



Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Белорусский государственный медицинский университет
4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Минск 2010

*Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Белорусский государственный медицинский университет
Комитет по здравоохранению мингорисполкома
УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко»*

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ**

*Материалы Республиканской
научно-практической конференции,
посвященной 50-летию*

УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко»

МИНСК 2010

Редакционный совет: Главный врач – Троянов А. А.
 Заместитель главного врача по хирургической части
 к.м.н., доцент – Кузьмин Ю. В.
 Заместитель начальника кафедры ВПХ ВМедФ в
 БГМУ, к.м.н., доцент – Богдан В. Г.
 Заместитель главного врача по медицинской части –
 Торопилов Д. М.

Рецензенты: д.м.н., профессор Ю. М. Гаин
 д.м.н., профессор А. В. Строчкий
 д.м.н., профессор Н. П. Митьковская
 к.м.н., доцент А. Ч. Буцель

Актуальные вопросы специализированной медицинской помощи, новые направления в медицине (Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 50-летию УЗ «4-я городская клиническая больница им. Н. Е. Савченко») / под редакцией А. А. Троянова, Ю. В. Кузьмина, В. Г. Богдана, Д. М. Торопилова – Минск. – 4-я ГКБ. – 2010. – с.

В сборнике представлены работы, посвященные актуальным вопросам специализированной медицинской помощи, новым направлениям в медицине. Информация полезна для широкого круга ученых и врачей практического здравоохранения.

Подписано в печать 20.09.2010. Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 35. Уч. изд. л. 23,5. Тираж 300 экз. Заказ № 12017.

Издатель и полиграфическое исполнение УП «Донарит»
Лицензия ЛП № 02330/0131582 от 28.07.2005.
Лицензия ЛП № 02330/0494183 от 03.04.2009.
ул. Чернышевского, 10 – 37а, 220012, г. Минск.

больных после проведения процедуры гемодиализа ($831,21 \pm 60,5$ нМ/л, $1217,84 \pm 191,2$ нМ/л, $p < 0,05$) в основной и ($691,61 \pm 106,2$ нМ/л, $801,85 \pm 120,0$ нМ/л, $p > 0,05$) в контрольной группах. Следует отметить, что после проведения курса МОК прирост уровня кортизола в процессе гемодиализа не наблюдался, а имел тенденцию к снижению до и после сеанса ($853,68 \pm 85,6$ нМ/л, $845,87 \pm 129,1$ нМ/л, $p > 0,05$). В то же время, через две недели от момента начала исследования у пациентов контрольной группы произошел прирост уровня кортизолемии от исходного показателя до сеанса гемодиализа, так и после его завершения ($856,79 \pm 114,1$ нМ/л, $1133,37 \pm 240,3$ нМ/л, $p > 0,05$).

Примером позитивного влияния МОК на результаты лечения являются данные годичной летальности наблюдаемых пациентов. Так, за 2009 год в основной группе она составила 5,21/100 пациенто-лет, в контрольной — 8,20/100 пациенто-лет.

Выводы. У больных с тХПН развивается типовой патологический процесс — феномен хронического системного воспаления, который можно идентифицировать с помощью конкретных клинико-лабораторных критериев. Изменения последних после использования комбинации ПГД и МОК могут характеризовать некоторый регресс признаков синдрома «хронического воспаления».

КОРРИГИРУЮЩЕЕ ВЛИЯНИЕ МАГНИТНОЙ ОБРАБОТКИ КРОВИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

¹Савостьяник С. А., ²Спас В. В., ²Якубцевич Р. Э.,

¹Максименко А. В., ¹Щебет Л. З., ¹Янулевич Т. Э.

1УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,

2УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

Введение. Терминальная почечная недостаточность (тХПН), атрибутно требующая почечно-заместительной терапии, является тяжелым осложнением группы заболеваний, существенно ухудшающим качество и продолжительность жизни пациентов. Острая сердечно-сосудистая патология (инфаркт миокарда, инсульт) является основной причиной летальных исходов диализных пациентов. Вследствие повышения частоты факторов развития атеросклероза (гипертензия, сахарный диабет, триглицеридемия, гиперпаратиреоз, нарушения кальциево-фосфорного обмена и др.) в сочетании с повышенным уровнем медиаторов воспаления при тХПН, значительно усугубляется риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний.

Особенностью дислипидемии у больных, находящихся на программном гемодиализе (ПГД), является гипертриглицеридемия в сочетании с дефицитом липопротеидов высокой плотности. Около трети диализных больных имеют повышенный уровень триглицеридемии, что является независимым фактором риска осложнений атеросклероза и обусловлено дефицитом липопротеинлипазы, печеночной липазы, бесконтрольным приемом β -блокаторов, богатой углеводами диетой, применением нефракционированного гепарина. Уровень общей холестеринемии у компенсированных диализных пациентов чаще всего нормальный.

Ранее доказан положительный эффект магнитной обработки крови (МОК) при терапии гипертензий (Золотухина Е.И., Улащик В.С., 2003) и ишемическом поражении сердца и мозга (Кручинский Н.Г., Остапенко В.А., 2005). Экстракорпоральная МОК является одним из методов лечения, основанных на возможности системного влияния на характер патологического процесса.

Цель. Оценить влияние МОК на профиль липидограммы у больных с тХПН, получающих лечение в виде ПГД.

Материалы и методы. Исследование проведено у пациентов основной ($n=36$) и контрольной ($n=28$) групп с тХПН на бикарбонатном ПГД (12-13,5 час/нед.), проводимом по артерио-

венозному варианту на аппаратах «Fresenius 4008В» (Германия) с использованием полисульфоновых мембран («Fresor», Беларусь-Германия) в отделении гемодиализа с экстракорпоральными методами детоксикации УЗ «ГОКБ». Распределение больных по группам проводилось с соблюдением принципов рандомизации. При этом скорость кровотока (260-300 мл/мин), продолжительность сеанса гемодиализа, тип и площадь диализирующих мембран, а также антикоагулянтная поддержка оставались неизменными все время наблюдения. Показатель Кt/V составлял 1,2-2,3 у всех больных.

МОК проводилась аппаратом «Интерспок» (ООО «Магномед», Беларусь-Германия) в течение 30-ти минутного воздействия импульсного магнитного поля (60-200 Гц), модулированного частотой 10 Гц, при индукции 140 ± 10 мТл на кровь во второй половине сеанса гемодиализа. Кровь обрабатывали во время ее протекания по участку венозной магистрали, помещенной в зазор излучателя. Курс МОК составил 6 процедур в дни планового гемодиализа.

Уровень лабораторных показателей регистрировали до и после завершения курса МОК (либо плацебо-МОК в контрольной группе). Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием программ «Statistica 6.0 Windows» (Stat Soft inc., USA). Результаты считали достоверными при величине t-критерия Стьюдента менее 5%.

Результаты. Комбинированное лечение в виде ПД и МОК в основной группе исследования привело к некоторому регрессу значений холестеринемии и коэффициента атерогенности (в т.ч. за счет незначительного повышения фракции липопротеидов высокой плотности, $p > 0,05$). У больных обеих групп на старте исследования отмечалось выраженное повышение уровня триглицеридов (табл. 1). После курса МОК в основной группе исследуемых динамика триглицеридемии отражала достоверное снижение показателей.

Таблица 1. Динамика показателей липидограммы при проведении МОК у пациентов, находящихся на программном гемодиализе

Показатель	Основная группа (n=36)		Контрольная группа (n=28)	
	До МОК	После МОК	До плацебо-МОК	После плацебо-МОК
Холестерин, мМ/л	4,75±0,14	4,57±0,11	4,71±0,18	4,61±0,17
HDL, мМ/л	1,058±0,04	1,110±0,06	1,227±0,06	1,217±0,07
LDL, мМ/л	1,98±0,19	2,0±0,23	1,78±0,22	1,76±0,22
Коэффициент атерогенности	4,63±0,29	4,49±0,34	4,18±0,25	4,15±0,28
Триглицериды, мМ/л	2,29±0,25	1,82±0,15*	1,93±0,19	1,88±0,20

Примечание: *достоверность различий в сравнении с исходным этапом исследования при $p < 0,05$.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения возможности применения экстракорпоральной МОК, как метода профилактики развития атерогенных осложнений у пациентов, получающих лечение в виде ПД. Возможно, наряду с диетотерапией и медикаментозной коррекцией дислипидемии, периодическое проведение курса МОК может стать дополнительной мерой у больных с тХПН в отношении снижения летальности от атеросклеротических осложнений.

ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА: СЕКРЕТОРНАЯ АКТИВНОСТЬ КАРДИОМИОЦИТОВ

¹Статкевич Т. В., ¹Митьковская Н. П., ¹Патейюк И. В.,
¹Картун Л. В., ²Козич И. А., ³Губарь Е. Н.

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²УЗ «4-я городская клиническая больница имени Н.Е. Савченко»,

³ГУ «Республиканский клинический медицинский центр Управления делами Президента Республики Беларусь», г. Минск, Беларусь