

дезадаптации. Для эмоционального стресса характерен неспецифический комплекс соматовегетативных нарушений, при котором происходит дезинтеграция деятельности функциональных систем организма, нарушаются их нормальные взаимоотношения, определяющие согласованную деятельность организма. Особое значение приобретает изучение симпатoadреналовой системы (САС), активно участвующей в механизмах, ответственных за развитие состояния напряжения, сохранение гомеостаза при стрессорных воздействиях у здоровых и больных пациентов.

С целью выявления объективных критериев оценки функциональных резервов организма, проведено комплексное исследование иммунного и нейрогормонального статусов больных соматоневрозами. Обследованы пациенты, диагноз которых включал ипохондрический невроз с выраженным депрессивно-ипохондрическим синдромом с фобическими включениями, истерический синдром с истерическим развитием личности и декомпенсацией. Основному диагнозу сопутствовали нарушения сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата, щитовидной железы, аллергия и др. В основу исследований положен принцип комплексного динамического изучения состояния иммунной и САС как главных показателей гомеостаза человека с учетом неврологического и психического статусов больных.

Анализ иммунологических обследований позволил выявить пациентов с двумя и более отклонениями в иммунном статусе. При определении нейрогормонального статуса больных соматоневрозами, выделено 4 основных типа функционирования САС: адреналовый и норадреналовый - с гиперсекрецией гормонов, смешанный - с повышенной или пониженной экскрецией адреналина и норадреналина в равных пропорциях и тип, характеризующийся дисбалансом экскреции адреналина и норадреналина и резко выраженной гипофункцией. Наибольшее число отклонений иммунологических показателей отмечено у больных с резко выраженной гипофункцией и дисбалансом экскреции адреналина и норадреналина. Смешанный тип функционирования САС оказался наиболее благоприятным. У больных соматоневрозами существует прямая взаимосвязь между типом функционирования САС и степенью нарушений в иммунном статусе. Это позволило разделить обследованных пациентов на три группы: нормы, группу риска (ГР) и группу повышенного риска (ГПР). К ГР были отнесены пациенты с одним или двумя нарушениями гуморального и клеточного иммунитета на фоне гиперсекреции адреналина и норадреналина. ГПР характеризуется либо гиперсекрецией адреналина и норадреналина, либо несбалансированной гипосекрецией катехоламинов в сочетании с наиболее значимыми и многочисленными нарушениями в иммунном статусе. При комплексном исследова-

нии иммунологического статуса пациентов ГПР отмечен дисбаланс в показателях CD5+, CD4+, CD8+, CD20+, снижение количества и цитотоксической активности CD16+ и CD56+, а также увеличение уровня IgM.

Это позволило индивидуально подходить к назначению корректирующей терапии. Больных с нормальным нейроиммуногормональным статусом лечили, используя нетрадиционные методы (рефлексотерапия, лечебная гимнастика, диетотерапия, фитотерапия). Больные, относящиеся к ГР, получали малые дозы психотропных препаратов, симптоматическое и катехоламинкорректирующее лечение. Больным, относящимся к ГПР, назначали иммуномодулирующую терапию, учитывая степень нарушений в функционировании САС. При выраженной несбалансированной гипосекреции назначали полный курс L-ДОФА и витаминотерапию. Для адреналового и смешанного типов с гиперсекрецией катехоламинов назначали только витаминотерапию. В качестве иммуномодуляторов применяли кемантан и бромантан – препараты, регулирующие гуморальный и клеточный иммунный ответ и обладающие стресс-протекторной активностью.

Показано, что сочетание препаратов, повышающих резервные и адаптационные возможности организма и нормализующих иммунный статус, является определяющим и наиболее эффективным в лечении как пациентов с астенонервотическим синдромом, составляющих ГПР, так и больных с иммунной дисфункцией. В результате комплексного лечения у больных отмечены улучшение общего состояния и нормализация нейроиммуногормональных показателей. Критерии для выявления групп риска среди пациентов с нейроиммунными расстройствами позволяют дифференцировано подходить к назначению корректирующей терапии и повышать эффективность лечения.

ЦИРКАДИАННЫЕ РИТМЫ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ

Чибисов С.М., Катинас Г.С.

*Российский Университет дружбы народов
Россия, Москва*

Целью работы являлось определение структурных изменений параметров циркадианного ритма (ЦР) сердца до и после электрической кардиоверсии.

Материалы и методы Испытуемому N (56 лет), проведено непрерывное мониторирование (TM2421; A&D Co., Япония) АД и ЧСС в течение шести месяцев круглосуточно с 30-минутными интервалами (9188 измерений).

Результаты и обсуждение Периодограммный анализ колебаний ЧСС, за время субъективного благополучия обследуемого показал,

что для них характерен ЦР с изменяющейся величиной амплитуды. Длительность циркадианного компонента менялась волнообразно, причем эти волны были близки к околонедельным, т.е. имела место циркасептанная модуляция ЦР. Помимо ЦР в спектрах имелись статистически значимые, но непостоянные компоненты с периодами около 12, 8 и 6 ч. Циркадианный индекс (по Halberg F.) изменялся от 1.2 до 1.03. Два наибольших пика АД и ЧСС сопровождалась значительным снижением ЦИ. В течение всего времени исследования наблюдались спорадические повышения САД, при этом его величина и амплитуда колебаний линейно росли. Частые эпизоды роста амплитуды САД выше 17 мм.рт.ст. позволяют, по F. Halberg, говорить о наличии транзиторной стадии циркадианной гиперамплитудной гипертензии (circadian hyper-amplitude-tension – СНАТ). В динамике колебаний ЧСС изменения амплитуды не были выявлены. Между САД и ДАД существовала сильная положительная корреляция. Такая же корреляция связывала САД и ЧСС, но она исчезла в начале марта. В это же время, периодограммный анализ выявил выраженное усиление ультрадианных компонентов, особенно САД. Произошло уменьшение ЦИ до 1.06, что может свидетельствовать о прогрессирующем нарастании ригидности ритма сердца. В апреле N был госпитализирован в реанимационное отделение с диагнозом: ИБС, пароксизмальная форма фибрилляции предсердий и типичное трепетание предсердий, тахисистолия. Назначено лечение: метопролол, амиодарон, изосорбит монитрат, варфарин, клопидогрел и панангин.

С мая по ноябрь 2007 г было сделано 4 операции радиочастотной абляции (РЧА). Восстановление нормальной ЧСС не превышало 30 дней после каждой операции. Все это время, ежемесячно, в течение нескольких суток, проводилось мониторирование АД и ЧСС.

Через 4 недели после последней процедуры РЧА на фоне приступа циркадианной гиперамплитудной гипертензии и тахисистолии опять

возникло трепетание предсердий с эпизодами фибрилляции. Нарушение ЧСС не привело к исчезновению ЦР сердца. В динамике спектра САД 12-часовой компонент стал более выраженным. Аритмии предшествовало стойкое уменьшение ЦИ (1.07). Мониторирование во время трепетания предсердий показало, что ЧСС значительно превышала все предыдущие измерения и равнялась в дневные часы 94, а в ночные – 74 уд/мин, и ЦИ соответственно составлял 1.28. Усиление циркадианного профиля ритма сердца может быть связано с повышенной чувствительностью сердечного ритма к симпатoadреналовой стимуляции, следствием чего и явилась тахисистолия.

После проведения кардиоверсии установилась брадикардия (48-53 уд/мин), а ЦИ стал принимать свои постоянные значения (1.1; 1.18). В спектре колебаний на фоне выраженного циркадианного ритма ($P=0.001$) произошло усиление ультрадианных компонентов с периодом: 12 ($P\sim 0.05$), 8, 5.65, 4.50, 3.69, 3.10 ч ($P\sim 0.1$).

Резюме У испытуемого N, несмотря на отсутствие субъективных жалоб, за время шестимесячного обследования, наблюдались выраженные нарушения хроноструктуры биоритмов сердца. В период пиков АД выявлено достоверное уменьшение ЦИ, т.е. появление ригидности суточного ритма сокращений сердца. Редукция ЦИ, специфического показателя устойчивости структуры суточного ритма сокращений сердца, свидетельствует об изменении вегетативной регуляции сердца в период гипертензии. По мере усиления тяжести заболевания нарастала ригидность суточного ритма сердца. Сглаживание циркадианного профиля ритма свидетельствует об истощении адаптивных резервов и о развитии феномена “денервированного” сердца. После кардиоверсии наметилась тенденция к восстановлению ЦИ.

Выводы Хронобиологическое исследование показало, что непрерывное длительное мониторирование АД и ЧСС позволяет выявить развитие сердечно-сосудистого заболевания задолго до появления первых симптомов.

Междисциплинарный уровень интеграции современных научных исследований

РАЗРАБОТКА НОВЫХ ПЕРСПЕКТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ОСНОВЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МОЗГА

Ахмадеев А.В.

*Башкирский государственный университет
Уфа, Россия*

Важность исследований миндалевидного комплекса мозга (МК) в аспекте проблем наркомании продиктована перспективными возможностями использования этих знаний для разработки

качественно новых стратегий в лечении наркозависимости.

Нами впервые в нейронах дорсомедиального ядра МК зарегистрирована экспрессия CART - пептида (кокаин – амфетамин - регулирующей транскрипт). Исследования проведены на 14 половозрелых самках крыс линии Вистар, которые были умерщвлены на стадиях эструса и метэструса эстрального цикла. Иммуноцитохимическое выявление CART-пептида проводили на криостатных срезах головного мозга, после перфузии его 1М фосфатным буфером (PB, pH=7.4) и 4% раствором параформальдегида на 0,1 М PB, на свободно плавающих фронтальных срезах одновременно для двух групп животных.