Слід очікувати, що і при ЦНД КІ зазнаватиме суттєвих змін. При цьому термін «концентраційний індекс» доцільно замінити терміном «осмолярний індекс» (ОІ).

Мета. Дослідити особливості показників осмолярного індекса при центральному нецукровому діабеті різного ступеня тяжкості.

Матеріал, методи та результати. У 39 хворих на нецукровий діабет легкого (19), середнього (14) і тяжкого (6) ступеня досліджували осмолярність сечі: (ОС = щільність сечі - 1000 х 35) (Холм Г., Ву Б., 2016), осмолярність крові: (ОК = 1,86 х Na + глюкоза + сечовина + 10) та їхні співвідношення (ОІ). Отримали наступні результати. У хворих на ЦНД легкого ступеня осмолярний індекс виявився (1,25±0,16), середнього – (0,76±0,13), а тяжкого – (0,54±0,14).

Висновки. Пониження осмолярного індекса у нейрохірургічних хворих у понад два рази від норми засвідчує про виникнення ускладнення - центрального нецукрового діабету. За цифровими даними осмолярного індекса у пацієнтів можна оцінювати ступінь тяжкості нецукрового діабету.

УДК 616.12-008.331.1-06:616-08-031.81

Гончаров О. В.

ВПЛИВ ТЕРАПІЇ КАНДЕСАРТАНОМ І АМЛОДИПІНОМ НА ЕНДОТЕЛІАЛЬНУ ДИСФУНКЦІЮ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ

Запорізький державний медичний університет

Ендотеліальна дисфункція (ЕД) відіграє значну роль у патофізіологічних механізмах становлення й прогресування артеріальної гіпертензії (АГ). Серед лабораторних маркерів ЕД виділяють міжклітинні розчинні адгезивні молекули (sICAM-1), підвищення рівнів яких характеризує запальний компонент порушення функції ендотелію. Корекція ЕД при ГХ повинна бути рутинною й обов'язковою частиною терапії. У той же час, вплив антигіпертензивних препаратів на ЕД при ГХ вивчений недостатньо.

Мета дослідження: оцінити вплив комбінованої терапії амлодипіном і кандесартаном на ендотеліальну дисфункцію у хворих на ГХ ІІ стадії.

Матеріали та методи дослідження: було обстежено 32 хворих на ГХ ІІ стадії. Кожен пацієнт дав добровільну письмову згоду на проведення дослідження. Серед обстежених було 18 жінок і 14 чоловіків у віці від 42 до 77 років. У всіх хворих вимірювали рівень sICAM-1 у сироватці крові імуноферментним методом за допомогою діагностичного набору компанії “Diaclone”, Франція. Динаміку виразності ЕД оцінювали до і після 12 тижнів

комбінованої терапії кандесартаном 16 мг один раз на добу і амлодипіном 5 мг 1 раз на добу.

Для аналізу отриманих результатів використовували методи параметричної і непараметричної статистики із застосуванням програми Microsoft Excel пакету Office 365.

Отримані результати та їх обговорення. Під впливом 12-тижневої терапії кандесартаном і амлодипіном рівень систолічного артеріального тиску на кінець періоду спостереження знизився на 30,2±0,9 мм рт. ст., а рівень діастолічного АТ – на 18,6±0,6 мм рт. ст., і 86 % пацієнтів досягли цільових рівнів артеріального тиску.

Через 12 тижнів терапії кандесартаном і амлодипіном рівень sICAM-1 у сироватці крові достовірно знизився на 16,4 % ($p<0,05$). Ці зміни показують, що під впливом комбінованої терапії кандесартаном і амлодипіном спостерігається значне покращення ендотеліальної функції.

Подальші дослідження в даному напрямку допоможуть оптимізувати режими антигіпертензивної терапії у хворих на ГХ, дозволять своєчасно зменшити виразність патологічних порушень, досягти їх зворотного розвитку та запобігти розвитку серцево-судинних ускладнень ГХ.

Висновки: 12-тижнева терапія кандесартаном і амлодипіном достовірно знижує підвищені рівні артеріального тиску, доводячи їх у більшості випадків до цільових показників.

Комбінована терапія кандесартаном і амлодипіном достовірно покращує ендотеліальну функцію у хворих на гіпертонічну хворобу.

УДК 616.36-002.17-002.43-06:616-056.52-07

Господарський І. Я., Гаврилюк Н. М., Прокопчук О. В., Гаврилюк М. Є.

МОЖЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СТАДІЙ ФІБРОЗУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕАЛКОГОЛЬНОЮ ЖИРОВОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ (НАЖХП) ТА НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Патогенез НАЖХП сьогодні до кінця не вивчений, а більшість дослідників вважають, що дане захворювання є печінковим проявом метаболічного синдрому і пов’язане з інсулінорезистентністю та цукровим діабетом 2 типу, гіпертонією, ожирінням та дисліпідемією. Проте не всім пацієнтам, що мають вище згадані стани діагностують НАЖХП, так само як і не у всіх хворих з НАЖХП відмічають дані супутні захворювання.