

Кочемас, І.І. (4)

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
"Українська медична стоматологічна академія"



ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

Том 7, Випуск 4 (20)

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ



Морфологічний корпус УМСА

Полтава 2007

Результати дослідження. Аналіз ендоскопічної картини виявив ряд достовірних відмінностей у двох групах. У хворих з ожирінням більш характерними були недостаточність кардії, ретроградний пролапс СО і ознаки грижі пищеводного отвору діафрагми (ГПОД) ($p < 0,05$). У осіб з нормальною масою тіла ознаки ГПОД і пролапса відсутні, але ознаки рефлюкс-езофагіту виявлялись в два рази частіше ($p < 0,05$). У хворих з ожирінням еритематозні зміни в кардіальному відділі шлунка виявлялись в 2 рази частіше, ніж в I групі (53,4% і 25,0%, відповідно). В обох групах частота виявлення атрофії в обох групах була порівнянимою, а еритематозні зміни в II групі реєструвались в 2,5 рази частіше, ніж в I групі (37,5% і 80,0%, відповідно) ($p < 0,05$). У всіх пацієнтів II групи (100,0%) виявлялись виражена атрофія і еритематозні зміни СО антрального відділу. В I групі ці дані склали 75,0% і 87,5%, відповідно. Зміни СО шлунка у 25,0% хворих I групи виявлялись на фоні рубцово-язвеної деформації шлунка, тоді як в II групі таких змін не виявлено ні у одного пацієнта.

Висновки. Наявність ДГР у хворих з ожирінням супроводжується більш частими атрофічними і еритематозними змінами СО шлунка, ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла, з порівнянимою частотою їх виявлення в антральному відділі.

У роботі використані матеріали відділення діагностики, зав. відділенням д.мед.н. Майкова Т. П. відділу біохімії, зав. відділом, к.б.н. Домашнева Н. А.

УДК 616-008.9:616.127-007.61

ГІПЕРТРОФІЯ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Маркіна К. В.

Одеський державний медичний університет, м. Одеса

Вивчали індекс маси міокарда лівого шлуночка у 50 пацієнтів з метаболічним синдромом при різних рівнях тиреоїдних, глюкокортикоїдних та мінералокортикоїдних гормонів.

Діагноз метаболічного синдрому ставили на основі критеріїв Міжнародної Діабетичної Федерації (2005 р.). Індекс маси міокарда лівого шлуночка (ІММЛШ) визначали шляхом ділення маси міокарда лівого шлуночка, значення якої одержували при двохмірному ультразвуковому дослідженні, на площу тіла. Рівень тиреоїдних, глюкокортикоїдних та мінералокортикоїдних гормонів визначали імунофлуориметричним хемілюмінесцентним методом з використанням апарату та реактивів фірми "Roche".

При аналізі одержаних результатів виявлено, що найвищий рівень ІММЛШ ($122 \pm 5,6 \text{ г/м}^2$) був у хворих при наявності вмісту альдостерону на рівні верхніх 25 перцентилів, при цьому при вмісті альдостерону на рівні нижніх 25 перцентилів ІММЛШ був достовірно нижчим ($99 \pm 5,0 \text{ г/м}^2$). ІММЛШ у хворих з рівнем гідрокортизону та тироксину на рівні верхніх 25 перцентилів був достовірно нижчим ($97 \pm 4,9$ та $98 \pm 4,9 \text{ г/м}^2$ відповідно), ніж у хворих з високим рівнем альдостерону.

Вивчення коефіцієнтів кореляції між рівнем артеріального тиску, рівнем гормонів та ІММЛШ показало, що коефіцієнт кореляції між рівнем гідрокортизону, тироксину та ІММЛШ з урахуванням рівня артеріального тиску нижчий, ніж між рівнем альдостерону та ІММЛШ.

Таким чином, альдостерон є менш залежним від рівня артеріального тиску чинником гіпертрофії міокарда, що в свою чергу, є фактором ризику судинних катастроф та серцевої недостатності.

УДК: 616.61-073.612.38

ОЦІНКА ТРАНСПОРТНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНОЇ МЕМБРАНИ У ХВОРИХ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ЗАМІСНУ НИРКОВУ ТЕРАПІЮ ПЕРИТОНЕАЛЬНИМ ДІАЛІЗОМ

Могильник А. І.

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Судинна стінка - найважливіший бар'єр обмежуючий транспорт речовин при перитонеальному діалізі. Отже, дослідження перитонеального транспорту речовин головним чином відображують стан судинної частини перитонеальної мембрани. Дифузія - найважливіший механізм транспорту речовин під час перитонеального діалізу. Транспорт речовин через капілярну стінку здійснюється через систему пор. Малі пори з радіусом 40-50 Å є самими численними. Вони забезпечують транспорт низькомолекулярних розчинених речовин, таких як сечовина і креатинін (радіусом 2-3 Å). Великі пори (менше 0,1 % від загальної кількості пор), радіусом більше 150 Å забезпечують транскапілярний транспорт макромолекул, таких як плазмові білки. Малі і великі пори відповідальні за селективність перитонеального транспорту речовин за молекулярною масою. Ця селективність може бути виражена як коефіцієнт обмеження або "коефіцієнт просівання".

Глюкоза - низькомолекулярна речовина, що легко дифундує через маленькі пори. Її абсорбція т

-за чотиригодинних обмінів в середньому 60-70%. Парадокс, що глюкоза - усе ще ефективний осмотичний засіб, може бути пояснений наявністю водного транспорту через ультрамалі (радіусом $<5\text{\AA}$) трансцелюлярні пори (аквалорини), що дозволяють тільки транспорт води, а не розчинених речовин та електролітів.

Широко використовуваний тест перитонеальної рівноваги (PET) з 2,27 % діалізічним розчином глюкози надає недостатньо інформації в його загальноприйнятій формі. Параметри, що досліджуються, відносяться до транспорту низькомолекулярних речовин і надають інформацію тільки щодо площі ефективною судинної поверхні, тобто кількості перфузуючих перитонеальних мікросудин. На базі нефрологічного центру Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського ми використовуємо PET-тест з 3,86 % діалізічним розчином глюкози замість стандартного 2,27 %, тому що це надає додаткову інформацію про глюкозоіндуковану ультрафільтрацію. Тест із 3,86% розчином можна рекомендувати для використання з метою виявлення, як причини недостатньої ультрафільтрації, недостатнього числа або функції ультрапор у перитонеальній мембрані за допомогою порівняння концентрації натрію у діалізаті з плазмою. 2,27% розчин створює недостатній осмотичний градієнт для одержання такої інформації. При дисфункції ультрапор (аквалоринів) водний транспорт знижується, а натрій діалізату підвищується, тому що переміщення натрію не страждає. Для встановлення діагнозу вимірюється натрій діалізату і плазми через 60 хвилин після заливання 2 літрів 1,5% глюкози і 3,86% глюкози. У нормі градієнт концентрації натрію між плазмою і діалізатом як мінімум на 5 ммоль/л вище при використанні 3,86% розчину через значне просівання натрію через аквалорини, але якщо їхня кількість знижена або мається їх дисфункція, градієнт може скласти менш 5 ммоль/л.

Тому, з метою отримання більш повних даних про трансперитонеальний транспорт, особливо показники ультрафільтрації, можна рекомендувати використання 3,86% діалізуючого розчину глюкози, як стандартного, для виконання тесту перитонеальної рівноваги у хворих отримуючих замісну ниркову терапію перитонеальним діалізом.

УДК 616.831.31:616.832-002.1-031.13

ОЦІНКА ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ РОЗСІЯНИЙ ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТ

Мяловицька О.А., Лобанова І.С.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця місто Київ, Україна

Клінічна картина гострого розсіяного енцефаломієліту (ГРЕМ) характеризується не лише широким спектром неврологічних порушень, але й розладами вищих кіркових функцій. Розлади вищих пізнавальних функцій досить часто залишаються непоміченими під час рутинного обстеження хворих, саме тому використання спеціалізованих нейропсихологічних тестів дає можливість своєчасно діагностувати когнітивні порушення у пацієнтів з ГРЕМ.

Ми оцінювали стан когнітивних функцій у 25 хворих на ГРЕМ (основна група) під час виконання ними нейропсихологічних тестів, що вимагають напруження різних вищих психічних пізнавальних функцій. Обстежили також 22 здорові особи (контрольна група), які були порівняні за демографічними показниками з пацієнтами основної клінічної групи. Пацієнти обох клінічних груп виконували однакові нейропсихологічні тести (методика "пам'ять на числа" та "пам'ять на слова", методика заучування 10 слів, "числові ряди", тестування за допомогою таблиць Шульте), які давали змогу оцінити негайну та відстрочену пам'ять, різні параметри уваги, розумової працездатності та швидкість обробки інформації.

Результати нейропсихологічних тестів, підтверджені статистично з використанням критерію Стьюдента для двох незалежних виборок, засвідчили, що хворі з ГРЕМ виконували тести, спрямовані на дослідження когнітивних функцій значно гірше порівняно зі здоровими особами (контроль). У хворих на ГРЕМ спостерігалось зниження об'єму короткочасної та довготривалої зорової (відповідно $7,32 \pm 0,63$ (основна група) і $13,6 \pm 0,49$ (контрольна група), $p < 0,001$, і $2,64 \pm 0,44$ (основна група), $9,3 \pm 0,54$ (контрольна група), $p < 0,001$) і слухової пам'яті (відповідно $4,44 \pm 0,29$ (основна група) і $57,2 \pm 0,8$ (контрольна група), $p < 0,001$, і $1,16 \pm 0,23$ (основна група) $3,45 \pm 0,11$ (контрольна група), $p < 0,001$) за даними методик "пам'ять на числа" і "пам'ять на слова". Спостерігалось зниження об'єму короткочасної пам'яті та уваги за даними тесту заучування 10 слів ($34,6 \pm 1,5$ порівняно з контролем $42,7 \pm 1$, $p < 0,001$), а також зниження швидкості сенсомоторних реакцій, розумової працездатності, об'єму активної уваги за даними тестування з використанням таблиць Шульте (загальний час $256,24 \pm 25,9$, порівняно з контролем $194 \pm 7,15$, $p < 0,05$).

Таким чином, проведені дослідження інтелектуально – мнестичних функцій дозволили виявити когнітивні розлади у хворих на гострий розсіяний енцефаломієліт. Виявлені деякі розлади вищих кіркових функцій потребують терапевтичної корекції за умови проведення лікувально – реабілітаційних заходів у хворих на гострий розсіяний енцефаломієліт, що призведе до покращення якості життя пацієнтів.