

Հիպերտենզիայի Հիվանդությունների և Երկրորդային Գերճնշումի Ունեցող Հիվանդանոցի
Հոգեբանական և Հոգեբանական Առնչվածությունների

Ուսումնասիրված են հիպերտենզիայի հիվանդությունների տառապող 23, երկրորդային ծագման երկրորդային գերճնշումով 37 հիվանդների հոգեբանական առանձնահատկությունները: Ցույց է տրված, որ հիպերտենզիայի հիվանդությունների և երկրորդային գերճնշումով տառապողների մոտ գոյություն ունեն հոգեբանական առանձնահատկությունների էական տարբերություններ, որոնք կապված են այդ հիվանդությունների ժամանակ զարկերակային ճնշման համար պատասխանատու զանազան մեխանիզմների հետ:

S. V. Gurgenian, G. V. Pogossova, R. S. Gabrielian

Psychological Characteristics of Patients with Essential Hypertension and Secondary Hypertension

Psychological characteristics of 23 patients with essential hypertension and 37 patients with secondary renal hypertension were studied. Significant distinctions were established between psychological states of patients with essential hypertension and secondary renal hypertension, associated with different mechanisms, responsible for increase of arterial pressure in case of these diseases.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян Т. А. В кн.: Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней. М., 1980, с. 27.
2. Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В. Методика многостороннего исследования личности. М., 1976.
3. Кушаковский М. С. Гипертензивная болезнь и вторичные артериальные гипертензии. М., 1982.
4. Gentry W. O., Chesney M. A., Gary H. E. et al. Psychosom. Med., 1982, 44, 195.
5. Light K. C., Obrist P. A. Psychophysiology, 1983, 20, 301.
6. Manuck S., Merriison R., Bellack A. Психологические факторы при гипертензивной болезни. Кардиол., 1986, 1, с. 92.
7. Steptoe A. Psychological factors in cardiovascular disorders. New York, 1981.
8. World Health Organization Technical Report Series, № 628, Geneva, 1978 (Arterial Hypertension).

УДК 612.13+616.824]:615.38

А. В. Вардамян, Г. О. Бакуни, Г. Р. Мартirosyan

ГЕМОСОРБЦИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА

В настоящее время в связи с внедрением в клиническую ангионеврологию высокоинформативных инструментальных методов оценки состояния мозгового кровотока, системы микроциркуляции, метаболизма мозговой ткани диагностика сосудистых поражений головного мозга значительно улучшилась. В то же время усилился поиск методов и средств, способных оказать положительное воздействие на

различные звенья нарушенного гомеостаза организма при изменениях мозгового кровообращения (НМК) и, в первую очередь, на его иммунореактивность. В этом направлении перспективным представляется использование методов эфферентной медицины, основанных на удалении из организма ксенобиотиков или эндогенных токсических соединений.

Методы детоксикации организма оказались наиболее эффективными при лечении аутоиммунных заболеваний, в патогенезе которых основным является, как известно, накопление в крови большого количества циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). В этом случае применение различных сорбционных методов (гемо-, плазмо-, лимфо-, энтеросорбции), способствующих связыванию и выведению из организма ЦИК, оказывало ярко выраженный клинический эффект и в определенной степени восстанавливало нарушенный иммунный гомеостаз организма [3—10, 13]. В клинической неврологии методы сорбционной детоксикации организма использовались в комплексной терапии больных с рассеянным склерозом, миастенией, токсической полирадикулоневропатией, хронической атеросклеротической энцефалопатией [1, 11, 14].

С учетом вышесказанного и данных об участии иммунных механизмов в развитии атеросклероза [2, 12] становится обоснованным применение сорбционных методов лечения НМК атеросклеротического генеза.

Метод гемосорбции применялся нами в комплексном лечении больных с различными формами цереброваскулярных расстройств. Гемосорбция осуществлялась по общепринятой методике с использованием венозных вариантов подключения гемоперфузионной системы к аппарату УЭГ-01 с предварительной гепаринизацией колонки, а также введением больному гепарина из расчета 500 ед. на 1 кг веса. Перфузию крови через колонку с гемосорбентом производили посредством роликового насоса со скоростью 40—50 мл/мин. Количество перфузируемой крови составляло 5—6 л, время сорбции—около 2 часов. Использовались отечественные угольные сорбенты марки СКН-1К и СКН-4М, которые по своим химическим и структурно-сорбционным характеристикам превосходят другие марки углей. Процедура сорбции проводилась больным с НМК по одному сеансу.

Сорбционной терапии были подвергнуты 51 больной (40 мужчин, 11 женщин) с НМК при наличии клинического эффекта от проводимого лечения. В основном гемосорбция была проведена в течение первых 10 дней поступления больного в стационар после подробного клинического и параклинического обследования. В зависимости от характера цереброваскулярных расстройств больные распределялись следующим образом: с ишемическим инсультом—18 (из них 12—полушарной локализации, 6—стволовой), с преходящим нарушением мозгового кровообращения—5, с дисциркуляторной энцефалопатией II—III степени—24, с начальными проявлениями неполноценности мозгового кровообращения—4. Этиологическим фактором мозговых дисциркуляций является атеросклероз, сочетавшийся в 27 случаях с артериальной гипертензией, в 9—с сахарным диабетом. Средний воз-

раст больных составлял 58,4 года, превалировал возраст 55—60 лет. Эффективность гемосорбции оценивалась на основании клинических данных, исследования показателей гуморального иммунитета, липидного спектра и реологии крови в до- и постсорбционном периоде. В те же сроки у этих больных в плазме крови определялся уровень Р-белков и фибронектина.

Анализ полученных результатов показал хорошую переносимость метода гемосорбции больными с НМК без каких-либо гемодинамических сдвигов и осложнений во время сорбции. В трех случаях, закончившихся летальным исходом, гемосорбция проводилась в состоянии размягчения.

Уже на следующий день после сорбции большинство больных отмечали значительное уменьшение симптоматики, нормализацию гемодинамических показателей, ЭКГ, испытывали ощущение «прилива сил», «ясной головы», повышение работоспособности, волевой активности. У больных с ишемическим инсультом как полушарной, так и стволовой локализации наблюдался более быстрый регресс органической симптоматики по сравнению с больными с НМК, не получившими сорбции. Он выражался в частичном отходе очаговых, бульбарных симптомов, речевых расстройств, уменьшении признаков нарушения черепно-мозговой иннервации. В двух случаях полушарного инсульта наблюдался полный регресс симптомов в виде исчезновения гемипареза и моторной афазии, наступивший сразу после гемосорбции. В остальных случаях НМК уменьшение общемозговых, очаговых, координаторных расстройств, нормализация гемодинамики выявлялись постепенно в последующие дни и носили стойкий характер.

Полученные данные, свидетельствующие о клиническом эффекте проводимой сорбционной терапии как при острых НМК, так и хронических формах, подтвердились результатами параклинических исследований. Так, при сравнении показателей липидного спектра в до- и постсорбционном периоде оказалось, что уровень всех исследуемых параметров обнаруживает стойкую тенденцию к снижению уже на следующий день после гемосорбции. При этом наблюдалось достоверное снижение в крови холестерина, триглицеридов и липопротеидов очень низкой плотности, по сравнению с их исходными значениями (табл. 1).

На следующий день после гемосорбции отмечена также нормализация показателей реологии крови, исходно нарушенных у больных с различными проявлениями мозговых дисциркуляций. Обнаружены достоверные различия исследуемых параметров до и после сорбции (табл. 2). Выявленный факт быстрого положительного действия сорбционной терапии на реологические показатели имеет большое практическое значение, ибо ухудшенный микроциркуляторный кровоток у больных с НМК является прогностически неблагоприятным фоном, способствующим дальнейшему прогрессированию патологического процесса с развитием сладж-синдрома, «заклиниванию» капиллярного русла микроагрегатами клеток крови и т. д. и, как следствие, углублению ишемии мозга и деструктивных изменений мозговой ткани. Подобного улучшения реологических

характеристик крови у больных с НМК в результате применения медикаментозной терапии удается добиться в условиях стационара в течение более длительного периода времени, обычно к концу курса лечения—на 25—30-й дни.

Таблица 1

Показатели липидного обмена у больных с НМК
до и после гемосорбции

Больные с НМК	Холестерин, ммоль/л	Триглицериды, ммоль/л	Холестерин липопротеидов высокой плотности, ммоль/л	Холестерин липопротеидов низкой плотности, ммоль/л	Холестерин липопротеидов очень низкой плотности, ммоль/л
До гемосорбции n=51	$7,31 \pm 2,0$	$3,75 \pm 1,6$	$2,76 \pm 1,3$	$3,81 \pm 1,5$	$0,64 \pm 0,2$
После гемосорбции n=51	$6,07 \pm 1,6$ $P < 0,05$	$2,43 \pm 0,9$ $P < 0,05$	$2,45 \pm 1,1$	$2,6 \pm 1,0$	$0,44 \pm 0,21$ $P < 0,05$

Таблица 2

Реологические показатели крови у больных с НМК
до и после гемосорбции

Больные с НМК	Индекс агрегации тромбоцитов	Индекс агрегации эритроцитов	Индекс деформируемости эритроцитов
До гемосорбции n=51	$0,85 \pm 0,14$	$0,9 \pm 0,12$	$0,177 \pm 0,025$
После гемосорбции n=51	$1,0 \pm 0,13$ $P < 0,05$	$1,12 \pm 0,11$ $P < 0,05$	$0,095 \pm 0,026$ $P < 0,05$

Не меньший клинический интерес представляют полученные нами результаты сопоставления показателей гуморального иммунитета (иммуноглобулинов и ЦИК), фибронектина и Р-белков у больных с НМК в до- и постсорбционном периоде. Анализ средних величин иммуноглобулинов трех классов не выявил существенного снижения их концентрации после проведения гемосорбции. Лишь уровень иммуноглобулина G, наиболее значимого показателя у больных с НМК, в среднем снижался на 20% (табл. 3). После гемосорбции наблюдалось лишь недостоверное снижение ЦИК малых размеров ($p < 0,05$). Учитывая тот факт, что гемосорбция у больных с НМК проводилась однократно, можно допустить, что элиминация патогенных факторов иммунитета происходит в этом случае в недостаточной степени. По-видимому, увеличение числа процедур сорбций может привести к более значительным сдвигам этих патогенных факторов, что в сочетании с другими улучшенными компонентами крови приведет к более благоприятному клиническому эффекту. Нами установлено также, что если уровень фибронектина не претерпевает значимых изменений после сорбционной терапии, то исходно повышенное содержание Р-белков в крови у больных с НМК обнаруживает стойкую тенденцию к их снижению с достоверным различием титров Р-белков в до- и постсорбционном периоде (табл. 3).

Таблица 3

Показатели гуморального иммунитета, Р-белков и фибронектина в крови
у больных с НМК до и после гемосорбции

Больные с НМК	Иммуно- глобулин Λ, мг/мл	Иммуно- глобулин M, мг/мл	Иммуно- глобулин G, мг/мл	ЦИК, 3,5% ед. опт. гя.	ЦИК, 7% ед. опт. пл.	Р-белки (log-титра 10 ²)	Фибронек- тин, мкг/мл
До гемосорбции n = 51	2,28±1,0	2,06±0,9	15,7±6,6	0,22±0,1	0,59±0,5	6,7±1,0	193,8±26,6
После гемосорбции n = 51	1,99±0,95	1,87±0,88	12,7±4,8 P<0,05	0,22±0,16	0,51±0,43 P<0,05	5,9±0,8 P<0,05	214,0±128,0

Итак, гемосорбция, проведенная у больных с НМК, оказалась достаточно эффективным методом коррекции показателей, играющих несомненную роль в патогенезе церебральных дисциркуляций и характеризующих проявления нарушения гомеостаза организма на различных уровнях. При этом нормализация этих показателей, связанная с элиминацией патогенных факторов, коррелировала с улучшением клинической картины заболеваний.

НИИ неврологии катастроф

Поступила 12/I 1990 г.

Ա. Վ. Վարդանյան, Գ. Օ. Բակունց, Գ. Ռ. Մարտիրոսյան

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐՏԱՆ ՀԵՐՁԱՆԱՌՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՈՎ
ՀԻՎԱՆՊԵՐԻ ԿՈՄԳԼԵՔՍՍԱՑԻԵ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՋ

Անց է կացվել հեմոսորբցիա գլխուղեղի արյան շրջանառության խանգարումով հիվանդների մոտ նկատվել է կլինիկական վիճակի լավացում, ճարպային փոխանակության, արյան ռեոլոգիայի և համորալ իմունիտետի ցուցանիշների դրական տեղաշարժ, արյան մեջ պարունակվող կարգավորիչ սարխոկոլոցների քանակի նվազում:

A. V. Vardanian, G. O. Bakunts, G. R. Martirosian

Hemosorption in Complex Therapy of Patients with Disorders of Cerebral Blood Circulation

The hemosorption in 51 patients with acute and chronic forms of cerebral blood circulation disorders has been carried out. It is shown that in postsorptive period the improvement of the clinical state, indices of lipid exchange, rheology of the blood and humoral immunity as well as the decrease of the cellular receptors' decay products in the blood are observed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жбанкова О. В. Дис. канд. М., 1984.
2. Климов А. Н. Иммунореактивность и атеросклероз. М., 1986.
3. Кричкова Л. В., Волков В. И., Топчий И. Ц. и др. Иммунология атеросклероза и ишемической болезни сердца. Томск, 1985.
4. Лопухин Ю. М., Молоденков М. Н. Гемосорбция. М., 1985.
5. Лопухин Ю. М., Шумаков В. И., Чумалин А. Г. и др. Клин. мед., 1982, 9, с. 38.
6. Насонов Е. Л., Дмитриев А. А., Петрова Г. Н. и др. Тер. арх., М., 1982, 7, с. 103.
7. Осипов С. Г., Чан Ги Ен. Мат. I респ. конф. молодых кардиологов Грузии. Тбилиси, 1984, с. 85.
8. Рахмедов Д., Осипов С. Г., Куценко А. И. и др. Сорбционные методы детоксикации и иммунокоррекции в хирургии. Ташкент, 1984.
9. Хашимов Х. А. Дис. докт. М., 1988.
10. Henneman H. Klin Wschr., 1977, 55, 533.
11. Khatrl B. Neurology, 1985, 35, 4, 814.
12. Lopes-Virella M. F., Virella G. Clin. Immunol. Immunopath., 1985, 37, 3, 377.
13. Nydegger U. E., Kazatchkine M. D., Lanpert P. H. Immunol., 4-th Int. Congr. Immunol., London, 1980, 1025.