

приводил к небольшому увеличению ХСЛПВП (до $1,27 \pm 0,04$ ммоль/л). У больных II-й группы эти показатели, составили соответственно: $4,83 \pm 0,21$; $2,3 \pm 0,18$; $1,55 \pm 0,12$ ммоль/л и приводил к небольшому увеличению ХСЛПВП ($1,18 \pm 0,04$ ммоль/л). Содержание СРБ и Ф под действием аторвастатина уменьшилось до $5,4 \pm 1,1$ мг/л и $340,2 \pm 60,5$ мг/дл, а под влиянием розувастатина эти показатели также уменьшились до $4,6 \pm 2,8$ мг/л и до $336,5 \pm 61,5$ мг/дл. Несмотря на почти нормальный показатель фракции выброса (ФВ) с сохраненной систолической функцией ЛЖ, многие показатели трансмитрального кровотока отличались от таковых у здоровых, определялись нарушения диастолической функции ЛЖ. У больных, принимавших аторвастатин ФВ ЛЖ после лечения составила – 55,5%, масса миокарда ЛЖ – 210 г; толщина задней стенки ЛЖ – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки – 1,1 см, конечно-диастолический размер ЛЖ – 5,3 см; конечно-систолический размер ЛЖ – 3,3 см; конечно-диастолический объем – 124 мл; конечно-систолический объем – 57,5 мл. Эти же данные у больных, получавших розувастатин составили, соответственно: 61,5%; 181,5 г; 1,05 см; 1,05 см; 4,9 см; 3,15 см; 119 мл; 49,5 мл. Аторвастатин уменьшил ударный объем (УО) до 82,5 мл, а розувастатин до 77,5 мл. При этом под влиянием аторвастатина после лечения скорость раннего наполнения ЛЖ (пик Е) 0,65 м/сек, скорость диастолического наполнения в период систолы левого предсердия – ЛП (пик А) – 0,68 м/сек, отношение скоростных характеристик (Е/А) – 0,95; время изоволюмического расслабления ЛЖ – 96 м/сек; время замедления скорости раннего наполнения – 210,5 м/сек. Эти же показатели пациентов под влиянием розувастатина составили, соответственно: 0,76 м/сек; 0,7 м/сек; 1,08 мс; 142,5; 208 мс. После лечения данные ЭХОКГ и доплер-ЭХОКГ улучшились, особенно у пациентов с более высоким ФК стенокардии. Выводы: Включение статинов в терапию пациентов с ИБС оказывает благоприятный эффект на показатели липидного обмена, параметры ЭХОКГ с доплером, что благоприятно сказывается на общем состоянии больных и повышает их качество жизни пациентов данной категории.

ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТАДИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ДИУРЕТИКОВ

Шваб А.Н., клинический ординатор, Плеш И.А.

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

Научный руководитель: проф. Плеш И.А.)

Цель исследования: Оптимизировать дозу диуретиков в антигипертензивном (АГ) лечении больных с эссенциальной гипертензией II стадии. Материал и методы исследования: Обследовали 46 больных с эссенциальной гипертензией (ЭГ) II ст. (ВООЗ, 2013). Средний возраст составил $53,2 \pm 2,89$ года. Распределение по полу: мужчины-29, женщины-17; Среднее АД по группе составило: САД- $162,8 \pm 2,12$; ДАД- $101,2 \pm 1,89$ (мм рт.ст.). Всем больным проводили суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием аппаратного комплекса украинской фирмы «Solvaig» с определением основных параметров, в т.ч. и среднего за сутки среднечасового АД (СДД). Согласно цели исследования, кроме общеклинических обследований, определяли суточный диурез и суточную экскрецию ионов Na^+ с использованием электрометрического способа с ионселективными электродами на аппарате «SINO-005» (КНР). Результаты и их обсуждение: Среднесуточное АД в общем в группе обследованных по данным СМАД составило: САД- $142,3 \pm 1,08$; ДАД- $83,1 \pm 0,78$ (мм рт.ст.). Используя формулу Хикема, автоматически рассчитывали среднее за сутки СДД по данным СМАД. По группе обследованных больных СДД составило $102,3 \pm 0,54$ (мм рт.ст.). По данным суточного диуреза и экскреции ионов натрия (ЭNa^+ сут.) средние показатели становили 1284 ± 122 мл. и $162,8 \pm 26,8$ ммоль/сут. Соотношение ЭNa^+ сут. к СДД соответствовало показателю физиологического механизма с участием почек – «давление-натрийурез» или коэффициента «прессорного» натрийуреза (КПН). Из предыдущих наших исследований рассчитанный коэффициент прессорного натрийуреза (КПН) у нормотензивных (контрольных) пациентов сопоставимых по возрасту и полу колебался от 1,6 до 1,9. По данным нашего текущего исследования КПН составил $1,49 \pm 0,22$; Таким образом у значительной части больных 29 (62%) физиологический механизм прессорного натрийуреза или иными словами «давление-натрийурез» несколько извращен и свидетельствует об несоответствии уровню системного АД к величине диуреза и эквивалентного натрийуреза. Все обследованы нами больные получали комбинированную АГ-терапию с использованием диуретиков. Как следствие, у большинства леченных доза диуретика - явно не адекватная, соответственно эффективность лечения - не достаточная. Нами предлагается диагностически-лечебный критерий с использованием КПН для коррекции дозы диуретика с критерием КПН $> 1,5$. У большинства больных с относительной резистентностью к АГ-терапии с повышением дозы диуретика (например гидрохлортиазида на 12,5 мг и КПН $> 1,5$) наблюдалась положительная АГ-динамика и улучшение самочувствия больных. Важным моментом является и передозировка диуретика, когда его доза назначается произвольно без контроля КПН и при длительном лечении может вызвать побочные явления (сахарный диабет, гиперурикемия, нарушение ритма сердца, мочекаменный диатез и др.) Выводы: Использование диагностически-контролирующего теста с расчётом КПН $> 1,5$ (1,6-1,9) позволяет определять и контролировать оптимальную дозу диуретика в АГ-лечении больных с ЭГ II ст. при длительном их назначении.

ПОСТОЯННЫЙ ТОК В МЕДИЦИНЕ. ГАЛЬВАНИЗАЦИЯ, ЛЕЧЕБНЫЙ ЭЛЕКТРОФОРЕЗ

Шинкура Л.М., ВГУЗ БГМУ

Кафедра биологической физики и медицинской информатики (зав. каф. – д.ф.н. Федив В.И.)

Физическая сторона действия электрических полей на живой организм сводится к взаимодействию с электрическим полем клетки, к поляризации как отдельных молекул, так и тканей, к индуцированию на поверхности тела электрических зарядов, и в проводящих микротоки тканях. Постоянный электрический ток при воздействии на человека может вызвать как полезное, так и вредное воздействие. Полезное действие связано с раздражением ткани и введением различных лекарственных веществ в организм человека. Гальванизация - это применение с лечебной целью постоянного электрического тока малой силы (до 50 мА) и низкого напряжения (30-80 В) контактным методом. Медикаментозный электрофорез - это метод введения в организм ионов лекарственных веществ с помощью постоянного тока, причем лекарственное вещество вводится обязательно с того полюса, зарядом которого оно обладает. Следует заметить, что медикаментозный электрофорез существенно отличается как от гальванизации, так и от обычных фармакотерапевтических методик. Он сочетает в себе преимущества и особенности каждого из них. Главной особенностью электрофореза является то, что лекарственные препараты в организме действуют на фоне изменений, вызванных постоянным током. Поэтому специфическое и терапевтическое действие введенных с помощью электрофореза лекарственных препаратов проявляется сильнее, чем при обычном введении тех же лекарств. Для характеристики гальванизации и электрофореза вводятся следующие параметры: сила тока, плотность тока. Плотность тока измеряется в А/м², но на практике используют мА/см². При проведении процедур гальванизации и электрофореза плотность тока не должна превышать значение 0,1 мА/см², так как при росте плотности тока начинает возрастать тепловой эффект в теле человека, а это недопустимо. Первичное действие гальванизации и электрофореза приводит к перераспределению ионов в клетке и в межклеточном пространстве, изменению концентрации ионов, изменению проницаемости мембраны для различных ионов, возникновению поляризационных эффектов. Введенные с помощью медикаментозного электрофореза лекарственные вещества будут более эффективно действовать на больного, чем при непосредственном приеме лекарств внутрь