изменений при алкоголизме, однако, процессы аутоантителогенеза при сочетанной патологии (шигеллеза на фоне алкоголизма) практически не изучены. Также нет сведений об объективизации тяжести шигеллеза у больных, страдающих алкоголизмом.

Целью настоящего исследования явилось изучение уровня противоорганных антител тканевой специфичности у пациентов с различными формами шигеллеза и фоновым алкоголизмом; оптимизация критериев тяжести шигеллеза у больных с фоновым алкоголизмом по результатам клинико-лабораторного обследования.

Проведено клиническое и лабораторное обследование 35 пациентов мужского пола в возрасте от 30 до 50 лет со среднетяжелыми и тяжелыми формами шигеллеза и фоновым алкоголизмом. Кроме рутинных лабораторных тестов, всем больным при поступлении в стационар исследовались показатели уровней про-

тивоорганых антител тканевой специфичности к печени, селезенке, почкам, желудку, кишечнику, поджелудочной железе, тимусу в РНГА с эритроцитарными противоорганными диагностикумами (Step-test). Группы сравнения составили: 1 – здоровые лица; 2 – больные шигеллезом без алкоголизма; 3 – лица, злоупотребляющие алкоголем без диарейного синдрома.

При анализе полученных данных нами установлено, что течение шигеллеза у лиц, страдающих алкоголизмом, характеризуется выраженными аутоиммунными процессами, о чем свидетельствуют высокие показатели органоспецифических аутоантител, преимущественно к тканям кишечника, печени, поджелудочной железы, коррелирующие с тяжестью течения болезни. Осуществленный регрессионный анализ с учетом определяемых показателей позволил выделить значимые критерии определения тяжести течения инфекционного процесса у пациентов с фоновым алкоголизмом.

Таким образом, определение титров противоорганных антител тканевой специфичности является перспективным дополнительным методом обследования больных с различными формами шигеллеза и фоновым алкоголизмом, позволяющим объективизировать тяжесть течения болезни.

ИЗУЧЕНИЕ НЕРВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРУЦЕЛЛЕЗОМ И ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Решетников А.А., Ляпина Е.П.,
Шульдяков А.А., Гладилина Е.Г.,
Молодкина О.Н., Таранова Ю.Н., Еремин В.И.
*Саратовский государственный
медицинский университет,
Саратов*

Изменение сердечного ритма – универсальная оперативная реакция организма в ответ на изменения его внешней и внутренней среды. Ведущее место в регуляции сердечного ритма принадлежит вегетативной нервной системе (ВНС). В последние годы широкое распространение получил метод косвенной неинвазивной оценки влияния симпатического (СО) и парасимпатического (ПСО) отделов ВНС на сердечный ритм (СР), основанный на анализе показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР). Высокая чувствительность методов анализа вариабельности сердечного ритма объясняется высоким статусом сердечно-сосудистой системы как согласующего звена, обеспечивающего адекватное функционирование всех прочих систем организма за счет точного приспособления к разным ситуациям, действию различных внешних и внутренних факторов. Судить о ходе приспособительных реакций, о роли нервных механизмов регуляции системы кровообращения при различных состояниях позволяют разработанные математико-статистические показатели сердечного ритма, что и определяет их клиническую значимость. В доступной нам литературе имеется незначительное количество работ, посвященных изучению вегетативной регуля-

ции сердечной деятельности при инфекционной патологии.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей вегетативной регуляции сердечной деятельности при хроническом бруцеллезе и геморрагической лихорадке с почечным синдромом (ГЛПС).

Обследовано 64 больных в возрасте от 34 до 57 лет, страдающих хроническим бруцеллезом. Помимо общеклинических и биохимических исследований всем больным проводилось кардиоинтервалографическое исследование (КИГ). Определялись следующие основные показатели: амплитуда моды (АМо), вегетативный показатель ритма (ВПР), индекс напряжения (ИН), показатель активности процессов регуляции (ПАПР), индекс вегетативного равновесия (ИВР), энтропия (Э), коэффициент вариации (V). Изменения вегетативного гомеостаза выражались в повышении автономного уровня регуляции сердечной деятельности (ВПР = $7,2 \pm 0,3$), снижении активности симпатического отдела ВНС (АМо = $17,7 \pm 2,6$), а ИН достоверно не отличался от показателей контрольной группы.

При анализе результатов кардиоинтервалографии у 22 больных ГЛПС выявлено повышение влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы, что проявлялось в достоверном снижении энтропии и коэффициента вариации при одновременном нарастании моды и индекса напряжения регуляторных систем.

Особенности экстракардиальной регуляции сердечного ритма и возможности использования КИГ при хроническом бруцеллезе и ГЛПС требуют дальнейшего изучения.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СВОБОДНОЖИВУЩЕЙ ПОПУЛЯЦИИ БЕЛОПЛЕЧИХ ОРЛАНОВ (*HALIAEETUS PELAGICUS* PALL) С ЦЕЛЬЮ ТЕСТИРОВАНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ НА СЕВЕРНОМ САХАЛИНЕ

Романов В.В., Мастеров В.Б.
*Госпиталь птиц «Зеленый попугай»,
Московский Государственный Университет
им Ломоносова*

Введение

Для наиболее адекватной оценки состояния здоровья свободноживущих белоплечих орланов и возможного влияния окружающей среды, загрязнения и различных стрессфакторов было проведено наряду с орнитологическими исследованиями их медицинское тестирование по общепринятым методикам.

Материалы и методы

Оценку состояния здоровья популяции выполняли на контрольной выборке птенцов белоплечего орлана в гнездовой период. С этой целью выполняли физическое обследование включающее в себя: внешний осмотр, взвешивание, фотографирование, осмотр слизистой оболочки, оценку упитанности по шкале 6 баллов, аускультацию, исследование кала, и тестирование крови которую брали из подклюичной вены. Полученную кровь центрифугировали в течение 3-6