



Окіпняк І.В.

ЗМІНИ ДОБОВОГО РИТМУ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою дослідження став аналіз змін добової ритміки артеріального тиску (АТ) у пацієнтів із артеріальною гіпертензією (АГ) та остеоартрозом (ОА) залежно від наявності надлишкової маси тіла.

Проаналізовано результати добового моніторингу АТ, яке було проведено 65 пацієнтам з ізольованою АГ (група I, n=35) та АГ поєднаною з ОА (група II, n=30). Залежно від величини індексу маси тіла (ІМТ) пацієнтів обох груп було розподілено на дві підгрупи: ІА (n=17) та ІІА (n=18) – особи з ІМТ<25 кг/м²; ІБ (n=15) та ІІБ (n=15) – пацієнти з ІМТ>25 кг/м².

Встановлено, що показник середньодобового систолічного артеріального тиску (САТ) був достовірно вищим у хворих групи II (161,34±5,24 мм рт. ст.) у порівнянні з особами групи I ((148,26±3,82) мм рт. ст., p<0,05). Подібна закономірність відмічалась і для значень середньодобового діастолічного артеріального тиску (ДАТ). Так, у пацієнтів групи I цей показник становив 86,44±2,72 мм рт. ст., в той час, як у осіб групи II він склав – 95,18±3,15 мм рт.ст.) (p<0,05). Середньодобові значення САТ та ДАТ у пацієнтів обох груп залежно від ІМТ показав, що всередині груп відбувається зростання середньодобових значень АТ зі зростанням ІМТ. Так, у обстежених осіб з ІМТ<25 кг/м² середньодобові значення САТ становили 153,62±4,38 мм рт.ст., а ДАТ – 87,31±2,93 мм рт.ст.; в той час, як у пацієнтів підгруп ІБ та ІІБ реєструвалися достовірно вищі значення обох показників: 168,24±5,71 мм рт.ст. (p<0,05) для САТ та 96,89±3,74 мм рт.ст. (p<0,05) для ДАТ. Отже, у пацієнтів з коморбідним перебігом АГ та ОА вірогідно збільшуються добові коливання САТ і ДАТ із зростанням ІМТ, що суттєво погіршує прогноз у цієї категорії пацієнтів.

Палібрда Н.М.

ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВІ УРАЖЕННЯ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ: ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ЛІКУВАННЯ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Останнім часом у терапевтичних колах все більше уваги приділяється коморбідній патології. Зокрема, встановлений чіткий взаємозв'язок неалкогольної жирової хвороби печінки (НАЖХП) з розладами вуглеводного обміну, обумовленими інсулінорезистентністю. Цукровий діабет 2-го типу та/або порушення толерантності до глюкози асоціюються з НАЖХП в 75% випадків. Більшість теорій вказують на важливу роль перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), яке може бути причиною пошкодження біологічних мембран, порушення функцій печінки. Анатомо-функціональний зв'язок гепатобіліарної системи з органами гастроуденальної зони сприяє формуванню і прогресуванню патологічних змін у цих органах. Встановлений чіткий взаємозв'язок порушень ліпідного і вуглеводного обміну, обумовлених інсулінорезистентністю, та інтенсифікації ПОЛ з розвитком ерозивно-виразкових уражень шлунка (ЕВУШ).

Мета роботи - вдосконалити методику диференційованого лікування ЕВУШ у хворих на НАЖХП.

Обстежено 20 хворих на НАЖХП з ЕВУШ: 1-а (контрольна) група (10 осіб) – отримувала базисну терапію. 2-а (основна) група (11 осіб) – додатково препарат Екстра Ербісол® внутрішньо-м'язово щоденно двічі по 2 мл впродовж 3 тижнів. Зменшення інтенсивності астенічного та диспепсичного синдромів спостерігалось у пацієнтів основної групи на 5-7 день лікування, тоді, як у хворих контрольної групи - на 10-12 день. У хворих 2-ї групи виявлено вірогідне зниження загального білірубіну, його прямої фракції в динаміці лікування (p<0,05); нормалізація рівня непрямого білірубіну, АлАТ. Встановлено більш істотне зменшення показників ПОЛ у сироватці хворих основної групи: вміст малонового альдегіду зменшився на 20,1% (p<0,001) проти 11,6% (p<0,05) у контрольній групі; вміст дієнових кон'югатів – на 22,7% (p<0,05) проти 14,5% (p>0,05). Вивчення ендоскопічної картини у пацієнтів 2-ї групи показало загоєння ЕВУШ впродовж 3 тижнів у 81,8% пацієнтів (в 1-й групі – у 60,0%).

Таким чином, застосування на тлі базисної терапії Екстра Ербісолу® збільшує ефективність лікування ерозивно-виразкових уражень шлунка у хворих на НАЖХП, що обумовлено, зокрема, антиоксидантними та гепатопротекторними властивостями препарату.

Патратій М.В., Щербиніна М.Б.

ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ ДИСБАКТЕРІОЗУ КИШКІВНИКА У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Остеоартроз – є однією з найчастіших причин втрати працездатності людьми молодого віку. Пацієнти з цією патологією вимушені протягом багатьох років регулярно приймати нестероїдні протизапальні препарати, які підвищують кишкову проникливість, що не може не вплинути на стан мікрофлори порожнини товстої кишки.



Мета дослідження - вивчити зміни мікрофлори порожнини товстої кишки у хворих на остеоартроз, та підвищити ефективність лікування цих хворих шляхом корекції мікробіоценозу товстої кишки.

Під спостереженням знаходились 93 хворих на остеоартроз у віці від 38 до 65 років, у т.ч. 63 жінки (68,4%) та 29 чоловіків (31,6%). Пацієнти були поділені на основну та контрольну групи. Хворим основної групи (63) на фоні стандартної схеми лікування остеоартрозу проводилася корекція дисбіотичних змін препаратами лактовіт або біфіформ (в залежності від дисбіотичних змін) та препаратом мукофальк. Мукофальк – це препарат рослинного походження, який має різні механізми дії: ентеросорбція води, токсинів та бактерій, цитопротекція, нормалізація мікрофлори. Мукофальк в якості пробіотику стимулює ріст власної мікрофлори кишківника – за рахунок швидкоферментуючої фракції забезпечується швидкий біфідогенний ефект. Контрольна група (30) отримувала стандартну схему лікування остеоартрозу без корекції змін кишкової мікрофлори. Всі хворі були обстежені до та після курсу лікування. Діагноз та стадію дисбактеріозу встановлювали за опублікованими критеріями (Харченко Н.В., 2000), мікроекологічний стан порожнини товстої кишки оцінювали за індексом сталості (С%) кожного виду.

У всіх обстежених хворих виявлені зміни мікрофлори товстої кишки різного ступеню: дисбактеріоз I ступеню – у 20 хворих (21,3%), дисбактеріоз II ступеню у 21 (22,7%), дисбактеріоз III ступеню – 35 (44%), дисбактеріоз IV ступеню у 17 (12%) хворих на остеоартроз. При цьому у хворих основної групи дисбактеріоз I ступеню мав місце у 16% хворих, дисбактеріоз II ступеню у 19,2%, дисбактеріоз III ступеню у 60%, дисбактеріоз IV ступеню у 4,8%. В результаті лікування в стаціонарі у хворих основної групи значно покращився мікробний пейзаж (дисбактеріоз I ступеню у 31,25%, дисбактеріоз II ступеню у 37,5%, дисбактеріоз III ступеню у 31,25%, дисбактеріоз IV – 0%), в той час як у хворих контрольної групи істотних змін мікрофлори не відбулося, а навіть у певній категорії дисбактеріоз поглибився. Слід відмітити, що у хворих основної групи значно скоріше (на 2-3 дні) зменшились клінічні прояви остеоартрозу (біль в суглобах, скутість), ніж у хворих контрольної групи, що можна пояснити імуносупресорною дією мукофальку. Крім того у 75% хворих основної групи прояв кишкової диспесії зникли на другому тижні лікування та значно зменшились у 25%, чого не спостерігалось у хворих контрольної групи.

Отже, включення в комплекс лікування остеоартрозу пробіотиків та мукофальку нормалізує показники мікрофлори порожнини товстої кишки, що сприяє покращенню якості життя хворих.

Плеш І.А., Борейко Л.Д., Гайдич Л.І.

ОПТИМІЗАЦІЯ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ДОЗУВАННЯ ДІУРЕТИКІВ У АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти,
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Основним завданням лікування хворих на ЕГ II ст. є, в першу чергу, нормалізація рівня АТ згідно розроблених та затверджених МОЗ України рекомендацій з урахуванням ступеню вираженості факторів ризику. Вищий ступінь доказовості ефективності антигіпертензивного (АГ) лікування мають діуретики (Д) інгібітори ангіотензинперетворювального фермента (ІАПФ) та блокатори рецепторів до АТІІ (БРА II). Частіше в клінічній практиці АГ – лікування використовують комбіноване застосування Д+ІАПФ або Д+БРА II. Із покращенням ефективності такого лікування зростають, побічні дії їх компонентів. Зокрема, діуретики при тривалому їх застосуванні можуть викликати гіперурикемію з розвитком сечокиислої діатезу, або/чи цукровий діабет. Отже, постає суттєва проблема підбору оптимальної мінімальної але ефективної дози Д, що склало основну мету нашої роботи.

У 56 хворих на ЕГ II ст., з II ступенем зростання АТ та 20 здорових осіб, проводили добове моніторування АТ за загальновищаною методикою кожних 15 хв, в активній та 30 хв. – I год. в пасивній періоди доби на апараті АВРР-02 української фірми «Solvaig». Автоматично, за даними систолічного і діастолічного рівнів АТ вираховувалися дані СДТ, його середньоденні, нічні та добові рівні. За даними добового діурезу та концентрації у ньому іонів Na⁺ визначеної електрометричним методом за допомогою іонселективних електродів (SINO-05) вираховували добову екскрецію натрію. За величиною їх співвідношення вираховували коефіцієнт пресорного натрійурезу (КПН): $KPH = E_{Na^{+} \text{ доб.}} / CDT_{\text{доб.}}$. $E_{Na^{+} \text{ доб.}}$ - добова екскреція натрію (ммоль), СДТ – середньодинамічний середньодобовий АТ. При умові змін функціональної активності нирок у хворих на ЕГ II ст. спостерігається відставання екскреції іонів натрію та води від величини середнього за добу АТ при КПН у здорових нормотензивних людей $\geq 1,5$. У 56 хворих на ЕГ II ст., розрахований КПН в середньому становив $1,20 \pm 0,03$; при контрольній величині $1,55 \pm 0,04$ ($p < 0,05$). Підвищення дози діуретика чи діуретичного компонента на 12,5 мг у хворих з низьким КПН $1,2 - 1,3$ у 82% хворих (46) прискорило в часі досягнення ними цільового АТ та нормалізувало КПН до величини $1,5 \pm 0,06$. Повторне біохімічне дослідження крові у цих хворих не дало приросту ні рівня глюкози ні сечової кислоти.

Отже, використання простого діагностичного тесту - співвідношення добової екскреції натрію до середньодобового рівня системного АТ патогенетично обґрунтовує застосування оптимальної дози діуретика в довготривалому антигіпертензивному лікуванні з обмеженням побічних негативних проявів (гіперурикемії та гіперглікемії) – важливих факторів ризику прогресування ЕГ.