**Заіка Аліна Вітольдівна. Особливості сируктурно-функціональних змін жовчного міхура і підшлункової залози у хворих з хронічною серцевою недостатністю : Дис... канд. наук: 14.01.02 – 2005**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Заіка А.В. Особливості структурно-функціональних змін жовчного міхура і підшлункової залози у хворих хронічною серцевою недостатністю та диференційований підхід до їх лікування. -**Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.02 - внутрішні хвороби. Запорізький державний медичний університет МОЗ України. Запоріжжя, 2005.Дисертація присвячена обґрунтуванню діагностики та лікування структурно-функціональних змін підшлункової залози та жовчного міхура у хворих з хронічною серцевою недостатністю, обумовлену ІХС. На основі даних ультразвукового дослідження підшлункової залози та жовчного міхура, дослідження вмісту амілази та трипсину в дуоденальному складовому і амілази та ліпази в сироватці крові, а також визначенняданих фракційного дуоденального зондування та жовчовиділення і біохімічних показників жовчі порції "В" було показано, що у пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю відмічається формуванням так званого "застійного жовчного міхура" та синдрому "застійної" підшлункової залози, яке зумовлене як гемодинамічними розладами зі зниженням ударного і серцевого індексів лівого шлуночка, ударного і хвилинного обємів кровообігу в черевній порожнині та підвищення питомого обєму крові (рідини) в черевній порожнині і активацією ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та фактора Віллебранда, так із побічною дією корінфару, нітросорбіду, периндоприлу. На основі проведених досліджень як в фармакологічних тестах, так і в процесі курсового лікування був розроблений диференційований підхід до лікування хворих з хронічною серцевою недостатністю з урахуванням стану підшлункової залози і жовчного міхура, що характеризується позитивними змінами збоку структурно-функціонального стану жовчного міхура і підшлункової залози внаслідок прямого впливу препаратів на стан даних органів, а також за рахунок покращення системного кровообігу та зменшення набрякового синдрому. |

 |
|

|  |
| --- |
| В дисертації на основі вивчення структурно-функціональних змін жовчного міхура і підшлункової залози, системної гемодинаміки і ренін-ангіотензин-альдостеронової системи та фактора Віллебранда наведене наукове обґрунтування диференційної терапії і оцінка її ефективності в лікуванні вторинних змін в підшлунковій залозі і жовчному міхурі, які є факторами ризику хронічного панкреатиту та хронічного холециститу, що обумовлені безпосередньо хронічною серцевою недостатністю, так і застосуванням периферичних вазодилататорів.1. Дослідження ультразвукових змін підшлункової залози і жовчного міхура показало, що у хворих з хронічною серцевою недостатністю відмічається прогресуюче з наростанням важкості серцевої недостатності, збільшення розмірів голівки, тіла та хвоста підшлункової залози, а також стінки жовчного міхура, показники яких тісно корелюють з рівнем питомого обєму крові (рідини) в черевній порожнині (rп.з.СН І ст.= + 0,379 (р<0,05); rпзСН ІІА ст. = + 0, 402 (р<0,05); rжм СН І ст.= + 0,403 (р<0,05); rжм СН ІІА ст. = + 0, 448 (р<0,02)), що є проявом латентного набрякового синдрому і формування "застійної" підшлункової залози та "застійного" жовчного міхура.
2. Формування та прогресування хронічної серцевої недостатності супроводжується порушенням функціональних властивостей підшлункової залози. Це підтверджується як зниженням вмісту амілази та трипсину в дуоденальному секреті відповідно контрольної групи (при СН І стадії, відповідно, на -2,1% та на -2,4%; при СН ІІА стадії – на -18,6%, (р<0,05) та на -4,5%), так і зменшенням вмісту амілази та ліпази в сироватці крові при СН І стадії – на -5,7% (р<0,001) та на -8,3%; при СН ІІА стадії – на -24,5% (р<0,001) та на -20,2% (р<0,02)).
3. У хворих з серцевою недостатністю І і ІІА стадії визначено збільшення часу жовчовиділення у всіх фазах, зменшення кількості жовчі, швидкості її виділення з жовчного міхура на тлі збільшення щільності жовчі в порції "В", зменшення її рН та вязкості.
4. У хворих з хронічною серцевою недостатністю вміст реніну і альдостерону в сироватці крові прогресує з наростанням важкості серцевої недостатності і достовірно корелює з розмірами тіла підшлункової залози (ренін: rСН І ст.= + 0,374 (p<0,05), rСН ІІА ст.= + 0,419 (p<0,02); альдостерон: rСН І ст.= + 0,396 (p<0,05), rСН ІІА ст.= + 0,432 (p<0,01)), а активність фактора Віллебранда з вмістом амілази і ліпази в сироватці крові (амілаза: rСН І ст. = - 0,405 (p<0,01), rСН ІІА ст.= - 0,412 (p<0,01); ліпаза: rСН І ст.= + 0, 349 (р<0,05); rСН ІІА ст.= + 0,372 (р<0,05)).
5. Проведення фармакологічних тестів з корінфаром і нітросорбідом показало, що, незважаючи на позитивний гемодинамічний ефект, дані препарати зменшують моторну активність жовчного міхура та підсилюють латентний набряк даних структур, що супроводжується тенденцією до збільшення розмірів підшлункової залози, товщини стінки жовчного міхура та його обєму.
6. Вплив комплексного лікування з застосуванням периндоприлу на структурно-функціональний стан підшлункової залози у хворих з хронічною серцевою недостатністю призводить до нормалізації розмірів підшлункової залози, збільшення вмісту амілази та трипсину в дуоденальному секреті (СН І ст.- на +1,0% та на +1,9%; СН ІІ А ст. - на +20,5% (р<0,01) та на +2,8% (р<0,02)) та амілази та ліпази - в сироватці крові (СН І ст.- на +7,4% та на +9,4% (р<0,02); СН ІІ А ст. - на +21,0% (р<0,05) та на +17,8% (р<0,05)) на тлі зниження активності ренін-ангіотензин-альдостеронової системи і активності фактора Віллебранда.
7. Лікування дігоксином характеризувалось достовірним зменшенням обєму жовчного міхура (СН І ст. – на -30,2% (р<0,001); СН ІІ А ст. – на -38,8% (р<0,05)), товщини його стінки (відповідно – на 24,0% (р<0,05) та на -33,3% (р<0,01)) та зростанням швидкості виділення жовчі з жовчного міхура на тлі зменшення її щільності, зростанням її рН, зменшення вмісту білірубіну та холестерину, концентрації і збільшення жовчних кислот в жовчі порції “В” (на +4,9% та на +11,8% (р<0,001)).
 |

 |