



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ОДЕСЬКА РЕГІОНАЛЬНА АСОЦІАЦІЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

Лікування та реабілітація у загальній практиці-сімейній медицині

Матеріали II Української республіканської
науково-практичної конференції
(Одеса, 15-16 травня 2008 р.)

исследование были включены 50 больных с острым ИМ (мужчины 36, женщины — 14; средний возраст 57 лет (± 9,5 лет). Длительность СМТ составляла в соответствии с требованиями ВОЗ (категория 3М2), уровень тропонина I (ТпI) и активности креатинфосфокиназы МВ-фракции). В качестве маркера некроза миокарда использовались уровень ТпI (определяли методом ИФА, использовали тест-систему «Хемат» (Россия)), активность КФК-МВ (использовали кинетическим методом (IFCC)), включеного набор реактивов фирмы «Биофарма» (г. Киев)), активность ЛДГ (исследовали кинетическим методом (IFCC)), использовали набор реактивов фирмы «Биосистем» (Италия)) и активность АсТ. Забор крови для этих исследований проводили через 3-6, 6-9, 9-12 ч после начала коронарной ишемии.

Средний уровень ТпI, активности КФК-МВ, ЛДГ-1, АсТ показал, что средние значения, превышающие принятую норму, и частота их встречаемости увеличивались в следующей последовательности:

Через 0-3 ч от начала заболевания содержание ТпI превышало принятую норму у 58%, активность КФК-МВ — у 21% пациентов, а в крови как уровень активности ЛДГ-1 и АсТ в указанным временем диагностире не превышали референтных значений.

В интервале 3-6 ч от начала заболевания содержание ТпI превышало принятую норму у 80%, активность КФК-МВ — у 60%, активность ЛДГ-1 — у 17%, активность АсТ — у 51% пациентов;

В интервале 6-12 ч от начала заболевания содержание ТпI превышало принятую норму у 89%, активность КФК-МВ — у 72%, активность ЛДГ-1 — у 54%, активность АсТ — у 71% пациентов.

Представленные данные демонстрируют, что ТпI является более чувствительным тестом раннего выявления очагов некроза в миокарде, чем КФК-МВ.

Павлюкья Л.Л.

ПОШІ МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ ГІПОТІРЕОЗУ

Буковинський державний медичний університет

58000, Тельманів пл. 2д, Чернівці, iprouk@ukr.net

У 15 хворих з гіпотиреозом досліджено взаємозв'язок між гормональною активністю щитовидної залози з процесом перосягоного окислення, імунологічного реактивності. Певною суттєво зростає у них окислювальної модифікації білків, активнаї клітинної лінійки імунітету, особливо В-лімфоцитів, зростає концентрація в периферійній крові Іg A, G, які творять корисність з концентрацією в крові Т3 і Т4 однак рівень ТТГ заливається незмінним. З цього вгадує, одякщо з протин гіпотиреозу можуть бути порушені активності перосягоного окислення, особливо,

окислювальної модифікації білків, в результаті чого вони набувають патологічних властивостей. Це призводить до активної клітинної і гуморальної лінійки імунітету, які розробляють свою дію не тільки на щитовидку, алякщо на предства і їх життєдіяльності — гормонів і білках субстратах. Як наслідок, виникає неспівпадінність між концентрацією гормонів і їх біологічно дією на організм. Прогресують активності імунних реакцій, за наявності діючих, а подальшому може привести до гіпотиреозу, в основі якого лежить не зниження синтезу гормонів, а руйнування їх імунологічними реакціями. Застосування у таких хворих антитиреоїдній терапії призводить до нормалізації функціональної активності щитовидної залози. Ці дані вказують намі можливістю лікування хворих з аутоімунними процесами в щитовидній залозі.

Павлюкья О. І., Талчук В.К., Поліщук О.С.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Буковинський державний медичний університет

58001, Тельманів пл.2д, Чернівці, okorjany@ukr.net

З метою визначення особливостей зміни внутрішньосерцевої гемодинаміки нами було обстежено 36 хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ), серед них у 28 хворих діагностовано ураження передньої стінки, а у 8 хворих — задньої стінки лівого шлуночка (ЛШ). Середній вік хворих склав 63±5,2 роки. Імунологічними обстеженнями проводили на параді САІ 38А5 фірма «Тайбін» (Японія) з використанням плазмінів: кількісного оптолічного розміру (КОР), кількісного діастолічного розміру (КДР), кількісного діастолічного об'єму (КДО), кількісного систолічного об'єму (КСО), ударного об'єму (УО), фракції викиду (ФВ), виваженого об'єму крові (ХОК).

Виявлено, що у обстежених хворих показники КДР, КСР, КДО, КСО, ФВ не мали вірогідних відмінностей залежно від локалізації ураження міокарда. Величини УО та ХОК були знижені у хворих з ураженням задньої стінки ЛШ, останніми відзначено 57,22±5,95 мл проти 42,31±4,56 мл ($p<0,01$) та 388±495,95 мл проти 369±63±488,07 мл ($p<0,1$) при зниженні ФВ в обох групах.

Збереження високої функції міокарда поряд з різким зниженням скоротливої здатності вказує на більш сприятливий перебіг ГІМ при ураженні задньої стінки ЛШ. Отримані дані свідчать про те, що при існуючому ураженні передньої стінки ЛШ необхідно обережно вживати до призначення препаратів з групи антагоністів кальцію з метою попередження прогресування уражень недостатності.