



7,9%, а у пацієнтів із коморбідною патологією - на 17,4% ($p < 0,05$). Зниження показників СФА та ФФА може спричинити формування мікротромбоцитарних та фібринових згустків у мікроциркуляції тканин, спричиняючи розвиток внутрішньосудинного згортання крові в мікроскопічних масштабах. Внаслідок ремоделювання тканин в підшлунковій залозі, а також в легеневій тканині, пошкоджується проникність клітинних мембран, спричинених оксидативним стресом та дисфункцією ендотелію. Як наслідок, розвивається фібротизація паренхіми підшлункової залози, порушується локальний кровообіг (мікроциркуляція) з фіксацією ознак гіпоксії.

Таким чином, у пацієнтів з коморбідною патологією – ХП та ХОЗЛ, СФА знижується за рахунок пригнічення ФФА, а порушення структури сумарного фібринолізу пов'язане з підвищенням НФА.

Мандрик О.Є.

**ЗАСТОСУВАННЯ ГЕПАДИФУ, ЕЗЕТИМІБУ ТА ФОЗИНОПРИЛУ У ХВОРИХ
ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ
НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ, ОЖИРІННЯ ТА ГХ ІІ СТ.**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Актуальність проблеми зумовлена істотним зростанням у останній час частоти коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ) на фоні ожиріння із розвитком неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), який характеризується синдромом взаємообтяження.

Мета дослідження – вивчити вплив комплексу засобів гепадифу, езетимібу (езетролу) та фозиду (фозиноприлу) на перебіг НАСГ, ГХ ІІ стадії, ожиріння. Обстежено 120 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ ІІ стадії та ожирінням І ступеня. Для визначення ефективності лікування було сформовано 2 групи пацієнтів, які були рандомізовані віком, статтю, ступенем ожиріння, та активністю цитолітичного синдрому. Контрольна група (К) (60 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, есенціале Н по 1 капсулі 3 рази на день (як гепатопротекторний препарат), аторвастатин (аторкор) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та еналаприлу малеат по 10 мг на добу під контролем АТ упродовж 30 днів. Основна група (О) (60 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, гепадиф (Г) по 1 капсулі 3 рази в день (як гепатопротекторний препарат), езетиміб (Е) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та фозиноприл (Ф) по 10 мг на добу для контролю АТ упродовж 30 днів. Під час дослідження випадків побічної дії ліків не було.

На підставі порівняльної динаміки інтенсивності основних клінічних синдромів О та К груп на 30-й день лікування. Загальна слабкість, у О групи зі схемою лікування: гепадиф, езетиміб, фозиноприл становила - 4,8 бала. А в К групи зі схемою лікування: есенціале Н, аторвастатин, еналаприлу малеат становила - 3 бали. Працездатність, у О групи зросла до - 4,9 бала. Тоді, як у К групі істотного зростання працездатності не відмічалось - 2,8 бала. Гіркота у роті, у О групи зменшилась і становила - 4,5 бала. У К групи прояв даного симптому зменшився незначно та становив - 1, 4 бала. Сухість у роті, у О групи її прояви майже не спостерігались та становили - 4, 8 бала. Тоді, як в К групі прояви спостерігались часто і становили – 1,8 бала. Нудота, у О групи спостерігалася рідко і становила - 4,3 бала, а в К групі виявлялася часто і становила - 2,5 бала. Здуття живота, у О групи майже не було і становило 4,7 бала. А в К групі здуття живота було частим проявом і становило – 1,7 бала. Відчуття важкості у правій підреберній ділянці, у О групи зменшилось і становило - 4,7 бала. А в К групі зменшення прояву не істотне і становило - 2,3 бала. Гепатомегалія, у О групи рідко виявлялась і становила - 4,6 бала. А в К групі, цей прояв був частіший і становив - 3,2 бала.



Отже, лікувальний комплекс із включенням препаратів гепадиф, фозиноприл та езетіміб був ефективніший за традиційну комбінацію: ессенціале Н, еналаприл та аторвастатин, як у відношенні швидкого досягнення ремісії основного так і супровідного захворювань.

Неміш І.Л.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ ЗА КОМОРБІДНОГО ПОЄДНАННЯ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ ТА ОЖИРІННЯМ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Однією із важливих проблем сучасності є невпинні темпи зростання кількості хворих з ожирінням, високий рівень смертності та низька якість життя у пацієнтів з хронічним коронарним синдромом (ХКС) та хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Метою дослідження було порівняти особливості клінічного перебігу захворювання у пацієнтів з ХКС, ХОЗЛ та нормальною масою тіла, ХКС, ХОЗЛ та надмірною масою тіла та ХКС, ХОЗЛ та ожирінням та виділити групу пацієнтів, яка знаходиться у групі найбільшого ризику розвитку несприятливих кардіоваскулярних подій. Обстежено 88 пацієнтів яких було поділено на 4 групи: 22 обстежуваних з ХКС та ожирінням (група 1), 22 хворих з ХКС, ХОЗЛ та нормальною масою тіла (група 2), 22 пацієнти з ХКС, ХОЗЛ та надмірною масою тіла (група 3) та 22 обстежуваних з ХКС, ХОЗЛ та ожирінням (група 4). Усім пацієнтам проводився збір скарг, даних анамнезу щодо частоти та тривалості загострень та визначення індексу пачко-років за формулою: (к-сть сигарет, яку пацієнт викурював за день×стаж куріння (роки))/20. Статистичну обробку даних проводили за допомогою програми SPSS Statistica 23.

У результаті дослідження встановлено збільшення індексу пачко-років у 2,8 раза у другій групі порівняно з першою, а також у пацієнтів з ХКС, ХОЗЛ та нормальною масою тіла в 1,4 раза у порівнянні з хворими з ХКС, ХОЗЛ та надмірною масою тіла ($p < 0,05$). Тривалість ліжко-днів у пацієнтів другої групи була вищою на 21,7% порівняно з учасниками першої групи, та на 20% у порівнянні з пацієнтами третьої групи.

Стискаючий біль у ділянці серця при незначному та звичайному фізичному навантаженні відмічався у 100% пацієнтів з ХКС та ожирінням та виникав у 1,8 раза, у 2 рази та у 2,7 раза частіше порівняно з хворими другої, третьої та четвертої клінічних груп, в яких було виявлено відсутність типового стенокардитичного болю у 45,4%, 50% та 63,6% випадках відповідно ($p < 0,01$). Кількість спожитих таблеток нітрогліцерину була вірогідно нижчою у пацієнтів 2-ї, 3-ї та 4-ї груп порівняно з хворими з ХКС та ожирінням. Посилене серцебиття відмічалось у 14 (63,6%) хворих з ХКС, ХОЗЛ та ожирінням та було у 2,8 раза, у 2 рази та у 2,3 раза частішим порівняно з пацієнтами з ХКС та ожирінням, обстежуваними з ХКС, ХОЗЛ та нормальною масою тіла та ХКС, ХОЗЛ та надлишковою масою тіла ($p < 0,05$). Задишка була відсутньою у половини пацієнтів з ХКС та ожирінням порівняно з трьома іншими групами ($p < 0,05$). Зниження працездатності та загальна слабкість спостерігалася у 3,4 раза частіше у 3-й групі та у 3,8 раза у 2-й, 4-й групах у порівнянні з першою групою хворих, що свідчить про більш виражені ознаки втоми при коморбідному поєднанні патологій ($p < 0,05$).

Отже, результати аналізу особливостей клінічного перебігу свідчать про найбільш виражене маскування типового стенокардитичного болю проявами задишки у пацієнтів з ХКС, ХОЗЛ та ожирінням, що являється загрозливим для цієї групи пацієнтів у зв'язку з виникненням диференційно-діагностичних труднощів ідентифікування початку розвитку несприятливих кардіоваскулярних подій.