

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФАРМАКОТЕРАПІЇ**

ЛІКИ – ЛЮДИНІ

**Сучасні проблеми створення,
вивчення та апробації
лікарських засобів**

Матеріали XXVIII всеукраїнської
науково-практичної
конференції з міжнародною участю

**3 лютого 2011 року
м. Харків**

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ
№ 1 від 10 січня 2011 року*

Харків
Видавництво НФаУ
2011

гравитационным методом (центрифуга ОС-6М) с использованием одноразовых пластиковых контейнеров Гемасин-500/400-У. Количество крови, взятой за одну процедуру, составляло от 500 до 1000 мл, объем удаляемой плазмы – 270 - 680 мл. Восполнение ОЦК проводилось введением стандартных растворов (физиологический раствор, полиглюкин, реополиглюкин, глюкоза, стабизол, волювен и др.). Количество процедур – 5-8.

При проведении комплексной терапии АД уже после второй-третьей процедуры ПФ отмечалась стабилизация патологического процесса, прекращение зуда, уменьшение отечности, гиперемии и инфильтрации. Динамика клинических проявлений сопровождалась снижением уровня Ig E и ЦИК, что подтверждалось лабораторными исследованиями. В результате проведенной терапии сокращались сроки пребывания больных АД в стационаре и наблюдалось увеличение продолжительности клинической ремиссии.

Таким образом, комплексное лечение больных АД с применением ПФ дает выраженный клинический эффект, сокращение сроков лечения и увеличение продолжительности клинической ремиссии.

МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЦИТАРНОЙ ЛЕЙКЕМИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЮ

Самура Б.Б.

Запорожский государственный медицинский университет

Кардиотоксичность и ангиотоксичность цитостатиков является причиной снижения качества жизни, развития побочных эффектов, смерти пациентов, которые не погибли вследствие основного заболевания. Суточное мониторирование артериального давления (АД) широко применяется при в клинической практике, он позволяет изучать средние показатели АД в дневное и ночное время, суточный профиль АД, вариабельность АД, индексы времени гипер- и гипотонии, а также оценивать эффективность проводимой терапии.

Несмотря на сравнительно широкое использование суточного мониторирования АД при артериальной гипертензии, имеются лишь единичные работы по мониторированию АД у больных онкогематологическими заболеваниями при проведении полихимиотерапии с включением цитостатических препаратов и глюкокортикоидов. Изучение суточной кривой АД у этой группы больных представляет интерес в связи с имеющимися сведениями о

развитии недиагностируемых колебаний АД с потенциальным риском возникновения осложнений со стороны жизненно важных органов.

Цель исследования состояла в изучении особенностей суточного профиля АД у больных хронической лимфоцитарной лейкемией после курса полихимиотерапии и корреляционном анализе показателей суточного профиля АД и систолической функции левого желудочка (ЛЖ).

Материал и методы. В исследование включили 24 больных хронической лимфоцитарной лейкемией III-IV ст. (7 женщин и 17 мужчин, средний возраст 62 год) после курса полихимиотерапии по программе СНОР (15 больных), СОР (9 больных) Больным проводилась терапия сопровождения с включением дезинтоксикационной противосекреторной и метаболической терапии.

В исследование включались больные, ранее не принимавшие ингибиторов АПФ или если с момента их приема прошло более 5 периодов полувыведения, за 24 ч до исследования не принимались диуретики. В первые сутки после курса полихимиотерапии проводилось мониторирование АД с помощью комплекса суточного мониторирования ЭКГ и АД «Кардиосенс АД» (Украина). Мониторирование начиналось в 9-10 ч утра и продолжалось 24 ч. Анализ результатов мониторирования производился при наличии не менее 85% достоверных измерений. Анализировали следующие показатели: средние показатели систолического и диастолического АД (САД и ДАД) за сутки, день и ночь; индекс времени дневной систолической и диастолической гипертензии (ИВСАДд и ИВДАДд); индекс времени ночной гипертензии (ИВСАДн и ИВДАДн); индекс времени гипотензии САД и ДАД в дневное и ночное время, учитывались измерения, при которых САД было меньше 110 мм рт.ст. в дневное время и 105 мм рт.ст. в ночное время, ДАД - менее 65 и 60 мм рт.ст. соответственно; вариабельность АД (ВСАДд и ВДАДд, ВСАДн и ВДАДн). Рассчитывали также суточный индекс (СИ). В день мониторирования больным проводилась оценка сократительной функции (ЛЖ). Определяли конечный систолический (КСО) и конечный диастолический (КДО) объемы, ФВ.

Результаты и обсуждение. При анализе данных суточного мониторирования АД обращало на себя внимание отсутствие гипертонии у большинства больных с указанием на нее в анамнезе (средние показатели САДсут $116,92 \pm 3,91$ мм рт.ст., ДАДсут $67,99 \pm 2,31$ мм рт.ст.). Отмечено абсолютное преобладание монофазной (81%) суточной кривой с СИ менее 10% - "non-dipper". Остальные 19% больных относились к группе "dipper" (11%) и "night-peaker" (8%).

Средние показатели СИСАД и СИДАД имели значения $5,71 \pm 1,49$ и $7,21 \pm 1,54\%$, которые свидетельствуют о недостаточном снижении АД в ночное время.

Обращает на себя внимание существенно большая частота нарушений циркадного ритма, в исследуемых подгруппах больных по сравнению как с общей популяцией, так и с популяцией пациентов с неосложненной эссенциальной гипертонией, в которых нарушения циркадного ритма регистрируются с частотой 15-30%.

Возможно, монотонная суточная кривая АД является компенсаторно-приспособительной реакцией для защиты жизненно важных органов, в первую очередь миокарда, головного мозга и почек, от гиперфузии.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Самура Б.Б., Салионова В.И., Ушакова В.В.

Запорожский государственный медицинский университет
Запорожская областная клиническая больница г.Запорожье

Высокие показатели заболеваемости злокачественных новообразований лимфатической и кроветворной ткани с учетом высокой стоимости обследования и лечения больных дают основание считать гемобластозы социально значимыми заболеваниями, требующими дорогостоящих видов лечения и дополнительных источников финансирования, в том числе и из государственного бюджета.

Современные высокотехнологичные методы диагностики и лечения больных гемобластозами, кроме адекватного финансирования, включают:

- высокий уровень квалификации и подготовка кадров врачей и медсестер;
- комплекс лабораторий диагностики гемобластозов (цитоморфологии, иммуноморфологии, цитогенетики др.);
- амбулаторную службу с дневным стационаром;
- палаты асептического содержания больных;
- обеспеченность компонентами крови, в том числе тромбоконцентратом;
- возможность выделения стволовых клетки периферической крови;
- внедрение эффективных международных и отечественных протоколов лечения гемобластозов.

В гематологических отделениях и кабинетах проводится лечения