

sis. Macroadenomas were observed in 2/3 cases that testifies to passing of secondary hyperparathyroidism to tertiary hyperparathyroidism. It is proved that surgery at the secondary and tertiary hyperparathyroidism is highly effective and safe method of treatment that is rapidly normalizes laboratory parameters, improves clinical symptoms and improves the quality of life of patients. Surgery of choice is subtotal parathyroidectomy following the identification of at least four parathyroid glands.

УДК 616-366-002+616.12-001.46]-036.1-06:616.839

Трефаненко І.В., Гречко С.І., Соловійова О.В., Рева Т.В.

ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ З СУПУТНЬОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Обираючи тактику лікування хворих старших вікових груп, необхідно враховувати поліморбідність, тобто наявність одночасно кількох захворювань, а також вікові структурно-функціональні зміни органів і систем, що призводять до порушень фармакодинаміки і фармакокінетики ліків; соціально-економічний статус пацієнта. Поліморбідність є важливою характеристикою захворюваності людей середнього та літнього віку. Якщо розглянути структури поширеності різних нозологічних форм, то насамперед виступають захворювання серцево-судинної системи у осіб похилого віку та шлунково-кишкового тракту у осіб середньої вікової групи. Тому досить часто зустрічається поєднання патологій цих систем. Так, нами проаналізовані зміни вегетативного статусу у хворих з поєднаним перебігом хронічного некаменевого холецистити та серцевої недостатності. Отримані данні свідчать про те, що у хворих на хронічний некаменевий холецистит з супутньою серцевою недостатністю частіше має місце субелікардіальна ішемія міокарда. У хворих при поєднаному перебігу хронічного некаменевого холецистити та серцевій недостатності відбуваються зміни вегетативного статусу у вигляді збільшення тону симпатичного відділу нервової системи на відміну від переважання парасимпатичної нервової системи при ізольованому хронічному некаменевому холециститі.

Ключові слова: хронічний некаменевий холецистит, серцева недостатність, вегетативний статус.

Дана робота є фрагментом НДР «Особливості коморбідного перебігу захворювань внутрішніх органів: чинники ризику, механізми розвитку та взаємообтяження, фармакотерапія», № держ. реєстрації 0114U002475.

Вступ

Відповідно різним статистичним даним, хронічна серцева недостатність (ХСН) становить 2-10 випадків на 1000 населення, а щорічна захворюваність - близько 300 на 1000000 населення. З віком частота розвитку ХСН, як і смертність від неї, зростають, особливо після 65 років [4]. Захворюваність жовчовивідних протоків (ЖВП) – холецистити, холангіти, дискінезії ЖВП та жовчнокам'яна хвороба – найбільш розповсюджені захворювання травного тракту останніх десятиліть, їх виявляють у 50-60% випадків дорослого населення. Максимальна кількість хворих на хронічний холецистит (ХХ) припадає на вік 45–60 років [5]. В патогенезі обох захворювань значне місце відводиться дисбалансу вегетативної нервової системи (ВНС). Відомо, що остання складається з двох відділів: симпатичної та парасимпатичної ділянки. ВНС з фізіологічної точки зору являється регулятором діяльності внутрішніх органів та обміну речовин. Більшість органів та тканин іннервуються одночасно симпатичними та парасимпатичними нервами, тобто мають подвійну іннервацію [1,3]. При цьому симпатична та парасимпатична нервові системи функціонують частіше, як антагоністи, якщо один з цих відділів вегетативної нервової системи збуджує орган до діяльності, то інший гальмує його.

Мета дослідження

Комплексна оцінка клінічних проявів та змін вегетативного гомеостазу у хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) з супутньою серцевою недостатністю (СН).

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 67 хворих на ХНХ з супутньою СН. Для оцінки вегетативного статусу хворі було розподілені на дві групи: першу групу склали 29 (43%) хворих на ХНХ. Середній вік пацієнтів склав 47,4±5,9 року. Друга група - 38 (57%) пацієнтів, із ХНХ та супутньою СН II А ст. 2 ф.кл., зі збереженою фракцією викиду. Середній вік пацієнтів - 53,3±8,1 року. Діагноз встановлювали відповідно до критеріїв ВООЗ (1979 р.). За статевим співвідношенням групи обстежених не відрізнялись.

Стан вегетативного гомеостазу оцінювали згідно опитувальнику, розробленому Ушаковим Г.К. (1972) у модифікації Соловійової А.Д. [4]. Результати оцінювалися згідно бальної системи з урахуванням переважання симпатичної (Сс) або парасимпатичної (Пс) системи. Хвилинний об'єм крові (ХОК) визначали непрямим методом Лільє-Штрандера та Цандера, частоту серцевих скорочень (ЧСС) та артеріальний тиск (АТ) – методом Короткова. Динаміку серцево-судинної реакції оцінювали за допомогою навантажувальних

проб за вегетативним індексом (ІК) запропонованим І. Кердо (1957) для визначення стану вегетативного тону. Також вивчали індекс хвилинного об'єму (ІХО), коефіцієнт Хільдебранта (КХ). Проводили аналіз динаміки показників ішемії міокарда при проведенні ЕКГ [2].

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз змін ЕКГ у хворих з поєднаним перебігом ХНХ та СН при поступленні виявив наступні особливості: частіше спостерігався негативний зубець Т (53% хворих), на відміну від «коронарного» зубця Т (14% хворих), елевація сегменту ST (43% хворих) переважала над депресією сегменту ST (24% хворих). Враховуючи вищевказані зміни, слід зазначити, що при одночасному перебігу ХНХ та СН ішемічні зміни виникають переважно субепікардіально.

Важливо відзначити, що сума негативного зубця Т складала $6,3 \pm 0,45$ мм, кількості відведень з негативним зубцем Т - $2,7 \pm 0,6$ відведень, середнє значення негативного зубця Т - $2,5 \pm 0,3$ мм/відведення. Також, величина середньої депресії сегменту ST становила $2,2 \pm 0,5$ мм, кількість відведень з депресією ST - $6,8 \pm 0,8$ відведень, середня депресія сегменту ST - $1,4 \pm 0,4$ мм/відведення.

У хворих 1-ї групи виявлено переважання парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи (Пс $65,2 \pm 6,6$ балів), яке вірогідно відрізняється від аналогічної величини у хворих 2-ї групи (Пс $39,6 \pm 3,0$ балів, $p < 0,001$). Переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи чітко простежується у хворих 2-ї групи (Сс $60,5 \pm 3,2$ балів) на відміну від пацієнтів 1-ї групи (Сс $35,2 \pm 4,5$ балів, $p < 0,001$). Величина ХОК була максимальною в II групі - $5,07 \pm 0,33$ л, при суттєвому зниженні даного показника у I групі - $3,96 \pm 0,23$ л ($p < 0,001$). Показник ІХО був достовірно вищим у II групі - $1,64 \pm 0,12$, на відміну від відповідного показника в I групі - $0,75 \pm 0,09$ ($p < 0,001$).

Таким чином підтверджується переважання симпатичного відділу вегетативної нервової системи у хворих 2-ї групи. Звертає на себе увагу те, що показники ІК та КХ також достовірно від-

різнялись в II групі, відповідно $0,59 \pm 0,16$ та $4,2 \pm 0,18$, в порівнянні з I групою - $0,4 \pm 0,19$ ($p < 0,001$) та $3,8 \pm 0,17$ ($p < 0,05$). Переважання симпатичної нервової системи достовірно виявлена у хворих з одночасним перебігом ХНХ та СН.

Висновки

1. У хворих на хронічний некаменевий холецистит з супутньою серцевою недостатністю частіше має місце субепікардіальна ішемія міокарда.

2. У хворих при поєднаному перебігу хронічного некаменевого холециститу та серцевої недостатності відбуваються зміни вегетативного статусу у вигляді збільшення тону симпатичного відділу нервової системи на відміну від переважання парасимпатичної нервової системи при ізольованому хронічному некаменевому холециститі.

Перспективи подальших досліджень

Обираючи тактику лікування хворих старших вікових груп, необхідно враховувати поліморбідність, яка змінює загальну клінічну картину у хворого. Отже, в подальшому треба дослідити патогенетичне обґрунтування диференційованого лікування хворих з поліморбідністю.

Література

1. Бурков С.Г. Функционально-структурное состояние желчевыделительной системы у больных пожилого и старческого возраста, страдающих ишемической болезнью сердца / С.Г. Бурков // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 1996. - № 4. - С. 44-47.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Александр Моисеевич Вейн. - М.: Медицинское информационное агентство, 2000. - 752 с.
3. Зыгало Э.В. Сравнительная характеристика вегетативных показателей сердечно-сосудистой системы у больных с сочетанием гастроэнтерологических заболеваний / Э.В. Зыгало // Лікарська справа. - 1999. - № 7-8. - С. 90-92.
4. Крюков Н.Н. Ишемична хвороба серця (сучасні аспекти клініки, діагностики, лікування, профілактики, медичної реабілітації, експертизи): монографія / Н.Н. Крюков, О.М. Миколаївський, В.П. Поляков. - Київ, 2010. - Режим доступу http://medu.pp.ua/kardiologiya_729/ishemicheskaya-bolezn-serdtsa-sovremennyye.html.
5. Філіпов Ю.О. Рівень поширеності і захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих людей та підлітків / Ю.О. Філіпов, З.М. Шмігель, Г.П. Котельникова // Гастроентерологія - 2001. - Вип. 32. - С. 3-6.

Реферат

ВЕГЕТАТИВНИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Трефаненко И.В., Гречко С.И., Соловьева О.В., Рева Т.В.

Ключевые слова: хронический некалькулезный холецистит, сердечная недостаточность, вегетативный статус.

Выбирая тактику лечения больных старших возрастных групп, необходимо учитывать полиморбидность, то есть наличие одновременно нескольких заболеваний, а также возрастные структурно-функциональные изменения органов и систем, приводящие к нарушениям фармакодинамики и фармакокинетики лекарств; социально-экономический статус пациента. Полиморбидность является важной характеристикой заболеваемости людей среднего и пожилого возраста. Если рассмотреть структуру распространенности различных нозологических форм, то в первую очередь выступают заболевания сердечно-сосудистой системы у лиц пожилого возраста и желудочно-кишечного тракта у лиц средней возрастной группы. Поэтому достаточно часто встречается сочетание патологий этих систем. Так, нами проанализированы изменения вегетативного статуса у больных с сочетанным течением хронического некалькулезного холецистита и сердечной недостаточности. Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных хроническим некалькулезным холециститом с сопутствующей

сердечной недостаточностью чаще имеет место субэпикардальная ишемия миокарда. У больных при сочетании течения хронического некалькулезного холецистита и сердечной недостаточности происходят изменения вегетативного статуса в виде увеличения тонуса симпатического отдела нервной системы, в отличие от преобладания парасимпатической нервной системы при хроническом некалькулезном холецистите.

Summary

VEGETATIVE STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC ACALCULOUS CHOLECYSTITIS AND CONCOMITANT CARDIAC FAILURE

Trefanenko I.V., Grechko S.I., Soloviova O.V., Reva T.V.

Key words: chronic acalculous cholecystitis, cardiac failure, vegetative status.

Choosing treatment for elderly patients it is important to consider polymorbidities, i.e. the presence of several diseases, as well as age-related structural and functional changes in organs and systems that lead to affection of pharmacodynamics and pharmacokinetics of drugs, and socioeconomic status of the patient. Polymorbidity is an important characteristic of diseases of middle-aged people and older. If we consider the prevalence of the nosological forms, the conclusion can be drawn that cardiovascular diseases prevail in the aged patients while gastrointestinal disorders are more typical for patients of middle age group. The combinations of these pathologies are quite common. Thus we have analyzed changes in vegetative status of patients with acalculous chronic cholecystitis and comorbid cardiac failure. The data obtained indicate that patients with chronic acalculous cholecystitis and cardiac failure more often suffer from subepicardial myocardium ischemia. The patients with chronic acalculous cholecystitis and comorbid cardiac failure demonstrates the changes in vegetative status in the form of increased sympathetic tone of nervous system as opposed to the dominance of the parasympathetic nervous stimulation in the patients with isolated chronic acalculous cholecystitis.

УДК 616.12 – 008.331.1 – 06: 616.379 – 008.64] – 056.7 – 008.9 – 092: 612.13

Шалімова А.С., Біловол О.М., Боброннікова Л.Р., Кочуєва М.М.

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНІСТЮ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ І ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 2 ТИПУ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Харківський національний медичний університет

Мета роботи полягала в розробці диференційованого лікування пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) і супутнім цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2т) з урахуванням генетичного поліморфізму. Обстежено 320 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеня у сполученні з ЦД 2т середньої важкості, субкомпенсованим. Встановлено, що комплекс генетичних поліморфізмів AGTR1, PPAR₂, IRS-1 і TCF7L2 асоціюється з розвитком коморбідної патології – ГХ і ЦД 2т. Виділені несприятливі генетичні поліморфізми щодо розвитку ГХ і супутнього ЦД 2т. Розроблено алгоритм диференційованої медикаментозної терапії пацієнтів з ГХ і супутнім ЦД 2т з урахуванням перехрестів несприятливих генетичних поліморфізмів.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, цукровий діабет 2 типу, коморбідність, генетичний поліморфізм.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри терапії та нефрології ХМАПО «Кардіальні і нейрогуморальні механізми розвитку хронічної серцевої недостатності у хворих з сумісною патологією» (№ держ. реєстрації 0111U003579) та науково-дослідної роботи кафедри клінічної фармакології ХНМУ «Оптимізувати діагностику ураження органів-мішеней та лікувальну стратегію у пацієнтів з артеріальною гіпертензією молодого віку» (№ держ. реєстрації 0114U003386).

Вступ

Проблема коморбідності є однією з найбільш актуальних проблем сучасної медицини. Наявність у пацієнтів гіпертонічної хвороби (ГХ) і цукрового діабету 2 типу (ЦД 2т) – одних з найбільш розповсюджених у світі неінфекційних хвороб – пов'язане з більш раннім розвитком ураження органів-мішеней і наступними серцево-судинними катастрофами [3]. ГХ і ЦД 2т мають багато спільних патогенетичних механізмів, які впливають на розвиток і перебіг коморбідності. На думку багатьох науковців, найбільш значущими серед предикторів ГХ і ЦД 2т є саме спадкові фактори ризику, вивчення яких потребує досліджень [4]. Зокрема, у ряді робіт встановлено, що поліморфізм гену рецепторів ангіоте-

нзину II типу 1 (AGTR1) може призводити до змін у регуляції судинного тону та проліферації елементів судинної стінки [2, 13]. В останні роки активно досліджуються пероксисомальні проліфератор-активуючі рецептори (PPAR) – транскрипційні фактори, які управляють активністю багатьох генів, регулюють розвиток і диференціювання жирової тканини, ліпідний та вуглеводний обмін [12]. Встановлено, що генетичний поліморфізм PPAR₂, представлений майже виключно у жировій тканині, відрізняється в окремих популяціях, а дані щодо його впливу на розвиток інсулінорезистентності (ІР) є досить суперечливими. Доведено, що більшість біологічних ефектів інсуліну опосередковуються через перші два варіанти субстрату інсулінового рецептора (ІРС),