

КОНТИНУАЛЬНОСТЬ БИОЭКОЛОГИЧЕСКИХ РЕЦИПРОКНЫХ БИОРЕЦЕПТИВНЫХ РЕФЛЕКСОВ В БИОЭКОСИСТЕМАХ

Зозуля Г.Г., Леоненко И.Г.,
Малышев С.Г., Петухова Е.В.,
Ряднов А.А., Ряднова Т.А.

*Волгоградские государственные
сельскохозяйственная академия и медуниверситет,
Волгоград*

Прошло более 100 лет после того, как впервые русским ученым И.П.Павловым (1904г.) была получена Нобелевская премия. Это открытие условных рефлексов в деятельности пищеварительных желез дало в руки естествоиспытателей мощный инструмент для изучения различных проявлений жизни. Однако, накопленный мировой наукой материал в области цитологии, генетики, биомембранологии дает основание коренным образом изменить наши представления о механизмах различных рефлексов, в частности, о рефлекторных дугах, которые на наш взгляд, континуальны и должны выглядеть в виде восьмерок или колец.

Ученики и последователи И.П. Павлова К.М. Быков и В.Н. Черниговский (1943) в трудные годы для нашей страны изучили интероцептивные рефлексы внутренних органов, кровеносных сосудов и тканей, а основоположник космической физиологии В.В.Парин своей деятельностью и на основе изучения интероцептивных рефлексов легких и сердца доказал возможность в условиях невесомости проявления интероцептивных рефлексов, то есть жизни животных и человека в космическом пространстве.

В наше экологически востребованное время мы должны не только помнить об учениках и последователях В.В. Парина, К.И. Скрябина, В.Н. Черниговского о И.Н.Давыдове и Ю.К. Богоявленском, продолжавших развитие их идей, но и ценить то, что является приоритетом русской, советской, российской науки, непрерывность которых не вызывает сомнений, также как исторический принцип в деятельности ученых.

Материалом для наших исследований служили ларвоцисты эхинококка и прилегающие к ним ткани органов домашних животных (чаще печень и легкие, как места наиболее частой локализации финны в организме промежуточного хозяина), полученные на мясокомбинатах г. Волгограда и области (боенский материал), от больных, оперированных по поводу эхинококкоза в клиниках г. Волгограда, а также от животных из дикой природы во время экспедиции на БАМ (1979г.) при изучении гельминтофауны этого региона. Использовались как классические гистологические, так и современные гистохимические и электронномикроскопические методики.

Анализ микропрепаратов, а также синтез данных по интероцепции тканей позволил выдвинуть нам новую концепцию биорецепции (1980г.), сущность которой заключается в том, что при взаимодействии организмов, один из которых является средой обитания другого (или их частей: органы, ткани, клетки, биомембранные структуры), проявляются реципрокные биорецептивные или биоэкологические рефлексы

(рефлексы Зозули + Давыдова + Богоявленского), определяющие дальнейшее развитие морфологических структур биоэкологической системы. Ларвоциста эхинококка оказалась удобной универсальной моделью для доказательства этого положения и в других биоэкологических системах. Поэтому биоцепторы можно характеризовать как генетически детерминированные структуры являющиеся главной функциональной единицей в сенсорной деятельности биоэкологических систем.

В дальнейшем на базе концепции биорецепции было не только установлено явление реципрокной биорецепции клеток и тканей, но и сформулирован биоэкологический закон (1995г.), а биорецепторы и биоэкологические рефлексы, которые сопричастны в этом, континуальны в онто- и филогенезе межклеточных и межтканевых взаимодействий.

ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

Иванова З.А., Кошечкин В.А.,
Якушева И.Ю., Ширманов В.И., Арсентьева Н.В.
*Российский Университет Дружбы Народов,
Москва*

В последние десятилетия отмечается учащение заболеваемости инфарктом миокарда во многих странах мира. Несмотря на достигнутые успехи в лечении, летальность от инфарктов миокарда достаточно высока.

Нами изучена клиника инфарктов миокарда у 42 больных туберкулезом легких мужчин. Возрастной состав больных: 7 человек оказалось моложе 50 лет, остальные 35 больных – старше 50 лет, самому пожилому больному - 82 года. Социальный статус больных: работают 20 человек, 14 человек пенсионеры, инвалиды по болезни 8 человек. В профессиональном отношении: 22 больных занималось физическим трудом, 20 – были лица умственного труда.

Клинические формы туберкулеза, согласно классификации, на фоне которых развился инфаркт миокарда у исследуемых больных были: очаговый туберкулез легких – 14 человек, диссеминированный туберкулез – 2 человека, 17 больных имели фиброзно-кавернозный туберкулез легких; у 5 пациентов – цирротический процесс и 3 больных страдали силикотуберкулезом.

Длительность заболевания до момента возникновения сердечной катастрофы составила от 1 года до 39 лет, но в основном, больные имели в анамнезе 5-7 лет заболевания туберкулезом, лечились в стационарах, периодически принимали химиопрепараты.

Туберкулезный процесс расценивался как прогрессирующий (фазы инфильтрации, обсеменения и распада) у 2/3 больных, как правило, с бацилловыделением. Помимо туберкулеза, у 31 больного установлен диагноз: атеросклероза, кардиосклероза, ишемической болезни сердца имела место у 14 больных, у 12 больных определялась артериальная гипертензия. В единичных случаях наблюдались другие сопутствующие заболевания: ХОБЛ (8 больных), язвенная болезнь желудка и 12 - ти перстной кишки (2 боль-

ных), рак желудка (1 больной), рак легкого (1 больной), сахарный диабет (1 больной).

По тяжести состояния в острой фазе инфаркта миокарда, выраженности болевого синдрома, развитии острой сердечной недостаточности – наблюдались 2 группы больных.

В первой группе болевой синдром был не длительным, купировался наркотическими средствами, симптомы сердечной недостаточности резко выраженными, в 2 случаях клинические проявления инфаркта миокарда были стерты: характерные для инфаркта миокарда изменения на ЭКГ появились позднее, на серийных ЭКГ.

У второй группы больных: приступы загрудинных болей были длительными, интенсивными, с характерной иррадиацией в левую лопатку и левую руку; у 13 больных развилась острая сердечная недостаточность, отек легких, явления коллапса, кардиогенный шок. Из них 11 случаев с летальным исходом.

Согласно электрокардиографическим данным у 27 больных отмечался обширный трансмуральный инфаркт миокарда. У остальных больных наблюдались мелкоочаговые поражения, у 7 больных инфаркт миокарда был повторным. ЭКГ изменения носили характерные для инфаркта миокарда черты: подъем сегментов ST, появление уширенных зубцов Q, снижение зубцов R, или возникновение QS формы желудочкового комплекса. В одном случае ЭКГ не была произведена ввиду внезапной смерти больного от острой сердечной недостаточности. У наблюдаемых нами больных были следующие осложнения инфаркта миокарда: острая сосудистая недостаточность (2), отек легких (4), образование аневризмы сердца (1), сердечная недостаточность (10). Нарушение ритма отмечались у 14 больных (эстросистолы, мерцательная аритмия, блокада ножек пучка Гиса).

Лечение по поводу острого инфаркта миокарда проводилось стационарно, в отделении реанимации, согласно концепции лечения острого инфаркта миокарда. Лечение по поводу туберкулеза легких прекращалось из-за опасения, что антибактериальные препараты отрицательно влияют на коронарное кровообращение. Возобновление химиотерапии по поводу туберкулеза легких стало возможным в постинфарктном периоде, но не ранее чем через 3 месяца.

Течение инфаркта миокарда было тяжелым у больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом и циррозом легких с явлениями обширного пневмосклероза и эмфиземы легких и дыхательной недостаточности. Наблюдая больных туберкулезом легких с тяжелыми формами трансмуративного инфаркта миокарда, мы убедились, что несмотря на наличие туберкулеза и осложнений инфаркта миокарда – более чем в половине случаев – исход был благоприятным.

Вопрос о сочетании инфаркта миокарда и туберкулеза легких важен с точки зрения выработки наиболее правильной тактики лечения подобных больных.

Многочисленные клинические наблюдения, описанные в литературе (Д.Д. Асеев, А.Е. Рабухин, А.Г. Хоменко, Б.П. Яценко) и свой собственный опыт (З.А. Иванова, В.А., В.А. Кошечкин.) показал, что ряд антибактериальных препаратов (стрептомицин, изониазид) могут ухудшать функцию сердечно -сосуди-

стой системы: Стрептомицин – повышает артериальное давление, неблагоприятно действует на коронарное кровообращение, суживает периферические кровеносные сосуды. Препараты группы ГИНК – производные изоникотиновой кислоты вызывают приступы стенокардии, поэтому его не рекомендуют лицам с коронарной патологией (коронаросклерозом), лицам перенесшим инфаркт миокарда. Они уменьшают сократительную функцию миокарда, снижают коронарное кровообращение и могут вызвать боли в области сердца, провоцировать возникновение инфаркта миокарда.

Поэтому практически все врачи фтизиатры не назначают эти препараты лицам пожилого возраста, страдающим артериальной гипертензией, ИБС, атеросклерозом. При подозрении на инфаркт миокарда отменяются все антибактериальные препараты. Отбор химиопрепаратов должен быть строго индивидуальным, вопрос о сроках возобновления

химиотерапии в постинфарктном периоде остается дискуссионным так как больные предпочитают не принимать антибактериальные препараты из-за боязни возникновения приступов стенокардии.

ОСОБЕННОСТИ РЕГУЛЯЦИЯ КАРДИОРИТМА МАТЕРИ ПРИ ФЕТОПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Карась И.Ю., Ушакова Г.А., Рец Ю.В.

МУЗ «ГБ № 1 им. М.Н. Горбуновой»

ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Кемерово

По данным литературы фетоплацентарная недостаточность (ФПН) составляет от 4 до 22 % и имеет четкую тенденцию к росту (Стрижаков А.Н., 2003). Основными этиологическими механизмами, приводящими к развитию ФПН, являются снижение возможностей компенсаторной системы материнского организма адекватно обеспечивать потребности развивающегося плода, что в немалой степени зависит от функционального состояния вегетативной нервной системы (ВНС). Возможность исследования регуляции кардиоритма матери и плода возможны с помощью кардиоинтервалографии (КИГ).

Целью исследования явилось изучение нейровегетативной регуляции кардиоритма матери при фетоплацентарной недостаточности. Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 52 женщины в сроке гестации 28-37 недель, беременность которых осложнилась ФПН. Степень тяжести ФПН диагностировалась на основании классификации Стрижакова А.Н. (2003). Контрольную группу составили 53 беременных в сроке от 32 до 40 недели, беременность которых протекала без клинических осложнений. Всем беременным проведено стандартное клиническое обследование, а так же доплерометрическое исследование кровотока в системе мать-плацента-плод, ультразвуковая фетометрия и плацентометрия. Регуляция кардиоритма исследована на основании анализа вариабельности сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ). КИГ матери