

АДИПОЦИТОКИНОВАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Гопций Е.В. (асс. кафедры внутренней медицины №1 ХНМУ)

Буряковская Е.А. (младший научный сотрудник отдела комплексного снижения риска хронических неинфекционных заболеваний ГУ «НИТ им. Л.Т. Малой НАМНУ» Кафедра внутренней медицины №1 (зав. каф. – проф. Бабак О.Я)

Научный руководитель: проф. Бабак О.Я

Цель исследования: Изучение изменений уровня лептина, фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), индекса инсулинорезистентности у больных артериальной гипертензией (АГ) с неалкогольной жировой болезнью печени (НАЖБП) в зависимости от наличия абдоминального ожирения (АО). Материал и методы исследования: Обследовано 103 пациента АГ с НАЖБП (средний возраст $53,87 \pm 4,92$ лет). НАЖБП определяли при помощи ультразвукового исследования. Уровень лептина, инсулина, ФНО- α определяли иммуноферментным методом. Индекс ИР (индекс НОМА) рассчитывали по формуле. Характер распределения жировой ткани оценивался при помощи показателя объема талии. Всех пациентов разделили на 2 группы: 1-я – 36 пациентов АГ с НАЖБП без АО, 2-я – 87 гипертензивных пациентов с НАЖБП с наличием АО. Результаты и их обсуждение: Установлено, что у пациентов АГ с НАЖБП с наличием АО уровень лептина, ФНО- α и индекс НОМА (лептин $12,73 \pm 0,82$ нг/мл, у женщин $12,94 \pm 0,99$ нг/мл, у мужчин $11,98 \pm 1,23$ нг/мл; ФНО- α $8,40 \pm 0,44$ пг/мл; индекс НОМА $4,09 \pm 0,49$ усл.ел.) был достоверно выше по сравнению с гипертензивными пациентами с НАЖБП без АО (лептин $6,66 \pm 0,48$ нг/мл, у женщин $6,25 \pm 1,19$ нг/мл, у мужчин $6,78 \pm 0,53$ нг/мл; ФНО- α $5,31 \pm 0,37$ пг/мл; индекс НОМА $2,0 \pm 0,22$ усл.ел.). У пациентов АГ с НАЖБП с наличием АО выявлена положительная корреляция между уровнем лептина и ФНО- α ($R=0,48$, $p=0,001$), индексом НОМА ($R=0,35$, $p=0,001$), между ФНО- α и индексом НОМА ($R=0,52$, $p=0,001$). Выводы: Установлено, что у пациентов артериальной гипертензией с НАЖБП с наличием абдоминального ожирения уровень лептина, ФНО- α и индекс инсулинорезистентности достоверно увеличился по сравнению с гипертензивными пациентами с НАЖБП без абдоминального ожирения.

ДИАГНОСТИКА «ОБЪЕМЗАВИСИМОЙ» ФОРМЫ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ЦИРКАДИАННОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Григорец Д.К., резидент медсестринства ВМО, Плеш И.А., ВУЗУ БГМУ

Кафедра ухода за больными и ВМО (зав. каф. - проф. Плеш И.А.)

Научный руководитель: проф. Плеш И.А.

Цель исследования: Определить соотношение «объемзависимых» вариантов у больных с эссенциальной гипертензией II стадии в зависимости от циркадианного ритма АД. Материал и методы исследования: Комплексно обследовано 56 больных с эссенциальной гипертензией (ЭГ) II ст. со II- III степенью повышения АД с использованием суточного мониторирования АД (СМАД) на аппаратном комплексе «Solvaig» (Украина) и отдельных показателей водно-солевого обмена: концентрации ионов Na^+ и K^+ в плазме крови и в моче, используя ионселективные электроды аппарата «SINO-005» (КНР). Среди обследованных – 34 мужчины и 22 женщины. Средний возраст обследованных – $53,2 \pm 2,32$ года. Средний уровень АД до обследования в общем по группе составил: САД – $162,3 \pm 2,85$; ДАД – $103,8 \pm 1,92$ (мм рт. ст.). В группу обследованных не включали больных со вторичными артериальными гипертензиями, сахарным диабетом, онкозаболеваниями, заболеваниями печени, инфекционными заболеваниями. Результаты и их обсуждение: Установлено, что по данным СМАД среднесуточные уровни АД значительно отличались от определенных при случайном измерении. В общем по группе больных среднесуточное системное АД составило: систолическое $144,2 \pm 2,11$ мм рт. ст., диастолическое – $82,2 \pm 1,68$ мм рт. ст. Среди обследованных больных у большинства определяли пониженный уровень суточного индекса (СИ). У 32 (57,1%) больных СИ был ниже 10%. По профилю СМАД больные распределены следующим образом: Diper (D) – 24 (42,9%); Non diper (ND) – 25 (44,6%) и Night picker (NP) – 7 (12,5%). Таким образом среди обследованных больных с ЭГ II стадии у 2/3 выявлен низкий уровень СИ. При определении у этих больных показателя среднего гемодинамического АД (СДДсут) выявлено, что в группе «D» - его величина была минимальной, а у «ND» и «NP» прогрессирующе нарастала в обратной зависимости от показателя СИ: $101,8 \pm 1,29$; $105,1 \pm 2,03$; $108,3 \pm 1,96$ ($p_1 - p_3 < 0,05$). При этом суточная экскреция натрия с мочой (Э Na^+ сут.) у больных с ЭГ II ст. снижалась в прямой зависимости от СИ, соответственно: «D» - $169,8 \pm 2,13$, «ND» - $162,3 \pm 1,89$; «NP» - $159,2 \pm 1,93$ (ммоль/сут.). Коэффициент прерсорного натрийуреза (КПН) (соотношение Э Na^+ сут. к СДДсут.) у этих групп больных составил: «D» - $1,69 \pm 0,11$, «ND» - $1,54 \pm 0,08$; «NP» - $1,42 \pm 0,10$ ($p_1 - p_3 < 0,05$). У нормотензивных больных этот показатель выше 1,5. Выводы: Таким образом, у около 60% обследованных нами больных с ЭГ II ст. выявлен низкий систолический индекс, что свидетельствует о прогрессировании заболевания и стабилизацию высокого АД в активном и пассивном периоде суток. Среди «не дипперов» встречаемость больных с нарушенным физиологическим механизмом «давление – натрийдиурез» выше чем у «дипперов», что свидетельствует о нарастании их количества с «объемзависимым» вариантом и с относительной резистентностью к антигипертензивному лечению. Выявленные изменения суточного профиля АД и КПН дают основания к обязательному использованию в лечении у них диуретической комбинированной и оптимальной терапии.

ВЛИЯНИЕ ГОРЕЧАВКИ ЖЕЛТОЙ (GENTIANA LUTEA) НА СЕКРЕТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ

Григорец Д.К., магистр медсестринства кафедры ухода за больными и ВМО,

Гайдуков В.А. ВУЗУ БГМУ

Кафедра ухода за больными и ВМО (зав. каф. - проф. Плеш И.А.)

Научный руководитель: доц. Гайдуков В.А.

Цель исследования: изучить влияние горечавки желтой (ГЖ) на секреторную функцию желудка и способ применения препарата при измененной кислотообразующей функции желудка. Материал и методы исследования: обследовано 74 больных. На без медикаментозном фоне использовали корень горечавки желтой в виде спиртовой (50%) настойки (1:5) по 30 капель на 60 мл теплой дистиллированной воды. Кислотообразующую функцию желудка изучали методом интрагастральной микрозондовой рН-метрии, а морфологические изменения слизистой желудка - с помощью гастродуоденофиброскопии с прицельной биопсией на уровне тела и антрального отдела желудка. Во время фармакологической пробы исследовали латентный период, период нарастания действия ГЖ, период плато, общую продолжительность действия препарата. Результаты и их обсуждение: прием ГЖ вызывал статистически достоверный сдвиг рН в кислую зону на уровне тела желудка при начальной нормоацидности и умеренной пониженной интенсивности кислотообразования. Усиление кислотостимулирующего эффекта наблюдали у больных с умеренной селективной гипоацидностью, меньшей – с абсолютной и субтотальной. У 86% больных прием настойки ГЖ стимулировал желудочное кислотообразование независимо от показателей базального рН. У 10 пациентов не отмечали подобной реакции, что было связано с наличием атрофических изменений слизистой оболочки желудка и выраженной гистаминорезистентной гипохлоргидрией. Выводы: Полученные данные указывают на необходимость дифференцированного подхода к времени приема ГЖ: при гипоацидности – за 40 минут. до еды, при нормоацидности – за 20 мин. до еды,