



системи на функціональну активність шлунково-кишкового тракту та бронхолегеневу систему. Було встановлено, що порушення функції вегетативного відділу нервової системи може слугувати незалежним патогенетичним фактором ризику виникнення неінфекційного загострення шлунково-кишкової патології. Фонова ваготонія, яка визначає схильність до бронхоспазму, дискринії, гіперсекреції бронхіального секрету, шлункового соку та секрету підшлункової залози (ПЗ) і, одночасно, до спазму сфінктера Одді, що є чинником ризику розвитку протокової гіпертензії, внутрішньопротокової активації ферментів та рецидивування загострень ХП.

Метою нашого дослідження стало вивчення стану вегетативної нервової системи у хворих на ХОЗЛ при поєднаному перебігу з ХП.

У відповідності з метою роботи нами було проведено комплексне обстеження 60 хворих серед яких було 30 хворих на ХОЗЛ 2,В з ізольованим перебігом у фазі неінфекційного загострення (1-ша група), 30 хворих на ХОЗЛ 2,В з ізольованим перебігом у фазі неінфекційного загострення із супровідним ХП у фазі помірного загострення (2-га група). В контрольну групу (К) увійшли 10 практично здорових осіб відповідного віку та статті, які на момент обстеження не мали ознак загострення соматичної патології. Середній вік обстежених хворих склав $(51,73 \pm 11,5)$ років. З метою оцінки стану вегетативної нервової системи визначався сироватковий рівень холінестерази, також для оцінки стану вегетативної нервової системи був використаний вегетативний індекс Кердо. Позитивне число вказувало на перевагу симпатичного впливу, негативне – парасимпатичного впливу вегетативної нервової системи.

При вивченні стану вегетативної нервової системи у хворих на ХОЗЛ за умови поєданого перебігу із ХП, було встановлено зниження вмісту холінестерази в сироватці крові у хворих на ХОЗЛ у порівнянні з КГ, що може робити вагомий внесок у розвиток бронхообструктивного синдрому у цій категорії хворих. А саме в 1-шій групі $(69,49 \pm 17,84)$ мккат/л ($p < 0,05$), в 2-гій групі $(54,59 \pm 20,13)$ мккат/л ($p < 0,05$) та в КГ $(96,26 \pm 9,61)$ мккат/л із наявністю вірогідної міжгрупової різниці ($p < 0,05$). При аналізі отриманих даних привертає увагу наявність більш статистично вірогідного зниження показників рівня холін естерази в сироватці крові у 2-гій групі хворих, тобто при поєданому перебігу ХОЗЛ та ХП, що свідчить про погіршення клінічного перебігу ХОЗЛ у хворих за умови супутнього ХП. При оцінці індексу Кердо виявлено підвищення впливу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у обстежуваних групах хворих у порівнянні з КГ, а саме в 1-шій групі $(-0,68 \pm 0,03)$ ($p < 0,05$), в 2-гій $(-0,81 \pm 0,04)$ ($p < 0,05$), та в КГ $(1,1 \pm 0,02)$ із наявністю вірогідної між групової різниці. Також встановлений прямий кореляційний зв'язок між індексом Кердо та рівнем холінестерази в сироватці крові. Отже у хворих на ХОЗЛ при поєданому перебігу з ХП можна побачити підвищення впливу парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у порівнянні з групою хворих з ізольованим перебігом ХОЗЛ.

Таким чином, в разі поєдання ХОЗЛ та ХП підсилюється вплив парасимпатичного тонуусу вегетативної нервової системи, чим можна пояснити погіршення клінічного перебігу ХОЗЛ за умови коморбідного перебігу з ХП.

Чимпой К.А.

ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЕУТИРЕОЇДНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ ТА ЦИРОЗИ ПЕЧІНКИ НЕ ВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Останнім часом в літературі накопичуються дані про зв'язок між патологією печінки та тиреоїдною патологією. Тому актуальною є розробка нових методів лікування хворих на хронічні дифузні захворювання печінки (ХДЗП) не вірусної етіології із урахуванням особливостей тиреоїдного гомеостазу.

Мета дослідження - вивчити динаміку показників тиреоїдного гомеостазу у хворих на ХДЗП на тлі застосування селеномісного препарату триовіт.

Обстежено 82 хворих на ХДЗП (хронічні гепатити та цирози печінки). Хворі на хронічний гепатит вірусної етіології, хворобу Вільсона-Коновалова, природжену недостатність альфа-антитрипсину (альфа-інгібітора протеїнази), ідіопатичний (генетичний) гемохроматоз, аутоімунний гепатит у дослідження не включалися. Пацієнти розподілені на дві групи, репрезентативних за віком, статтю, ступенем активності цитолізу та компенсації цирозу печінки. У першу групу (група порівняння) увійшло 37 хворих на ХДЗП, яким проводилася загальноприйнята терапія (дієтичне харчування (№5), гепатопротектори, за потребою - сечогінні препарати, дезінтоксикаційні засоби. Основну групу склали 45 пацієнтів із ХДЗП, які на тлі базисного лікування отримували триовіт по 2 капсули на день зранку та ввечері впродовж 1-го місяця. Особливості тиреоїдного гомеостазу вивчали за визначенням вмісту в сироватці крові вільного тироксину (vT_4), вільного трийодтироніну (vT_3) та тиреотропного гормону (ТТГ) імуноферментним методом, а також обчисленням коефіцієнту vT_3/vT_4 .

Дослідження показників тиреоїдного гомеостазу у хворих на ХДЗП встановило вірогідне зниження рівня vT_3 та зростання концентрації vT_4 за рахунок порушення периферичного монодейодування на тлі підвищення тиреотропної функції гіпофіза. Як підтвердження цього припущення відмічалось вірогідне зменшення показника vT_3/vT_4 . Після проведеного лікування в основній групі пацієнтів спостерігалось вірогідне ($P < 0,05$) зменшення вмісту ТТГ у сироватці крові на 21,1% порівняно з вихідним значенням, у той час як у



групі порівняння відмічалася тільки невірогідна тенденція до зниження даного показника Концентрація вТ₃ зазнавала вірогідних змін також тільки в основній групі, вірогідно зростаючи на 8,1% (P<0,05). Вміст вТ₄ в динаміці лікування вірогідно зменшувався тільки в основній групі на 14,2% (P<0,001). Застосування триовіту на тлі базисної терапії сприяло покращанню периферичного дейодування Т₄ у Т₃. Як наслідок, вірогідно зросло значення вТ₃/вТ₄ (P<0,05).

Застосування в комплексному лікуванні хворих на ХДЗП із порушенням тиреоїдного гомеостазу селеновмісного препарату триовіт сприяє вірогідному підвищенню вмісту вільного трийодтироніну на тлі зниження вмісту тиреотропічного гормону і вільного тироксину.

Чурсіна Т.Я., Міхалєв К.О.*

МОДИФІКОВАНИЙ СЕПТАЛЬНИЙ ІНДЕКС ТЕІ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ЗА РІЗНИХ ПАТЕРНІВ РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛШ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»

*Державного управління справами, м. Київ**

В ході дослідження ставили за мету вивчити інтегральну функцію міокарда, визначену за модифікованим септальним індексом ТЕІ, та функціональний стан нирок у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та ішемічною хворобою серця (ІХС) за різних патернів ремоделювання (Р) лівого шлуночка (ЛШ).

Обстежили 116 чоловіків (у 110 пацієнтів була АГ, у т.ч. її констеляція з ІХС; у 6 пацієнтів була ізольована ІХС); середній вік (медіана (Ме) [верхній і нижній квартилі (Q1-Q3)]) 60 (53–67) років). Клінічні ознаки серцевої недостатності (СН) спостерігались у 29 пацієнтів (25,0 %). Ехокардіографія з визначенням типу Р, систолічної та діастолічної дисфункції ЛШ, а також параметрів кінетики фіброзного кільця мітрального клапана (тканинна доплерографія), виконана у 102 пацієнтів (у 98 (96,1 %) випадках була гіпертрофія ЛШ). Когорта цих пацієнтів була стратифікована на 4 патерни Р ЛШ: патерн 1 (П1) (Р ЛШ без дисфункції, n=27 (26,5 %) – контрольна); патерн 2 (П2) (Р ЛШ з його дисфункцією без клінічних ознак СН, n=50 (49,0 %)); патерн 3 (П3) (Р ЛШ з СН I–II А ст., ФК II–III, n=8 (7,8 %)) та патерн 4 (П4) (Р ЛШ з СН IIБ ст., ФК III, n=17 (16,7 %)). Для визначення інтегральної функції міокарда розраховували модифікований індекс Теі (за параметрами кінетики септального [TeisepT] відділу фіброзного кільця мітрального клапана). Функціональний стан нирок оцінювали за розрахунковою швидкістю клубочкової фільтрації (рШКФ) (формула СКD-EPI). Середні величини представлені у вигляді Ме (Q1-Q3). Дані аналізувались за допомогою непараметричних методів (дисперсійний, кореляційний аналіз). Рівень статистичної значущості був p<0,05 (з урахуванням поправки Бонферроні для множинних порівнянь).

П4, порівняно з П1, характеризувався більш вираженим порушенням інтегральної функції міокарда ЛШ: TeisepT – 0,79 (0,65–0,88) проти 0,47 (0,41–0,54) у.о., відповідно; p<0,001. Крім того, рШКФ при П4 була менша за таку у пацієнтів з П1: 69,4 (60,2–84,5) мл/хв/1,73 м² проти 87,1 (83,5–95,2) мл/хв/1,73 м², відповідно; p=0,006. Був виявлений статистично значущий кореляційний зв'язок (r) рШКФ з параметром інтегральної функції міокарда ЛШ: TeisepT (r= -0,47; p=0,002).

Отже, при прогресуванні СН на тлі Р ЛШ у пацієнтів з АГ, а також за її поєданого перебігу з ІХС, спостерігається погіршення інтегральної функції міокарда, визначеної за допомогою модифікованого септального індексу ТЕІ, що корелює зі зниженням рШКФ.

Шоріков Є.І., Шорікова Д.В.

ПОРІВНЯЛЬНА ДІАГНОСТИЧНА ОЦІНКА МОДЕЛЕЙ ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Артеріальна гіпертонія є найбільш розповсюдженим захворюванням серцево-судинної системи, яке займає провідне місце у структурі серцево-судинної смертності. У економічно розвинених країнах спостерігається підвищення артеріального тиску у 30-40% відсотків населення. Цукровий діабет (ЦД), у свою чергу, є важливою медико-соціальною проблемою внаслідок дуже широкої розповсюженості: до 2030 року у світі очікується збільшення кількості хворих на ЦД до 438 млн. людей (7,8%). Від моменту виникнення у пацієнта ЦД 2 типу, до його виявлення може пройти від 7 до 12 років, але на момент встановлення діагнозу майже 50% хворих уже мають певне ускладнення.

Таким чином, сумарна оцінка стану метаболізму за коморбідної патології має велике значення щодо визначення подальшого прогнозу перебігу АГ. Для клінічної практики завжди важливо визначати реальну чутливість або нечутливість тканин до змін вмісту інсуліну та (або) концентрації глюкози або інших метаболічних агентів (переважно продуктів ліпідного обміну) в якості характеристики взаємодії цих сполук з периферичними тканинами – стінками судин.