МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ' Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ №2
УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ХАРКІВСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ

Обласна науково-практична конференція

„ПРОБЛЕМИ ІНТЕРНІСТИКИ: МИНУЛЕ, СЬОГОДЕННЯ, МАЙБУТНЄ"

Харків, 15 жовтня 2008 г.

Тези доповідей
Матеріали науково-практичної конференції

Харків, 2008

чергу є фактором прогресування захворювання, тому потребує своєчасної корекції. Для цього частіше всього використовують статини.

Обстежено 20 хворих на ЦД II типу, ДН, ХНН II ст., які лікувались в обласній клінічній лікарні м. Харкова. Дослідження ліпідів в сироватці крові хворих проводилось біохімічним та імуноферментним методами. Статистична обробка даних проводилась згідно критеріїв Стьюдента. Контрольну групу склали 20 здорових донорів. Аналіз одержаних даних виявив підвищення вмісту в сироватці крові хворих таких показників, як загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ), коефіцієнту атерогенності (КА). Відмічена тенденція зниження вмісту холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ). Виявлена ДЛ наближається до IV типу ліпідемій.

Корекція ДЛ проводилась призначенням препарату Аторіс (аторвостатини) 20 мг на добу протягом одного місяця.

Після лікування спостерігалась позитивна динаміка показників, яка полягала в зниженні вмісту в сироватці крові хворих ЗХС, ТГ, ХС ЛПНЩ, КА та тенденції підвищення вмісту ХС ЛПВЩ. Дані представлені в таблиці.

Показники вмісту ліпідів в сироватці крові хворих на ЦД, ДН, ХНН II ст.

(M±m)

Показники	Контрольна група n=20	Хворі n=20	
		До лікування	Після лікування
ЗХС ммоль/ л	5,18 ± 0,34	6,94 ± 0,17 *	5,91± 0,12 * *
ТГ ммоль/л	1,35± 0,08	3,05 ±0,11 *	1,51 ±0,55 **
ХС ЛПНЩ ммоль/л	3,37± 0,77	4,94± 0,14 *	3,4 ±0,77 **
КА од	3,84± 0,17	5,09± 0,16 *	3,94 ±0,17 **

Примітка:* p<0, 05 порівняно з контролем

**p< 0,05 порівняно груп до та після лікування.

Таким чином, ДЛ, виявлена у хворих на ЦД II типу, ДН, ХНН Іст. піддається корекції препаратом Аторіс із групи аторвостатинів.

ДІАГНОСТИКА ПРОЦЕСІВ СУДИННОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Могильник А.І.

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Останнім часом доведено, що хворі з хронічною хворобою нирок мають підвищений ризик розвитку кардіоваскулярних ускладнень і частота їх виявлень в 15-20 разів перевищує таку в загальній популяції. В патогенезі та клініці цих ускладнень одним з найважливіших аспектів вважається порушення функції судинного ендотелію та процеси судинного ремоделювання.

На теперішній час з метою оцінки функції ендотелію та процесів судинного ремоделювання найчастіше використовуються ультразвукові, доплерографічні та сфігмоманометричні методи дослідження.

Нами, на базі Нефрологічного центру Полтавської обласної клінічної лікарні використовується фотоплетизмографічний (ФПГ) метод аналізу об'ємної пульсової хвилі за допомогою кардіомонітора UTAS UM 300 із пульсоксиметром, який дає змогу фіксувати ФПГ хвилю на екрані монітора та вести роздрук отриманих показників.

Швидкість розповсюдження пульсової хвилі залежить від еластичності судини, товщини його стінки, діаметру та щільності крові. Зі зростанням жорсткості судини швидкість пульсової хвилі збільшується.

Контур об'ємної пульсової хвилі формується в результаті накладання один на одного двох пульсових піків, перший з яких утворюється за рахунок прямої систолічної хвилі, а другий – за рахунок відбитої. Інтенсивність відбиття визначається тонусом дрібних м'язових артерій.

Для оцінки вираженості відбитої хвилі використовується показник - індекс відбиття (ІВ), що є відношенням амплітуди відбитої хвилі, до амплітуди прямої хвилі, виражене у відсотках. Для характеристики розповсюдження пульсової хвилі визначається спеціальний показник - індекс жорсткості (ІЖ), як відношення зросту обстежуваного пацієнта до часу відбиття пульсової хвилі. ІЖ визначається швидкістю розповсюдження пульсової хвилі, чим більш ригідна судина, тим менше час відбиття, тим більше ІЖ.

Таким чином, контур периферичної об'ємної пульсової хвилі, отриманий за допомогою пальцьової фотоплетизмографії, визначається головним чином характеристиками великого кола кровообігу, швидкістю розповсюдження хвилі тиску в аорті та крупних еластичних артеріях, а також тонусом дрібних артерій від якого залежить індекс відбиття.

Аналіз контура пальцьової об'ємної пульсової хвилі є простим неінвазивним методом скринінгової діагностики чинників ризику серцево-судинних ускладнень, і оцінки функції ендотелію у пацієнтів з хронічною хворобою нирок. Показник ФПГ, індекс жорсткості може застосовуватися для оцінки вікових змін еластичності судин у здорових пацієнтів і процесів судинного ремоделювання у хворих з серцево-судинними та іншими захворюваннями Динамічне спостереження хворих дозволяє судити про ефективність лікування, що проводиться, та поліпшення функції судинного ендотелію.

КОРРЕКЦИЯ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Моргулис М.В.

Харьковский национальный медицинский университет

Цель: разработка путей коррекции нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы (ПЖ) у больных с ПХЭС.

Материалы и методы: обследовано 28 больных с ПХЭС, проявлением которого являлся хронический панкреатит (ХП) с внешнесекреторной недостаточностью ПЖ. Обследование проводилось при поступлении в стационар, при выписке больного и через 2 месяца.

Всем пациентам проводили общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ); оценку внешнесекреторной функции ПЖ по содержанию панкреатической эластазы-1 в кале.

Результаты и их обсуждение: клиническая оценка показала, что с наибольшей частотой регистрировались болевой и нижнедиспепсический синдромы. По результатам эластазного теста больные были распределены по группам в соответствии с тяжестью экзокринной недостаточности ПЖ. Легкая степень наблюдалась у 11 пациентов (1-я группа), среднетяжелая - имела место у 17 больных (2-я группа). Данные УЗИ свидетельствовали о наличии признаков фибротизации ткани ПЖ различной выраженности.

Нами были разработаны схемы лечения с учетом выраженности внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Так, в обеих группах больных назначали мебеверин и холивер, учитывая что сложный состав последнего обеспечивает многонаправленность действия. Так, экстракт желчи способствует эмульгации жиров, стимулируя панкреатическую липазу; экстракт артишока обладает холеретическим действием, куркума - рефлекторно стимулирует кислотопродукцию в желудке и экскреторную