

постсиналтические альфа-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ в качестве монотерапии).

Вторая ступень: диуретик и бета-блокатор, или к диуретику добавляют антиадренергические препараты (резерпин, метилдопа, клонидин), или замена использовавшегося раньше препарата другим.

Третья ступень: комбинирование бета-блокатора, диуретика и вазодилататора, или замена другого препарата.

Четвертая ступень: добавляют третий или четвертый препарат.

При АГ, преимущественно симпатикотонической (тахикардия, аритмия), лучше начинать с бета-блокаторов. При АГ, связанной с высокой активностью ренина (по эффективной пробе с каптоприлом 25 мг per os) эффективны ингибиторы АПФ.

У тучных больных, с признаками задержки жидкости, хорошее действие оказывают диуретики, к тому же у больных молодого возраста предпочтительнее применять бета-блокаторы и ингибиторы АПФ, у пожилых - диуретики и антагонисты кальция.

Таким образом, индивидуально подходу к каждому больному с АГ необходимо создать соответствующую программу медикаментозного воздействия.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГИПЕРЛИПИДЕМИЙ (РЕФЕРАТИВНЫЙ ОБЗОР)

Лаба В.В. - к.м.н., доцент кафедры терапии, СумГУ

Пилипенко В.И. - студент IV курса, 304 гр.

СумГУ

С целью вторичной профилактики атеросклероза используются 4 основных класса гиполипидемических средств. Наиболее широко используются статины: ловастатин (левакар), правастатин (липостат), симvastатин (зокор), флувастатин (лескол). Так, ловастатин снижает уровень холестерина, блокируя его

синтеза в печени. Он снижает общий холестерин на 20-45%, триглицериды плазмы на 10-20%, и повышает холестерин липопротеиды высокой плотности (ХЛВП) на 8-15%. Аналогичен по действию и правостатин.

Следующим классом гиполипидемических средств являются производные фибровой кислоты (клофибрат, фенофибрат, безафибрат, гемфиброзил, ципрофибрат). Клофибрат из-за побочных эффектов применяется ограничено. Фенофибрат (липантил) лучше других вместе с циплофибратом снижает уровень триглицеридов в липопротеидах очень низкой плотности (ЛПОНП). Используется при всех типах гиперлипоротемий, за исключением I типа.

Безафибрат используется при всех типах ГЛП (кроме I типа), он особенно эффективно снижает триглицериды - на 40-60%, общий холестерин и холестерин ЛПНП - на 20-23%.

Ципрофибрат по эффективности такой, как и другие препараты этой группы, иногда дает регрес кожных ксантом.

Третьим классом лекарственных средств являются производные никотиновой кислоты (никотиновая кислота, аципимокс, эндурацин). Они снижают содержание холестерина и особенно триглицеридов, а также повышают уровень холестерина ЛПВП.

Эндурацин - это новая лекарственная форма никотиновой кислоты, эффективность которой зависит от дозы.

Последним классом являются анионообменные смолы. Это нерастворимые соединения, связывающие желчные кислоты в просвете кишечника и усиливающие их фекальную экскрецию. Представителями этого класса есть холестирамин, холестипол, неомицин, пробукол, эйконол. Особенно показаны эти препараты при гетерозиготной форме гиперлипоротемий.

Холестирамин у больных с умеренной гиперлипидемией 2a и 2b типов снижает средний уровень общего холестерина на 8,5%, холестерина ЛПНП - на 12,6%.

а содержание холестерина ЛПВП возрастает на 3%, триглицеридов - на 4,5%. Колестипол является по механизму действия близким к колестирамину. Неомитин является плохо всасываемым антибиотиком, эффективно снижающим уровень холестерина. Длительное его применение приводит к уменьшению у пациентов с семейной гиперхолестеринемией концентрации холестерина в крови почти на 30%. Пробукол умеренно снижает содержание холестерина в крови и оказывает очень незначительное воздействие на уровень триглицеридов. Он эффективен у пациентов 2а и 2б типов гиперлипидемий и при 4-м типе, где его эффективность несколько ниже.

Кроме вышеперечисленных лекарств, гиперлипидемическое действие оказывают продукты, содержащие длинноцепочечные полиненасыщенные W-3 жирные кислоты, в частности эйкозол.

Таким образом, в настоящее время существует широкий выбор гиполипидемических средств для вторичной профилактики атеросклероза.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ И ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОДНОЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ПИЩЕВОДА И ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Кондрачук С.А., к.м.н., ассистент кафедры терапии
СумГУ

Рак пищевода и проксимального отдела желудка занимает 5-7 место в структуре онкологических заболеваний пищеварительного тракта.

В настоящее время в хирургическом лечении рака пищевода и проксимального отдела желудка ведущее место занимают одноэтапные операции, выполняемые, как правило, в крупных онкологических центрах. Различные варианты эзофагогастропластики, выполняемые одномоментно имеют ряд преимуществ по сравне-