

Выводы. Таким образом:

1. Мужчины больше сталкиваются с ЧМТ, чем женщины.
2. Пожилые люди (24-44 лет) – самая многочисленная группа.
3. Большинство людей обращаются за медицинской помощью своевременно.
4. Следовательно, благоприятный исход зарегистрирован у большинства людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Черепно-мозговая травма. Диагностика и лечение / Л.Б. Лихтерман. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 488 с.
2. Шагинян Г.Г., Древаль О.Н., Зайцев О.С. Черепно-мозговая травма: руководство / под ред. О.Н. Древаля. – 2010. – 288 с.: ил
3. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. Неврология и нейрохирургия // учебник : - т. 1. - 2009. - 624 С. С. 296-320.
4. Фраерман А.П., Кравец Л.Я., Шелудяков А.Ю., Трофимов А.О., Балябин А.В. Сдавление головного мозга при изолированной и сочетанной черепно-мозговой травме. Н. Новгород; 2008; 324 с.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НИКОРАНДИЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИБС ИМЕЮЩИХ ЭПИЗОДЫ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ

Горовенко И.И.¹, Болтач А.В.¹, Ковальчук Е.А.¹, Новицкая Л.Г.²,
Пронько Т.П.¹, Щебетко Л.А.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
1134 военный клинический медицинский центр
Вооруженных сил Республики Беларусь²*

Актуальность. Безболевая ишемия миокарда (ББИМ) при ИБС, отягощает течение стабильной стенокардии напряжения (ССН) и ухудшает её прогноз [2]. Выявление безболевой ишемии, её лечение имеют большое значение [2,3].

Никорандил обладает хорошо изученной антиангинальной активностью, оказывает благоприятный эффект на клинические исходы у пациентов со стабильной стенокардией [4].

Цель. Изучение влияния никорандила на: частоту, выраженность и продолжительность эпизодов болевой и безболевой ишемии миокарда у пациентов со стабильной стенокардией напряжения функционального класса III.

Методы исследования. Проведено динамическое наблюдение 67 пациентов, с диагнозом ИБС: ССН ФК III, имевших эпизоды ББИМ. Пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту. Первую составили 35 человек (21 мужчин и 14 женщин), средний возраст 61,3±5,2 года. Вторую - 32 человек (20 мужчин и 12 женщин), средний

возраст $62,7 \pm 6,4$ года. Пациенты обеих групп принимали: метопролола сукцинат в суточной дозе 100 ± 50 мг, лизиноприл $10 \pm 2,5$ мг, аспирин по 75 мг, аторвостатин 20 ± 10 мг в сутки внутрь. Пациенты второй группы, кроме того, получали никорандил 20 мг в два приема. Исследования проводились на вторые, третьи сутки поступления в стационар и после 30 дневной терапии. Выявления безболевой ишемии миокарда проводилось с помощью прибора суточного мониторирования ЭКГ «КР-01». Оценка выраженности болевого синдрома проводилась согласно стандартного опросника визуально-аналоговой шкалы (ВАШ).

Результаты и их обсуждение. В обеих группах (N67), до лечения, по времени возникновения ишемии в течение суток, сочетанная болевая ишемия миокарда (БИМ) и ББИМ, возникали преимущественно в дневное время и составили 82% от общей продолжительности ишемии в течение суток. Общая продолжительность ишемии составила $46,42 \pm 28,4$ минут/сутки. Изолированная ББИМ, возникала преимущественно в период с 22.00 до 6.00 часов, что составило 65% от общей ББИМ в группах исследования. Средняя длительность болевого синдрома $11,06 \pm 5,02$ мин/сутки, выраженность по шкале ВАШ в баллах $5 \pm 2,0$. Продолжительность и выраженность болевого синдрома была более длительна, если он сочетался с эпизодом ББИМ и составила по ВАШ $7 \pm 1,1$. Среднее количество эпизодов ББИМ в обеих группах до лечения составило $4,2 \pm 2,25$, средняя продолжительность одного эпизода $7,26 \pm 1,56$ минут.

Через месяц терапии в первой группе пациентов (N35), принимавших стандартную терапию, эпизоды ББИМ были зарегистрированы у 14 пациентов (среднее количество эпизодов ББИМ – $3,6 \pm 0,34$, продолжительностью $4,18 \pm 0,42$ мин. Средняя длительность болевого синдрома $8,25 \pm 4,26$ мин/сутки, выраженность болевого синдрома составила $3 \pm 1,12$ баллов. Распределение ишемических изменений в течение суток не изменилось, сохранялись эпизоды изолированной ББИМ в ночное время ($p > 0,05$). Во второй группе пациентов (N32), принимавших никорандил, были зарегистрированы эпизоды ББИМ у 3 пациентов продолжительностью $2,23 \pm 1,18$ мин ($p < 0,05$) на высоте физической нагрузки в дневное время, ночных эпизодов ББИМ выявлено не было. Средняя длительность болевого синдрома $2,35 \pm 1,52$ мин/сутки ($p < 0,05$), выраженность болевого синдрома составила $1 \pm 1,03$ балла ($p < 0,05$).

Выводы. Включение в схему лечения ИБС никорандила [1], у пациентов имеющих эпизоды ББИМ, достоверно снижало их количество, а следовательно, уменьшало частоту развития фатальных коронарных событий, улучшало качество жизни пациентов со стабильной стенокардией.

Эпизоды «опасной» ББИМ на фоне приема никорандила, в ночное и утреннее время зарегистрированы не были. Значительно снизились степень выраженности и продолжительность болевых проявлений ИБС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.Б. Применение никорандила при сердечно-сосудистых заболеваниях и оптимизация схем его назначения // Архив внутренней медицины. 2012. № 1 (3). С. 46-52
2. Болтач А.В. Безболевая ишемия миокарда / А.В. Болтач, М.А. Лис // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2007. – № 4. – С. 110–117
3. Гуревич, М.А. Безболевая ишемия миокарда / М. А. Гуревич // Российский медицинский журнал. – 2005. – №4. – С. 28–30
4. Лупанов В.П. Применение никорандила – активатора калиевых каналов – в лечении больных с ишемической болезнью сердца // Справочник поликлинического врача. 2011. № 8. С. 44-48

МЕХАНИЗМЫ УЧАСТИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ В СТРЕСС-РЕАКЦИИ ОРГАНИЗМА

Городецкая И.В., Гусакова Е.А.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет

Актуальность. Согласно классической концепции стресса Г. Селье, в развитии общего адаптационного синдрома важная роль принадлежит глюкокортикоидам (ГК). Однако накопленные к настоящему времени сведения об их значении при стрессе зачастую противоречивы.

Цель. Проанализировать роль глюкокортикоидов в организации реакции организма на стресс.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели нами был использован аналитический метод – анализ результатов, опубликованных в физиологических и медицинских журналах.

Результаты и их обсуждение. Установлены следующие механизмы участия глюкокортикоидных гормонов в общем адаптационном синдроме:

1. Влияние на содержание тормозных нейромедиаторов:

- гидрокортизон (внутримышечно в дозе 5 мг/100 г) – повышение содержания дофамина в гиппокампе крыс в 3,1 раза через 1 ч после инъекции. Однако концентрация серотонина, напротив, снижалась в 2,3 и 1,7 раза через 1 и 4 ч. Через 24 ч уровень серотонина и дофамина восстанавливался. При ежедневном введении в течение 3 и 7 суток через 24 ч после последней инъекции содержание дофамина не изменялось, уровень серотонина снижался в 1,4 и 1,7 раза [1].

2. Регуляция активности ферментов обмена нейропептидов:

- стресс (внутрибрюшинная инъекция крысам 0,9% раствора NaCl в дозе 2 мл/кг) – возрастание активности ферментов обмена нейропептидов: