

достоверные изменения этих показателей при НЯК. Т.е. можно говорить о наличии взаимосвязи изменений в системе ССА, параметров липидного обмена и показателей функционального состояния поджелудочной железы. Можно предположить, что в патогенез НЯК у исследуемых нами детей существенный вклад вносят изменения на уровне разных систем, и можно выделить разные механизмы формирования этого заболевания. Изменения в системе ССА показывают, что проведенной терапии недостаточно для снятия эндоинтоксикационного синдрома при НЯК.

Заключение. У детей с неспецифическим язвенным колитом выявлены нарушения в системе ССА. Нами найдены достоверные изменения параметров липидного обмена и показателей функционального состояния поджелудочной железы в пределах нормальных значений. При данном заболевании необходимо проведение дополнительных детоксикационных мероприятий и дальнейшее дополнительное изучение биохимических параметров.

139. КАРДИАЛЬНАЯ АВТОНОМНАЯ НЕЙРОПАТИЯ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Корпусова И.В., Шукшина Л.М., Сайфутдинов Р.И.

Областная клиническая больница №3, ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», Оренбург, Россия.

Актуальность. Кардиоваскулярная автономная нейропатия (КАН) является одним из распространенных и тяжелых осложнений сахарного диабета. Наличие КАН во многом утяжеляет течение диабета и значительно влияет на структуру летальности. Поэтому своевременная диагностика этого грозного осложнения и медикаментозная коррекция могут значительно улучшить прогноз у пациентов с сахарным диабетом.

Цель работы. Определить прогностическое значение (КАН) в качестве раннего маркера ишемического повреждения миокарда у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы и методы: обследовано 35 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 40 до 60 лет без тяжелых сопутствующих хронических заболеваний и клинически выраженных осложнений диабета. Помимо общепринятых клинико-лабораторных методов обследования, использованы холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой variability сердечного ритма (ВСР), суточное мониторирование АД с оценкой коэффициента средних значений АД день/ночь, анкетный метод выявления автономной нейропатии с оценкой психоэмоциональных нарушений по программе EURODIAB в модификации Данилова А.Б., а также вегетативные тесты на выявление КАН; проанализированы вегетативные нарушения в других органах и состояние периферической иннервации по шкалам симптомов нейропатии.

Результаты: в ходе проведенного исследования по данным холтеровского мониторирования ЭКГ и положительным вегетативным пробам (суммарная оценка по 5 стандартным тестам выше 5 баллов) КАН

диагностирована у 16 человек (46%). Безболевого ишемия миокарда (БИМ) установлена у 12 больных (75%), страдающих КАН, в то время как у пациентов, не имеющих этого осложнения, она зафиксирована лишь в 11% случаев (4 человека). Влияние автономной функции оценивалось по variability частоты сердечных сокращений или ритма сердца при глубоком дыхании, пробой Вальсальвы, пробой «30:15» и реакцией систолического артериального давления (САД) на ортопробу. Ощущение боли было снижено у пациентов с СД и КАН, позволяя им дольше выполнять нагрузку, несмотря на ишемию миокарда. Задержка этого ощущения ассоциировалась с сочетанием КАН и БИМ. Нарушение variability сердечного ритма взаимосвязано с развитием периферической соматической нейропатии. У пациентов с безболевого ишемией миокарда выявлена прямая корреляционная связь между снижением ВСР по данным холтеровского мониторирования ЭКГ и степенью тяжести полинейропатии, оцененной по шкалам симптомов нейропатии. Нами установлена прямая корреляционная зависимость частоты встречаемости БИМ от длительности СД 2 типа.

Выводы: в ходе проведенного исследования обнаружена высокая частота КАН у больных СД 2 типа. Чувствительным признаком автономной дисфункции сердца является variability ритма сердца. Учитывая тесную взаимосвязь безболевого ишемии миокарда и КАН, необходимо своевременное выявление этого осложнения диабета, выступающего в роли раннего маркера ишемического повреждения миокарда у больных СД 2 типа.

140. НЕ ПРЕУВЕЛИЧИВАЕМ ЛИ МЫ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТОЧАЩЕЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ?

Корымасов Е.А., Никифоров О.В.

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия

Актуальность. К сожалению, современные противоязвенные препараты не уменьшили частоту язвенного гастродуоденального кровотечения. При этом оперативная активность снизилась с 40,8% до 13,8%. В лечении данной категории больных хирург ставит перед врачом-эндоскопистом три задачи: 1) установить источник кровотечения, 2) определить устойчивость гемостаза, 3) осуществить эндоскопический гемостаз.

Цель. Ответить на вопрос – не преувеличиваем ли мы возможности эндоскопического гемостаза при язвенном гастродуоденальном кровотечении?

Материал и методы. При оценке характера кровотечения хирург требует от врача-эндоскописта ответить на вопрос: продолжается кровотечение или нет. При этом и тот, и другой ориентируются на классификацию язвенного кровотечения по J.Forrest (1987). Подтекание венозной или артериальной крови во время эндоскопии отмечается примерно в 1% исследований. В подавляющем большинстве случаев эндоскопист сталкивается с остановившимся кровотечением. Поэтому трудно предсказать его судьбу. Кроме того, понятие «устойчивый» и «неустойчивый»