

Матеріали та методи: обстежено 102 хворих з АГ віком $54,92 \pm 9,95$ років. Всі пацієнти пройшли клінічне обстеження, проведена оцінка вуглеводного і ліпідного обмінів та рівнів ліпопротеїнів А-І і В (Апо В і А-І).

Результати: Хворі на АГ з наявністю АО складали 80,39%. За допомогою корсажійного аналізу у жінок хворих на АГ з АО виявлено позитивну кореляцію між ABSI та рівнем холестерину ліпопротеїдів дуже низької щільності (ХС ЛПДНЦ) ($R=0,39$, $p<0,05$), тригліцеридів ($R=0,33$, $p<0,05$) та негативну з рівнем холестерину ліпопротеїдів високої щільності ($R=-0,38$, $p<0,05$). Одночасно у чоловіків хворих на АГ з АО виявлено позитивну кореляцію між ABSI і рівнем САГ ($R=0,40$, $p<0,05$), рівнем ХС ЛПДНЦ ($R=0,37$, $p<0,05$). За відсутності АО у хворих на АГ не виявлено ніяких істотних взаємозв'язків між ABSI і кардіометаболічними факторами ризику.

Висновок: Індекс форми тіла асоціюється з порушенням ліпідного обміну у жінок хворих на АГ при наявності абдомінального ожиріння більше, ніж у чоловіків. Індекс форми тіла асоціюється з гемодинамічними показниками лише у чоловіків з АГ та сунутим абдомінальним ожирінням.

169. ВІКОВІ ЗМІНИ ВОДНО-СОЛЬОВОГО БАЛАНСУ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТ. ЗА РІЗНИХ ВАРІАНТІВ ЦИРКАДІАННОГО РИТМУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТІСКУ

Плеш І.А., Гайдич Л.Д., Гайдуков В.А., Сливка Н.О., Коваленко І.Р.
м. Чернівці, Україна, Буковинський державний медичний університет

У 24 хворих на есенціальну гіпертензію (ЕГ) II стадії проводили добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) на апаратному комплексі АВРЕ-02 "Solvaig" (Україна) з метою розподілу на групи за добовим індексом (ДІ). У 2/3 загальної кількості обстежених (56) визначався низький та від'ємний рівень ДІ (ND та NP). З аналізу вікової належності пацієнтів виявлено, що хворі з циркадіанним ритмом АТ - ND та NP є старшими за групу (28) з нормальним ДІ - D. Такого ж напрямку залежності від ДІ і виявилася маса тіла пацієнтів та її індекс (ІМТ): D - $28,92 \pm 1,02$; ND - $30,67 \pm 0,98$; NP - $31,97 \pm 0,92$ (кг/м²).

Визначення порогів смакової чутливості до кухонної солі (ПСЧКС) за методикою Henkin у хворих з низьким ДІ та перевагою АТ в нічний час над денним виявило зростання ПСЧКС відповідно: $0,46 \pm 0,10$; $0,48 \pm 0,08$; при D - $0,32 \pm 0,10$ (% р-ну - NaCl). Для уточнення залежності ПСЧКС до рівня її споживання за добу проведено визначення у хворих добової екскреції натрію (Е_{Na}), що відповідно складала у групі D - $155,5 \pm 8,82$; ND - $181,8 \pm 10,14$; NP - $188,5 \pm 9,97$ (ммоль).

Відомо, що два останні показники (ПСЧКС та Е_{Na}) - у прямій кореляційній залежності, можуть суттєво порушувати нервові «довготривалі» механізми регуляції АТ, змінювати рецепторну чутливість ендогенної артерії та Na⁺/Ca²⁺ залежні механізми «базального» тонуусу артерії та вен.

Отже, у хворих на ЕГ II ст. з циркадіанним ритмом АТ - ND та NP стабілізація артеріального тиску впродовж доби у значній мірі зумовлена змінами водно-сольового балансу, що, ймовірно, створює умови двобічного зростання маси тіла пацієнтів. Виявлені зміни прогресують з віком.

170. ОСОБЛИВОСТІ ВЕНОЗНОЇ ЛАНКИ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ЦИРКАДІАННОГО РИТМУ АТ.

Плеш І.А., Борейко Л.Д., Гайдич Л.Д., Рибий С.І., Кшановська Г.І.
м. Чернівці, Україна, Буковинський державний медичний університет

Обстежені 97 хворих на ЕГ II ст. та 30 нормотензивних осіб. Усім проводили добове моніторування АТ (ДМАТ), антигіпертензивографію (АТРБГ) з визначенням тисків замищання і відмицання артерії (ТЗА, ТВА) і вен (ТВВ, ТВВ) та досліджували центральний венозний тиск (ЦВТ).

За варіантами добового індексу (ДІ) розподіл пацієнтів на ЕГ II ст. склав: D - 35, ND - 46, NP - 16. ТЗА у нормотензивних осіб мав наступні значення: $8,0 \pm 2,1$ мм рт.ст.; у хворих на ЕГ II ст. $12,6 \pm 2,2$ мм рт.ст. пацієнтів з групи D; $20,6 \pm 3,5$ мм рт.ст. у групі ND; $21,3 \pm 4,0$ мм рт.ст. - з групи NP. ТЗА характеризує швидкість наступними показниками: у загальній групі пацієнтів: $153,7 \pm 6,1$; у пацієнтів з групи D - $150,8 \pm 4,3$; у групі ND - $152,9 \pm 6,8$; у пацієнтів з групи NP - $154,4 \pm 5,7$ мм рт.ст. ТВА та ТВВ мали такі показники: у загальній групі пацієнтів: $143,0 \pm 8,5$; $46,3 \pm 2,4$; у пацієнтів з групи D - $142,1 \pm 4,6$; $49,2 \pm 2,7$; у групі ND - $141,3 \pm 7,7$; $43,6 \pm 2,2$; у пацієнтів з групи NP - $148,9 \pm 5,3$; $42,1 \pm 1,4$ мм рт.ст.

Показник ЦВТ у пацієнтів на ЕГ II ст. суттєво залежав від ДІ. Виявлено, що у всіх групах, крім однієї, величини були вищими від норми та становили у пацієнтів з групи D - $145,1 \pm 1,3$; ND - $145,9 \pm 1,8$; NP - $160,6 \pm 2,1$ (мм H₂O). Незважаючи на найменшу кількість осіб в групі циркадіанного ритму АТ NP, рівень ЦВТ був найвищим.

Найказивним способом оцінки переднавантаження на серце, еквівалентом якого є центральний венозний тиск є компресійно - деконпресійна антигіпертензивографія результати якої свідчать про прогресування патологічних розладів венозної ланки гемодинаміки.

Розділ
НОВЕ В МЕДИЦИНІ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ
ГІ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

22 СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ В ПОСДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Аксентійчук Х.Б., Скліаров Є.Я.

м. Львів, Україна, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Неалкогольна жирова хвороба печінки (НАЖХП) включає спектр таких станів, як стеатоз, стеатогепатит та фіброз. Найчастіше патологія поєднується з ожирінням, цукровим діабетом (ЦД), дисліпідемією, ішемічною хворобою серця (ІХС). Було обстежено 13 хворих з ЦД та ІХС віком від 37 до 71 років (55,2±3,4%), з них 75 чоловіків, 10 жінок. За даними УЗД у 72 пацієнтів був попередньо діагностований стеатоз, у 11 – стеатогепатит, у 25 змін у паренхімі не було. Для верифікації діагнозу стеатозу та стеатогепатиту враховували рівень АЛТ, діаметр $Ce^{13}C$ ртг'ає та дані ^{13}C -метациетинового дихального тесту (МДТ), за допомогою якого визначали швидкість метаболізму печінки. Швидкість метаболізму у пацієнтів без НАЖХП становила 23,43±0,111 (20,0-20,3) зі стеатозом 17,1±0,140 (13,5-13,5), стеатогепатитом 13,15±0,120 (11,0-11,0). Рівень АЛТ в групі пацієнтів без НАЖХП становив 0,4±0,05 ммоль/л, зі стеатозом - 0,1±0,0 ммоль/л, стеатогепатитом 0,9±0,1 ммоль/л. Діаметр $Ce^{13}C$ ртг'ає у групі без НАЖХП склав 11,2±0,2 мм, при стеатозі 11,9±0,21 мм, стеатогепатиті 13,7±0,15 мм. Встановлено, що показники швидкості метаболізму та кумулятивної дози метациетину на 120 хвилин знижувались при стеатозі в порівнянні з контролем, на тлі суттєвого збільшення рівня АЛТ та діаметру $Ce^{13}C$ ртг'ає. Рівень АЛТ та діаметр ворітної вени негативно корелювали з кумулятивною дозою $^{13}CO_2$ -метациетину на 120 хвилин при стеатогепатиті. Таким чином, при стеатогепатиті зниження метаболічної смності печінки від 15,9 до 11,5% супроводжується зростанням рівня АЛТ (більше 0,1 ммоль/л) та діаметру ворітної вени (більше 13 мм).

22 ВПЛИВ ЗОЛОТОТИСЯЧНИКА МАЛОГО НА ПЕЧІНКУ НА СЕКРЕТОРНУ ФУНКЦІЮ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНИТ ЗІ СУПУТНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТИМ

Гайдюков В.А.

м. Чернівці, Україна, Буковинський державний медичний університет

Обстежено 44 хворих. На безмедикаментозному фоні використовували золототисячник малий (ЗМ) у вигляді спиртової (50%) настойки (1:5) по 20 крапель на 10 мл теплої дистильованої води. Кислотоутворюючу функцію шлунка вивчали методом інтрагастральної мікрозондової рН-метрії, а морфологічні зміни слизової шлунка – за допомогою гастродуоденофіброскопії з прицільною біопсією на рівні тіла і антрального відділу шлунка. Під час фармакологічної проби досліджували латентний період, період наростання дії ЗМ, період плато, загальну тривалість дії препарату.

Прийом ЗМ викликав статистично достовірний зсув рН у кислої зони на рівні тіла шлунка при початковій нормоацидності та помірно зниженій інтенсивності кислотоутворення. Посилення кислотостимулюючого ефекту спостерігали у хворих з помірною селективною гіпоацидністю, менший – з абсолютною і субтотальною.

У 12 хворих прийом настойки ЗМ стимулював шлункове кислотоутворення незалежно від показників базального рН. У 11 пацієнтів не відмічали подібної реакції, що було пов'язано з наявністю атрофічних змін слизової оболонки шлунка і вираженою (гістамінорезистентною) гіпохлоридрією.

Отримані дані вказують на необхідність диференційованого підходу до часу прийому ЗМ – при гіпоацидності – за 40 хв. до їди, при нормоацидності – за 20 хв. до їди, при гіперацидності – за 10 хв. За результатами проведених досліджень можна припустити, що ЗМ посилює гастриновий механізм дії на процес кислотоутворення.