

тканин серця може сприяти розвитку атеросклеротичного процесу.

Дослідження, проведені у хворих з різним ступенем виразності хронічної коронарної недостатності, свідчать про пригнічення антиагрегаційної активності судин хворих уже на ранніх стадіях розвитку захворювання, прогресування захворювання супроводжується подальшим зниженням синтезу простагліну.

Одним з загально визначених заходів профілактики ішемічної хвороби серця є дозоване фізичне навантаження, як засіб для усунення одного з основних факторів ризику виникнення серцево-судинних захворювань — гіподипамії. Вивчення впливу дозованого фізичного навантаження на ряд параметрів організму показало високу ефективність цього фізіологічного заходу. Заняття призводять до посилення простагліносинтезуючих властивостей судинної стінки, підвищення активності біоантиоксидантів та антикоагулянтів. Це забезпечує захист організму не лише від порушень в судинах мікроциркуляції, але і від активації перекисного окислення ліпідів та тромбоутворення — процесів, що відіграють важливу роль в розвитку патології серцево-судинної системи.

Таким чином, отримані дані свідчать, що високий рівень антиагрегаційних властивостей тканин серця, відіграють важливу роль в попередженні ішемічного атеросклеротичного ураження і навпаки, — зниження антиагрегаційної активності сприяє цьому процесу в серці. Подібні реакції регулюються як рівнем перекисного окислення ліпідів в організмі, так і функціональним станом фізіологічної антиоксидантної системи.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Штомпель В.Ю.

В последние годы значительно возрос интерес к синдрому перекисного окисления липидов (ПОЛ), активация которого отмечена при ряде заболеваний, имеющих разную клинику и

патогенез. Усиление перекисной оксидации липидов наблюдается при ИБС (Бельченко Л.И., 1986; Дудаев В.А., 1990; Меерсон Ф.З., 1984; Belleville F., 1989). С состоянием ПОЛ связывают механизмы развития дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и позвоночника (Сабадышин Р.Н., 1988; Lippel H., 1988). Существуют факты, свидетельствующие об усилении липопероксидации в зависимости от сочетания ИБС с другими заболеваниями (Герасимец И.М., 1991; Кузьмина Е.И., 1988). Однако характер нарушений ПОЛ при ИБС, протекающей на фоне остеохондроза позвоночника, не изучен. Сочетание этих заболеваний является довольно распространенным в клинической практике и знание объединяющих их механизмов дает научное обоснование для проводимой терапии.

Цель работы — исследование процессов ПОЛ и антиоксидантной обеспеченности организма у больных ИБС с остеохондрозом позвоночника (ОП). Обследованы 27 больных стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов, 14 больных остеохондрозом шейно-верхнегрудного отдела позвоночника и 63 больных с сочетанием данных заболеваний в возрасте от 36 до 59 лет. Контрольную группу составили 13 здоровых людей, сопоставимых по возрасту. Проводили клиническое обследование, ЭКГ, велоэргометрию, рентгенографию позвоночника, а также изучали процессы ПОЛ. Определяли уровень перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ), концентрацию малонового диальдегида (МДА) эритроцитов, антиоксидантных ферментов крови — супероксиддисмутазы (СОД), церулоплазмينا (ЦП) и каталазный индекс (КИ). Определяли циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК) и иммуноглобулины классов А, М и G.

Нами выявлена активация процессов ПОЛ у больных ОП. Отмечено достоверное повышение уровня МДА и степени ПГЭ. Повышение прооксидантной активности организма больных ОП сопровождалось напряжением антиоксидантной защиты — достоверным увеличением в крови уровней антиоксидантных ферментов — ЦП, СОД ($p < 0.05$) и КИ ($p < 0.001$).

У больных ИБС также наблюдалась активация процессов ПОЛ — достоверное увеличение уровней МДА и ПГЭ ($p < 0.05$). Соответственно этому — возрастание КИ ($p < 0.01$), концентрации ЦП ($p < 0.001$) и СОД ($p < 0.01$). Наиболее выраженное изменение процессов ПОЛ выявлено у больных ИБС с

сопутствующим ОП. Отмечалось значительное увеличение уровня МДА и ПГЭ, что превышало таковой у больных ОП и ИБС в отдельности. Выраженное повышение прооксидантной активности организма при одновременном течении ИБС и ОП сопровождалось первоначально компенсаторным напряжением антиоксидантной системы, с последующим ее угнетением. У больных этой группы отмечалось повышение КИ, уровня ЦП и СОД. Однако, увеличение ЦП и СОД было выражено в меньшей степени, чем у больных ИБС без остеохондроза. Это можно связать с истощением антиоксидантной защиты при глубоких нарушениях процессов ПОЛ у больных с сочетанной патологией.

Поскольку свободные радикалы кислорода и его производные являются медиаторами и модуляторами воспалительных реакций, а роли иммунного воспаления при ОП уделяется важное значение (Антонов И.П., 1986), нами проведено исследование состояния гуморального иммунитета у 44 больных ИБС и ОП. При этом выявлено у больных ОП достоверное снижение уровня иммуноглобулинов М и G. Такая диссоциация показателей свидетельствует о хроническом течении остеохондроза и о его обострении. Отмечено также увеличение в крови больных ОП уровня ЦИК ($p < 0.001$). Циркуляцией иммунных комплексов обусловлен системный характер поражения хрящевой ткани межпозвонковых дисков.

У больных стенокардией статистически достоверных изменений показателей гуморального иммунитета не выявлено. Исследование концентрации иммуноглобулинов и ЦИК у больных ИБС, в сочетании с ОП показало такую же направленность, как и в группе больных ОП. Повышение в крови больных ОП уровня ЦИК, образованных специфическими антителами и аутоантигенами из поврежденных структур позвоночника, способствует развитию воспалительной асептической реакции.

При сопоставлении уровня ТБК-активных продуктов эритроцитов — МДА и ПГЭ с концентрацией ЦИК в разных группах исследованных больных нами обнаружено, что наиболее высокие показатели МДА и ПГЭ соответствуют более значительному повышению уровня ЦИК. Это в большей степени было характерно для больных ОП и при сочетании его с ИБС. Первичные и вторичные продукты ПОЛ, путем вазоконстрикторного действия на сосуды, усугубляют микроциркуляторные нарушения в области вертеброгенного патологического очага.

Таким образом, у больных ОП, как и у больных ИБС, наблюдается активация процессов свободнорадикального окисления липидов и компенсаторное напряжение антиоксидантной защиты организма. Наиболее выраженное повышение липопероксидации, потенцирующее иммунологические нарушения, выявлено у больных с параллельным течением ИБС и ОП. Это свидетельствует о важном значении свободнорадикального окисления в возникновении и прогрессировании ИБС и ОП, а также о необходимости его коррекции у больных с данной патологией.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДКА И ПЕЧЕНИ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Третьяк Г.Д.

Одним из важных вопросов теоретической и практической медицины является проблема заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) и тесно связанная с ней проблема недостаточности кровообращения (НК). Известно, что первое место среди всех заболеваний внутренних органов занимают болезни ССС такие как атеросклероз, ревматизм, гипертоническая болезнь и другие. Все эти заболевания при своем прогрессирующем течении, как правило, проявляются НК. Распространенность указанных заболеваний ССС, а также большой процент инвалидности от них и объясняют актуальность проблемы.

При нарушенной гемодинамике имеют место различной степени выраженности морфологические и функциональные изменения со стороны всех органов и систем организма человека, в том числе и со стороны органов системы пищеварения. Нарушаются все виды обмена веществ. В основе их патогенеза лежит циркуляторная гипоксия.

Проблема взаимозависимости между органами системы пищеварения как в норме, так и у больных с НК является одной из главных проблем как для физиологов, так и для патолога и клинициста.

Все это и побудило нас заняться комплексным исследованием функций желудка и печени у больных с НК. Мы изучали сек-