

мм, плохая визуализация интима-медиального сегмента, SD более 20 при выполнении автоматического определения ТИМ. Всем пациентам проводилось измерение веса и роста, офисное измерение АД (Омрон 705 IT, Япония); дуплексное сканирование сонных артерий с оценкой диаметра сонных артерий и толщины интима-медиального сегмента (MY LAB 50, Италия). При помощи оригинального программного обеспечения (QIMT) толщина интима-медиального комплекса автоматически рассчитывалась в реальном масштабе времени как средняя величина 6-ти последовательных измерений ТИМ по задней стенке на участке протяженностью в 1 см на расстоянии 1 см от бифуркации.

Результаты исследования. Ремоделирование сонных артерий у лиц страдающих гипертонической болезнью II стадии характеризуется увеличением толщины интима-медиа правой ОСА на 16,5 % ($p=0,005$), левой ОСА на 15,4 % ($p=0,01$), а также их диаметра на 11,6 % ($p=0,002$) и на 10,5 % ($p=0,01$), соответственно, по сравнению с практически здоровыми лицами. Ремоделирование общих сонных артерий не имеет гендерных отличий у больных ГБ II стадии. Выявлена прямая корреляционная связь между ТИМ общих сонных артерий и возрастом гипертоников. С увеличением степени АГ наблюдается постепенное увеличение диаметра и ТИМ общих сонных артерий. С увеличением индекса массы тела прослеживается достоверное увеличение ТИМ и уменьшение диаметра ОСА. Последнее обусловлено, на наш взгляд, воздействием тканевой ренин-ангиотензиновой системы, в первую очередь эффектами ангиотензина II. С увеличением массы тела у гипертоников происходит значительная активация ангиотензина II, и как следствие усиление пролиферации гладкомышечных клеток (утолщение меди), а уменьшение диаметра сосуда результат вазоконстрикции. В утолщение КИМ у лиц с артериальной гипертензией и избыточной массой тела и/или ожирением так же вносит гормон резистин. По данным Shin H.J. и соавт. (2008) уровень резистина независимо ассоциировался с толщиной КИМ ОСА после поправки на возраст, пол, холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП, триглицериды, курение, сахарный диабет. Resistin levels were independently associated with the carotid IMT (mean carotid IMT: $R(2)=0.159$, $p<0.001$ and mean of maximum carotid IMT: $R(2)=0.162$, $p<0.001$) after controlling for age, gender, HDL cholesterol, triglyceride, LDL cholesterol, smoking and DM.[Shin H.J., Park S., Yoon S.J., Choi D.S., Cho D.K., Kim J.S., Ko Y.G., Choi D., Jang Y., Chung N. Association between serum resistin and carotid intima media thickness in hypertension patients. *Int. J. Cardiol.* - 2008.- Mar.Vol. 28;125(1).-P.79-84. Epub 2007 Apr 16.]

Таким образом, у лиц страдающих гипертонической болезнью с увеличением ИМТ наблюдается постепенное увеличение толщины КИМ и уменьшение диаметра ОСА.

Выводы: 1) Гипертензивное ремоделирование общих сонных артерий характеризуется достоверным увеличением диаметра артерий на 15,4-16,5 % и утолщением КИМ на 10,5-11,6 % по сравнению с практически здоровыми лицами сопоставимого возраста и пола. 2) У больных ГБ II стадии ремоделирование общих сонных артерий не имеет гендерных отличий. 3) С увеличением возраста гипертоников наблюдается увеличение КИМ, о чем свидетельствует прямая корреляционная связь между ТИМ общих сонных артерий и возрастом. 4) С увеличением степени АГ наблюдается постепенное увеличение диаметра и ТИМ общих сонных артерий. 5) С увеличением индекса массы тела прослеживается достоверное увеличение ТИМ, но уменьшение диаметра ОСА.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ ВПЛИВ ДИЛТІАЗЕМУ ПРИ ЕНДОНАЗАЛЬНОМУ ТРАНСМУКОЗНОМУ ТА ЕНТЕРАЛЬНОМУ ШЛЯХАХ ВВЕДЕННЯ НА ОФІСНИЙ АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК ПРИ НЕУСКЛАДНЕНИХ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ КРИЗАХ

Привалова Яна Михайлівна

Науковий керівник: д. мед. н., доц. Кечін І.Л.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра внутрішніх хвороб-1

Мета дослідження: порівняти антигіпертензивну ефективність дилтіазему при ендоназальному трансмукозному та ентеральному шляхах введення у хворих на артеріальну гіпертензію при неускладнених гіпертензивних кризах.

Матеріали та методи дослідження: Для вивчення впливу гелю-дилтіазема на перебіг неускладнених кардіальних гіпертонічних кризів, було проведено рандомізоване “сліпе” порівняльне дослідження 6% ендоназального гелю з дилтіаземом розробленим в ЗГМУ. Доставка у порожничну носа проводилась за допомогою шприца з гелем по 0,5 мл у кожний носовий хід 2 рази на добу впродовж тижня. Препарат порівняння – таблетки “Дилтіазем” САТ Лубнифарм. Лікарські форми досліджувалися в еквівалентній добовій дозі 120мг у 2 прийоми у 66 хворих з АГ з неускладненими

гіпертензивними кризами. Хворі з документованою ішемічною хворобою серця в дослідження не включались. Хворі знаходились на амбулаторному лікуванні у поліклініці запорізького центру серцево-судинних захворювань.

Результати дослідження: Кризовий офісний АТ при лікуванні таблетками “Дилтіазем”: САТ-171,6±2,17мм. рт.ст, ДАТ- 98,64±2,8мм рт.ст, АТсер-122,96±1,26 мм рт.ст, ЧЧС 76,8±1,15уд/хв. Через 24 години монотерапії: САТ-164,0±3,5 мм рт.ст(-4,6, p<0,05.), ДАТ-90,43±3,16мм рт.ст(-9,3%, p<0,05), АТ сер 114,95±2,06- мм рт.ст(-6,5%, p<0,05), ЧЧС 67,35±1,8 уд/хв. Динаміка АТ через тиждень-САТ-143,6±8,8 мм. рт.ст(-16,7%, p<0,05), ДАТ- 84,33±3,5 мм рт.ст(- 16,9%, p<0,05), АТ сер 108,41±2,74 мм рт.ст(11,95%, p<0,05), ЧЧС 65,15±2,3 уд/хв(-18,7%, p<0,05)

Динаміка офісного артеріального тиску під впливом гелю-дилтіазему:

Вихідні параметри: САТ- 178,33±2,31мм рт.ст, ДАТ-100,30±1,22мм рт.ст, АТсер 127,14±2,86 мм рт.ст, ЧСС 72,06±2,51уд/хв. Параметри через 24 години: САТ 165,25±2,83(-7,27%, p<0,05) мм рт.ст., ДАТ -91,75±3,07 (-9,5%, p<0,05) мм рт.ст., АТсер 111,50±3,76 (-12,3%, p<0,05) мм рт.ст., ЧСС-72,94±3,32 уд/хв. Параметри через 1 тиждень :САТ-142,30±3,86 (-20,3%, p<0,05)мм рт.ст, ДАТ-84,37±2,16 (-15,9%, p<0,05) мм ст.ст., АТсер-104,20±1,76 (-18,1%, p<0,05) мм рт.ст., ЧСС-64,99±2,26 (-9,91%, p<0,05) уд/хв.

При індивідуальному аналізі дослідження впливу гелю на динаміку редукції АТ встановлено, що препарат у дозі 120 мг на добу спричиняє достовірний гіпотензивний ефект у 73% обстежених хворих, у інших пацієнтів групи (27%) САТ знизився при додатковому призначенні еналаприлу в дозі 5 мг/доба

Максимальне зниження ДАТ відмічалось через 2,4± 0,15 год . Редукція САТ сягала статистично вірогідного рівня через 3,8±0,11 год. Тривалість гіпотензивного ефекту у хворих становила від 6 до 10 год. Темп щоденного зниження АТ у обох груп був практично однаковим.

У 8 хворих контрольної групи (яка лікувалася таблетками дилтіазему) та у 2 пацієнтів дослідної групи (що отримували гель-ділтіазем) відмічалася побічна дія у вигляді появи розпираючого головного болю, який не вимагав зниження дози препарату і проходив через 3 доби від початку лікування.

Висновки: Отримані результати дозволили зробити висновок, що гель-ділтіазем при трансмукозному шляху введення достовірно знижує систолічний та діастолічний АТ наприкінці добового лікування до рівня, що рекомендованого провідними кардіологами. Через 2 тижня монотерапії гелем АТ знизився: САТ на – 20,3% (p<0,05); ДАТ на – 15,9% (p<0,05); АТсер. – на 18,1% (p<0,05), що сягало цільового стратегічного рівня для хворих на АГ з кардіальними кризами.

МОМЕТАЗОНА ФУРОАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Проценко Мария Владимировна

Научный руководитель: Лесницкий А.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетической медицины

Цель. Определить клиническую эффективность применения топического кортикостероида мометазона фууроата в форме мази и крема в комплексном лечении аллергодерматозов.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 36 больных в возрасте от 3 до 69 лет (16 женщин, 11 мужчин, 5 мальчиков, 3 девочки). По нозологическим формам больные были распределены таким образом: экзема - 15, атопический дерматит - 9, аллергический дерматит - 7, контактный дерматит-3, очаговый нейродермит - 2. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови и мочи, биохимические исследования, микроскопия) с целью верификации диагноза, уточнения показаний и противопоказаний для назначения терапии. Все пациенты получали стандартные противоаллергические препараты (гипосенсибилизирующие, антигистаминные, сорбенты).

Местное лечение проводили топическим кортикостероидом мометазона фууроатом в виде 0,1% мази и крема в зависимости от характера патологического процесса. Препарат наносили тонким слоем 1 раз в день в течение 7-14 дней в зависимости от тяжести заболевания и особенностей течения патологического процесса. Оценка эффективности применения препарата основывалась на определении степени выраженности субъективных и объективных признаков следующим образом:

- клиническая ремиссия – исчезновение всех клинических, в том числе субъективных, симптомов по сравнению с исходным состоянием и даже остаточных проявлений, таких как легкая эритема;