

Summary

THE ROLE OF HYPOTHALAMIC-HYPOPHIS-CORTICOADRENAL SYSTEM IN ARTERIAL HYPERTENSION FORMATION AT MACHINISTS OF THE MAIN LOCOMOTIVES

Lutsky I.S., Ziablitsev S.V., Chernobrivtsev P.A.

At inspection of 160 machinists of the main locomotives which had the various experience of work, it has been shown that hypercorticism took place at the small experience of work (the first years) and at the experience more than 10 years. In the first years hypercorticism has been caused by activation of the hypothalamus (tertiary – stressogenus), and in the subsequent – hypophysis activation

(secondary) that could be connected with formation in CNS the generator of pathologically strengthened excitation and involving sympatho-adrenal system. This process could cause development of a proof arterial hypertension in this contingent of workers of the railway transportation.

Keywords: corticotropin-releasing-hormone, adrenocorticotrophic hormone, cortisol, corticosterone, arterial hypertension, chronic stress

Впервые поступила в редакцию 04.05.2012 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК: 614.2:616.89-008.441.13

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НООФЕНА В ЛЕЧЕНИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АНГИОДИСТОНИИ

Стоянов А.Н., Вастьянов Р.С., Кубарева Д.А., **Бакуменко И.К., *Кубарев А.В.

Одесский национальный медицинский университет;

**Одесская городская детская клиническая больница №3;*

***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»*

Приведены данные собственных наблюдений за подростками с синдромом вегетативной дистонии и связанных с ней моторными расстройствами. В комплексном лечении был применен Ноофен. Под влиянием лечения значительно улучшилось общее клиническое состояние пациентов, были устранены гиперкинетический синдром, а также усиленный физиологический тремор. По мнению авторов, применение Ноофена является патогенетически обусловленным при вегетативных дисфункциях и коморбидных моторных расстройствах. Ноофен вызывает вегетотропное, симпатиколитическое и адаптогенное воздействия, а также антипароксизмальный эффект.

Ключевые слова: подростки, церебральная ангиодистония, тремор, Ноофен, лечение

Введение

Синдром вегетативной дистонии (СВД) - обобщающий термин и по-разному трактуемое клиническое понятие. Основным патогенетическим механизмом СВД является дисбаланс вегетативной регуляции, дисфункция симпато-парасимпатических взаимоотношений с перманентным или пароксизмальным течением, имеющая генерализованный, преимущественно системный характер [1-3]. При этом нарушаются интегративные взаимосвязи между надсегментарными вегетативными структурами, что проявляется в виде эмоциональных, сенсо-моторных, эндокринно-висцеральных и др. расстройств, и, следствие этого, - явлениями дезадаптации.

Наиболее частым проявлением СВД является церебральная ангиодистония, которая может существенным образом детерминировать центральные отделы регуляции ВНС. Одними из наиболее важных в клинических проявлениях СВД являются моторные нарушения, что свидетельствует в пользу необходимости дополнительной коррекции двигательных расстройств в структуре СВД. Акцентирование внимания на элементах моторной системы в клинической нейровегетологии оправдано информативностью, возможностью объективизации ряда функциональных расстройств. Тремор (Т) часто является основным симптомом вегетативных дисфункций двигательной сферы [4], частым признаком вегетативной дисрегуляции [5] и выраженной лабильности ВНС [6].

Важным фактором лечебного воздействия на СВД с моторными расстройствами могут явиться препараты *i*-амино-*l*-фенилмасляной кислоты (Ноофен) вследствие оказанного центрального влияния на системную и церебральную гемодинамику, воздействий на метаболизм, нейротрансмиссию, вегетативную лабильность [7, 8].

Цель работы - оценка эффективности ноофена при СВД с моторными нарушениями.

Материал и методы исследования

Обследованы 45 лиц молодого возраста с церебральной ангиодистонией в структуре синдрома вегетативной дистонии. У всех обследованных больных с разной степенью превалирования отмечены симптомы двигательной возбудимости, усиленный (преимущественно стато-позный) физиологический тремор конечностей, у 31 пациента (68,9 %) постоянное или периодическое дрожание кистей определялось визуально и субъективно ощущалось. В момент т. н. «эмотивно-двигательных бурь» Т возникал всегда. Возрастной компонент достоверно не влиял на выраженность или субъективные ощущения дрожания. В половине наблюдений дрожательный гиперкинез не входил в структуру жалоб и субъективных переживаний пациентов.

Пациенты были разделены на 2 группы: больным основной группы (n=30), помимо базисной терапии, назначали ноофен по 250 мг 3 раза в день в течение трех недель. Пациентам контрольной группы (n=15) в комплексной терапии ноофен не использовали. Для коррекции моторных нейровегетативных расстройств в комплексную терапию, помимо ноофена, включали нейротропин, мильгамма, сермион, режимные мероприятия, лечебную физкультуру.

Для регистрации и оценки степени дрожания нами сконструирован электроконтактный датчик тремометра [9, 10], предложен тремографический индекс (ТИ) [11].

Полученные результаты обрабатывали статистически. Статистическую достоверность определяли при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний показатель ТИ у обследованных пациентов составил $1,45 \pm 0,14$ ед.. У пациентов с симпатикотонией исследуемый показатель был максимальным и составил $1,52 \pm 0,13$ ед. При относительном равновесии вегетативного тонуса ТИ был равен $1,46 \pm 0,13$ ед. Величина ТИ у ваготоников составила $1,32 \pm 0,12$ ед.

В результате проведенного лечения абсолютные показатели ТИ в обеих группах снизились, однако, не достигли показателей у здоровых испытуемых. При использовании ноофена в комплексном лечении подростков с СВД максимальными (в 1,3 раза по сравнению с исходными данными, зарегистрированными до начала лечения, $P < 0,05$) были изменения в основной группе. Исследуемые показатели ТИ у подростков контрольной группы не изменялись существенно вследствие лечения ($P > 0,05$).

В наибольшей степени - с $1,55 \pm 0,14$ ед. до $1,05 \pm 0,11$ ед. ($P < 0,01$) - снижение ТИ после проведенной терапии было достигнуто у подростков основной группы с исходной симпатикотонией. У подростков с исходной эйтонией исследуемые показатели до и после лечения составили $1,46 \pm 0,11$ ед. и $1,16 \pm 0,10$ ед., соответственно, что свидетельствует о существенном (на 20,5%, $P < 0,05$) снижении показателя ТИ.

У подростков контрольной группы в результате проведенного лечения была зарегистрирована тенденция к снижению ТИ - исследуемые показатели до и после лечения различались в среднем на 3,7 - 13,9 % ($P > 0,05$).

Таким образом, в результате проведенного комплекса клинических наблюдений у подростков с СВД были выявлены моторные нарушения в виде тремора (в т.ч. «*тремор доминантной руки*»). Выявленные показатели ТИ у обследованных пациентов указывают на выраженные воздействия со стороны ВНС на наличие и характеристики Т. Абсолютное повышение ТИ позволяет предполагать отклонения, нарастающие дезадаптационные тенденции моторных компонентов вследствие их перехода от возможных функциональных нарушений ЦНС в органические. При этом они не отличались существенно ($P > 0,05$) от ТИ у здоровых испытуемых.

Учитывая патогенетическую роль структур мозга в треморогенезе [6, 11-14], можно констатировать, что на интегральные показатели Т у обследованного контингента влияло функциональное состояние ВНС, зависящее в свою очередь от особенностей нейротрансмиссии, функциональной активности гипоталамических образований, части ретикулярной формации, экстрапирамидно-лимбических связей и др., а также возможные изменения в ЦНС, затрагивающие преимущественно фронтально-стриарные, церебелло-фронтальные пути, подкорковые нейронные круги и др. [6, 15].

Под влиянием проводимого лечения выявлено уменьшение симпатических влия-

ний на механизмы двигательной гиперактивности, треморогенеза - т.н. симпатолитическое действие препарата. У исходно хорошо адаптирующихся пациентов после проведенного лечения, также происходили изменения ТИ в сторону нормализации. Максимальный положительный эффект также был достигнут в случаях симпатической направленности ВТ. Следовательно, в клинических условиях подтверждены вегетотропный, преимущественно симпатиколитический, а также адаптогенный эффекты ноофена.

Известно более широкое распространение и/или усиление Т в случаях пароксизмального течения вегетативных дисфункций. При последующим за терапией купированием ВК, существенное снижение ТИ зарегистрировано в основной группе. В контрольной группе выявлена тенденция к снижению ТИ. Отмеченное можно рассматривать как антипароксизмальное действие в отношении к ВК, который характерен для транквилизаторов.

Положительный клинический эффект препарата возможно, связан с улучшением метаболизма, обеспеченностью нейромедиаторных процессов в структурах ЦНС и ВНС [7, 8, 13, 14, 16]. Известно, что ноофен является стимулятором выработки дофамина, усиливает дофаминергическую нейротрансмиссию, чему способствует наличие в молекуле препарата l-фенилэтилаланина – физиологического модулятора нейротрансмиссии [14]. Отмеченное в патогенетическом аспекте обуславливает целесообразность его применения при патологических состояниях, которые характеризуются дофаминергической недостаточностью.

Выявленные клинические эффекты препарата, в первую очередь, направлены на улучшение механизма «обратной связи» в корково-подкорковых нейрональных проекциях [6, 14, 15], усиление активности паллидо-стриарных, лимбико-ретикулярных образований и стволовых структур, что в совокупности непосредственно детерминирует возникновение и поддержание тремора и других гиперкинезов.

Выводы

1. Тремор - объективный признак вегетативных дисфункций, связанных с нарушением сосудистой регуляции, а также функциональной дезадаптации организма в подобных условиях.
2. Эффективность ноофена в комплексном лечении синдрома вегетативной дистонии подтверждена положительными клиническими результатами, оказывает корригирующие воздействия на состояние

вегетативной системы и основные звенья дрожательного гиперкинеза, что дает основание говорить о патогенетической целесообразности применения препарата в условиях данной патологии.

Литература

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 2000. - 752 с.
2. Вейн А.М. Синдром вегетативной дистонии // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1989. – Т. 89, Вып. 10. – С.13-19.
3. Путилина М.В. Лечение головокружений при вегетативных дисфункциях // Consilium Medicum. -2 2008. – Т. 10, № 7. – С 96-98.
4. Свид С. Особенности клиники и коррекция синдрома вегетативной дистонии у больных дисциркуляторной энцефалопатией / С. Свид. – Автореф. дис. ... к.мед.н. : Харьков, 1993. – 25 с.
5. Справочник по клинической невроvegetологии. /Под ред. В. А. Берсеньева, Г. П. Губы, О.А. Пятака. – К. : Здоров'я, 1990. –238 с.
6. Петелин Л. С. Экстрапирамидные гиперкинезы / Л. С. Петелин. - М. : Медицина, 1970. – 259 с.
7. Хайтович М.В. Порушення когнітивних функцій у дітей з вегетативними дисфункціями та їх корекція ноофеном / М. В. Хайтович // Педіатрія, акушерство і гінекологія. – 2000. - № 5. – С. 25-29.
8. Волчанский Е.И. Первый опыт клинического изучения влияния фенибута и амилнона на системное артериальное давление у детей с сосудистыми дистониями / Е. И. Волчанский // Труды Волгоградского ГМИ. – 1979. – Т. 31, Вып. 3. – С. 11-14.
9. А.С. 1695885 СССР. МКИ А 61 В 5/16, 5/11 Датчик тремора / Ю. Л. Курако, А. Н. Стоянов, В. Е. Волянский. - Оpubл. 7.12.91, Бюлл. №45.
10. Патент Украины 20160. МКИ А 61 В 5/10, 5/16. Датчик тремометра / Ю. Л. Курако, О. М. Стоянов. - Оpubл. 25.12.97, Бюлл. №6.
11. Курако Ю. Л. Тремор в клинической неврологии / Ю. Л. Курако, А. Н. Стоянов. – Одесса : ОГМУ, 2000. – 128 с.
12. Бобин С. М. Изменение показателей личностного статуса и статокинетической системы у больных вегетативными дисфункциями / С. М. Бобин, В. Р. Гоф-

- ман // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. - №9. – С. 11 - 16.
13. Курако Ю. Л. Треморогенез: погляд на проблему / Ю. Л. Курако, А. С. Сон, О. М. Стоянов // Интегративна антропология. – 2004, №2. – С. 51 - 54.
 14. Влияние курсового лечения ноофеном на двигательную активность, когнитивные функции и психоэмоциональное состояние у больных болезнью Паркинсона / [Карабань И.Н., Луханина Е.П., Мельник Н.А., Березецкая Н.М.] // Укр. вісник психоневрол. – 2000. – Т. 14, Вип. 1 (46). – С. 46-50.
 15. Орехова М. Г. Клиника, патогенез и лечение нарушений двигательной сферы у больных неврозоподобными состояниями / М. Г. Орехова. - Автореф. дис. ... д-ра мед. наук : К., 1991. –23 с.
 16. Волошин П. В. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга / П. В. Волошин, В. И. Тайцлин. - М. : МЕДпресс-информ, 2005. – С 346 - 348.

Резюме

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЗАСТОСУВАННЯ НООФЕНУ В ЛІКУВАННІ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ АНГІОДИСТОНІЇ

*Стоянов О.М., Вастьянов Р.С.,
Кубарева Д.О., **Бакуменко І.К.,
Кубарев О.В.

Наведені дані власних досліджень за підлітками з синдромом вегетативної дистонії та пов'язаних з нею моторними розладами. В комплексному лікуванні було застосовано

ноофен. Під впливом лікування значно покращився загальний клінічний стан пацієнтів, було усунуто гіперкінетичний синдром, а також посилений фізіологічний тремор. За думкою авторів, застосування ноофену є патогенетично обумовленим при вегетативних дисфункціях та коморбидних моторних розладах. Ноофен спричиняє вегетотропний, симпатиколітичний та адаптогенний впливи, а також антипароксизмальний ефект.

Ключові слова: підлітки, центральна ангіодистонія, тремор, ноофен, лікування

Summary

NOOPHEN EFFICACY PATHOGENETIC BACKGROUND IN CEREBRAL ANGIODYSTONIA TREATMENT

*Stoyanov A. N., Vastyanov R.S., Kubareva
D.A., Bakumenko I.K., Kubarev A.V.*

The original data of teenagers' clinical observations with vegetative dystonia and related motor disorders are given. Noophen was used in complex treatment. Under the therapy influence the patients' general clinical condition improved significantly, both the hyperkinetic syndrome and intensive physiological tremor were suppressed. Authors conclude about the pathogenetical background of therapy using noophen in patients with vegetative dysfunctions and related motor disorders. Noophen revealed vegetotropic, sympaticolytic and adaptative effects together with antiparoxysmal activity that resembles the same in tranquilizers in case of vegetative paroxysms treatment.

Key words: cerebral angiodystonia, tremor, teenagers, noophen, treatment

*Впервые поступила в редакцию 04.05.2012 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК:618.36-008-02:616.61-002.3

ВІВЧЕННЯ ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК З ПІЄЛОНЕФРИТОМ

Голубенко М.Ю.

Одеський національний медичний університет, кафедра акушерства та гінекології № 1

Обстежено 30 вагітних жінок з фізіологічним перебігом гестаційних процесів (група А), 30 (група Б-1) - з гестаційним гострим пієлонефритом, 30- (група Б-2) - з хронічним пієлонефритом у стадії ремісії, 30 (група Б-3) - з загостренням хронічного пієлонефриту. Вегето-судинна дистонія була у 100% групи Б-3, у 68,9% - Б-2 та у 38,9% - Б-1, аліментарне ожиріння - 42,2%, 26,7%, 21,1%, варикозна хвороба - 46,7%, 32,2%, 28,9%, захворювання шлунково-кишкового тракту - 36,2%, 22,2%, 18,9% відповідно. В тканинах плацент вміст кальцію у групі Б-1 був на 13,1%, у групі Б-2 - на 22,2%, у групі Б-3 - на 30,3% більшим, а заліза і цинку меншими на 17,5%, 18,0%, 20,9% та 13,6%, 15,1%, 18,6% відповідно. У групі Б-1 eNOS 4a/a визначено у 60,0%, у Б-2 - у 66,7%, у Б-3 - у 76,7% спостережень. У групі Б-1 частота GSTM1 0/0 складає 70,0%, у групі Б-2 -73,3%, у групі Б-3 - 77,1% випадків.