

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ЧЕРНІВЕЦЬКА ОБЛАСНА ОРГАНІЗАЦІЯ
«АСОЦІАЦІЯ ТЕРАПЕВТІВ ІМ. В.Х.ВАСИЛЕНКА»

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

Матеріали науково-практичної конференції
(21-22 квітня 2011 року)

м. Чернівці

наявність виражених морфо-функціональних порушень з боку еритроцитів у хворих на ХХН з наявністю хронічного пієлонефриту, які піддаються із зростанням стадії ХХН. Прогресування ХХН супроводжується зменшенням ІДЕ та збільшенням ВВЕС і ПГЕ.

УДК 616.72-002.77:616.61]:577.115.4

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОЦЕСІВ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З УРАЖЕННЯМ НИРОК

Зуб Л.О., Найдя В.Т., Гавриш Л.О., Бойко Л.Д.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
int_medicine@bsmu.edu.ua

Вступ. Надмірна активація процесів пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ) призводить до порушення структури мембрани ліпідного обміну, здійснює токсичний вплив на тканини, спричинює розвиток структурних змін у хворих на ревматоїдний артрит (РА), що особливо чітко проявляється при залученні у патологічний процес нирок.

Мета. Вивчити стан ПОЛ у крові хворих на РА з ураженням нирок.

Матеріал і методи. Обстежено 104 хворих на РА у тому числі із ураженням нирок. Хворих розподілено на групи: I- хворі на РА без патології нирок (n=47), II- хворі на РА з наявністю інтерстиціального нефриту (n=21), III- хворі на РА з наявністю гломерулонефриту (n=19), IV- хворі на РА з наявністю амілоїдозу (n=17). Контрольну групу становили 20 здорових осіб. Вік обстежуваних коливався від 17 до 62 років (середній вік – 48± 5,0 років). Проведене дослідження виконане відповідно до етичних норм Хельсинської декларації перегляду 2008 року. Крім загальноприйнятих обстежень хворих було досліджено вміст глутатіону відновленого, глутатіонпероксидази, глутатіон-S-трансферази та малонозового діальдегіду (МДА).

Результати. У результаті дослідження виявлено вірогідне зменшення вмісту глутатіону відновленого у всіх групах хворих ($p < 0,05$), що найбільше проявлялось у хворих на РА з ураженням нирок по типу гломерулонефриту та інтерстиціального нефриту ($p < 0,001$). Аналогічні зміни відбувалися з показниками глутатіонпероксидази та глутатіон-S-трансферази ($p < 0,05$).

Вміст МДА вірогідно підвищувався у всіх обстежених ($p < 0,05$), а у групі хворих з ураженням нирок по типу гломерулонефриту зростання МДА було найвищим ($p < 0,001$).

Висновок. Отже, активація процесів ПОЛ у хворих на РА певною мірою залежить від типу ураження нирок, що вказує на найбільш негативний прогноз та найшвидше прогресування патологічного процесу у даній категорії хворих.

УДК: 616.248-053.2-08:616.233

ЧИ МОЖЛИВА ВЕРИФІКАЦІЯ ПЕРСИСТУЮЧОГО ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ В ДІТЕЙ ІЗ РАННІМ ПОЧАТКОМ ЗАХВОРЮВАННЯ?

Іванова Л.А., Вороняк Т.М.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці,
lunja.voronjak@gmail.com

Вступ. Відомості про розвиток бронхіальної астми в дітей, можливості та частоту її переходу в бронхіальну астму дорослих, досить суперечливі. Тривалий час вважали, що бронхіальна астма в дітей має в більшості випадків сприятливий перебіг і закінчується спонтанним видужанням у пубертатному періоді, але за останніми дослідженнями ця думка виявилась негачною. Проспективні та ретроспективні дослідження свідчать про безсумнівний зв'язок "дитячої" і "дорослої" бронхіальної астми, причому вважають, що бронхіальна астма, яка почалася в дитинстві, у 70-80% випадків продовжується у пацієнтів зрілого віку. Однак у хворих на бронхіальну астму, в яких не відмічали ознак бронхіальної обструкції, та які не потребували лікування впродовж 2-х років, при комплексному обстеженні виявляють незначну зворотню бронхоконстрикцію та більш низькі функціональні легеневі показники, ніж у здорових обстежуваних. З цієї позиції, аналіз показників конденсату видихуваного повітря та спірограми у дітей, хворих на бронхіальну астму, може вважатися перспективним для визначення тактики ведення таких хворих та вдосконалення індивідуальних лікувально-профілактичних заходів.

Мета. Вивчити показники конденсату видихуваного повітря та гіперреактивності бронхів у дітей, хворих на бронхіальну астму, й оцінити їх діагностичну цінність у верифікації персистуючого перебігу бронхіальної астми раннього початку.

Матеріал і методи. В умовах пульмоалергологічного відділення ОДКЛ м. Чернівці обстежено 69 дітей шкільного віку, що хворіють на бронхіальну астму (БА), з яких сформовано дві клінічні групи порівняння. В I групу увійшли 49 пацієнтів з персистуючим перебігом БА (60,4% хлопчиків, середній вік сягав 10,6±0,5 років). II групу сформували 29 дітей, у яких спостерігався транзиторний перебіг БА (85% хлопчиків, середній вік 13,0±0,8), у яких впродовж останніх 2-х років не було загострень. Усі діти проходили комплексне клінічно-параклінічне обстеження, яке включало аналіз показників конденсату видихуваного повітря та спірограму з дозованим фізичним навантаженням.

Результати. Встановлено, що в пацієнтів клінічних груп практично не

відмічалось різниця за часом дебюту захворювання. Так, дебют БА у віці до 3 років у дітей I групи спостерігався у 46,9%, II групи – 40%, а дебют БА від 3 до 6-ти років життя – у 53,1% та 60% випадків відповідно ($p < 0,05$). Оскільки інтенсивність хронічного запалення дихальних шляхів можна визначити як показниками гіперреактивності бронхів, так і конденсату видихуваного повітря ми вирішили поєднати їх для вищої діагностичної цінності верифікації персистуючого перебігу БА. Так, при вмісті метаболітів оксиду азоту в конденсаті видихуваного повітря більше 40 мкмоль/л та індексі бронхоспазму за об'ємом форсованого видиху на 1 сек. більше 15% можна діагностувати персистуючий перебіг бронхіальної астми раннього початку з чутливістю 87,5% (95% ДІ: 61,7-98,5), специфічністю 36,7% (95% ДІ: 23,4-51,7), передбачуваністю цінністю негативного результату 90% (95% ДІ: 68,3-98,8). За умови досягнення вказаних показників ризик наявності персистуючого перебігу бронхіальної астми раннього початку є наступним: відношення шансів сягає 4,1 (95% ДІ: 0,8-19,9), відносний ризик – 3,1 (95% ДІ: 2,3-4,13), атрибутивний ризик – 0,2, відношення правдоподібності – 1,4 зі зростанням посттестової вірогідності наявності персистуючого перебігу бронхіальної астми раннього початку до 58,3%.

Висновок. Отже, самостійно використовувати поєднання даних тестів у верифікації персистуючого перебігу бронхіальної астми недоцільно через значну кількість хибнопозитивних результатів і відсутність статистично значущих ризиків.

УДК 616.611-002-036.12

ІНТЕРВАЛЬНА НОРМОБАРИЧНА ГІПОКСИТЕРАПІЯ ПОКРАЩУЄ ПОКАЗНИКИ БРОНХІАЛЬНОЇ ПРОХІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З СУПУТНІМ ХОЗЛ

Іванченко Ю.О., Мухіна Е.О.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк, maxims@skif.net

Вступ. Проблема покращання бронхіальної провідності залишається актуальною в сучасній пульмонології у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), особливо за наявності супутньої патології.

Мета. Корекція бронхіальної провідності у хворих на гіпертонічну хворобу із супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Матеріал і методи. До дослідження включено 45 хворих на гіпертонічну хворобу 1-2 ступеня і ХОЗЛ 1-2 стадії, яких було розподілено на 2 групи

Середня тривалість гіпертензії становила $5,5 \pm 0,3$, а ХОЗЛ – $7,9 \pm 0,8$ років. До 1-ї включено 25 (55,5%) хворих, що отримували стандартну терапію – інгібітор ангіотензинперетворюючого ферменту і (або) антагоніст кальцію, діуретик, бета-2 агоніст. До 2-ї групи увійшли 20 (44,4%) хворих, що окрім такої ж самої терапії отримували щоденні 60-хвилинні сеанси інтервальної нормобаричної гіпокситерапії протягом 30 днів за допомогою гіпоксикатору «ГІП 10-1000-0», фірми Трейд Медікал, Росія. За об'ємом форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) оцінювали бронхіальну провідність (боліплетизмограф з болюкамерою «Master Screen Body», фірми „Jaeger”, Німеччина).

Результати. Виявилось, що у пацієнтів 1-ї групи динаміка ОФВ₁ до та після лікування становила $2,2 \pm 0,1$ л/сек. і $2,5 \pm 0,4$ л/сек. відповідно ($t=0,7$, $p=0,2$). В 2-ї групі цей показник дорівнював $2,3 \pm 0,3$ л/сек. до лікування і $2,8 \pm 0,1$ л/сек. – після лікування ($t=2,3$, $p=0,04$).

Висновок. Корекція бронхіальної провідності при поєднаній кардіопульмональній патології із застосуванням інтервальної нормобаричної гіпокситерапії сприяє додатковому (водночас із базисною інгаляційною терапією) збільшенню ОФВ₁.

УДК 616.126.42-007.2-002.77

ЗМІНИ ДИФУЗІЇ ГАЗІВ У ХВОРИХ НА МІКРОСУДИННУ СТЕНОКАРДІЮ І ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНІВ НА ТЛІ ЛІПОСОМАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

Ігнатенко К.Г., Халед Аваад Алсархан

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк, Grygoriy.ignatenko@dsmu.edu.ua

Вступ. Мікросудинна стенокардія (МС) є одним із найменш досліджених варіантів ІХС.

Мета. Визначити вплив ліпосомальних препаратів на процеси легеневої дифузії у хворих на МС і хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) при стабільному перебігу.

Матеріал і методи. Обстежено 25 хворих на МС і ХОЗЛ 1-2 ступеня при стабільному перебігу віком від 29 до 50 років, серед яких було 20 чоловіків і 5 жінок. Пацієнти були розподілені в 2 групи. До 1-ї увійшли 15 хворих, що надалі отримували внутрішньовенні ін'єкції ліпосомальних препаратів «Ліпін» (ранку) і «Ліпофлавіон» (вечері) («Біолек», Україна) протягом 10-15 днів. Додатково влень проводили інгаляції «Ліпіном». Хворі 2-ї групи (10 пацієнтів) були без такого лікування. Групи не розрізнялися за віком, статтю і тривалістю