



**Полянська О.С.**

## **ДИНАМІКА РІВНЯ НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ ПРИ ІНФАРКТІ МІОКАРДА**

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Частота розвитку серцевої недостатності (СН) в загальній популяції є значною та становить важливу проблему для сучасної медицини. Поширеність СН серед дорослого населення розвинених країн становить 2%, а з віком зростає більше, ніж на 10%. Кожний шостий пацієнт, який має задишку і звертається до лікарні, має не діагностовану своєчасно СН. Підвищення тиску в лівому шлуночку серця призводить до підвищення тиску в правому передсерді, що є стимулом для секреції натрійуретичних пептидів. Передсердний (ANP), мозковий та С-натрійуретичний пептиди є представниками гормонів, що продукують передсердя, шлуночки та ендотеліальні клітини судин. Рецептори для натрійуретичних пептидів – А, В та С ідентифіковані в мозку, судинах, нирках, наднирниках та легенях. Під впливом ферменту нейтральної ендопептидази, найбільша кількість якого спостерігається в клітинах епітелію проксимального каналця нефрону, здійснюється деградація натрійуретичних пептидів.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності використання антагоністів альдостерону у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) за рівнем натрійуретичного пептиду. Клінічний матеріал склав 121 хворий віком від 39 до 68 років, середній вік яких склав  $51,5 \pm 3,94$  роки. У всіх хворих діагностовано ГІМ з проявами ГСН (I-II класи за Killip). Досліджували рівень передсердного натрійуретичного пептиду (ПНУП). Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: до першої групи відносились пацієнти, що отримували терапію, що включала верошпірон, до другої – хворі, яким окрім основної терапії, було додано еплеренон в дозі 25 мг впродовж 10 днів.

Нами виявлено, що до проведеного лікування рівень ПНУП був в 2,02 рази вищим, ніж у контролі ( $28,62 \pm 8,35$  проти  $57,87 \pm 9,95$  пг/мл;  $p < 0,001$ ). Після проведеного лікування рівень ПНУП зменшувався, більше у другій групі (I група - з  $56,97 \pm 8,42$  до  $45,20 \pm 9,21$  пг/мл;  $p < 0,001$ , II група – з  $58,77 \pm 11,48$  до  $30,68 \pm 5,30$  пг/мл;  $p < 0,001$ ). Концентрації BNP в плазмі коливаються залежно від тяжкості захворювання. Так, його рівні підвищуються, коли спостерігається значна дилатація камер порожнин серця, підвищений об'єм рідини або зменшена елімінація пептидів. Збільшення рівня BNP спостерігається раніше, ніж з'являються помітними клініко-інструментальні ознаки дисфункції лівого шлуночка та застійної СН, тому, саме цей біомаркер є дуже важливим для діагностики цих станів на ранніх етапах та є більш чутливим ніж ультразвуковий метод дослідження. У таких пацієнтів необхідний контроль рівня BNP після виписки, навіть при стабільному перерізі для виявлення тих осіб, хто має підвищений ризик та проводити оцінку ефективності терапії.

Таким чином, включення в комплексне лікування хворих на ГІМ з ГСН еплеренону призводить до нормалізації нейрогуморального балансу, що вказує сприятливий прогноз для перебігу захворювання. Показники рівня натрійуретичного пептиду можна використовувати як маркери прогресування серцевої недостатності.

**Сенюк Б.П.**

## **ВПЛИВ СІРІНУ НА ПЕРЕБІГ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ З СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

Метою дослідження було вивчення ефективності і переносимості препарату сірину у терапії хворих на хронічний гепатит з супутнім хронічним некаменевим холециститом. Дослідження проведено у 24 хворих із вказаною недугою. Вивчали особливості клінічного перебігу захворювання, біохімічні показники (білірубін, аланінамінотрансферазу (АлАТ), аспаргатамінотрансферазу (АсАТ), лужну фосфатазу, тимолову пробу), жовчовидільну



функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів в «гострих» клінічних дослідженнях за допомогою фармакодинамічної ехохолецистографії, та при курсовому лікуванні.

Препарат сірін призначали по 1 капсулі двічі на добу після прийому їжі, запиваючи достатньою кількістю питної води впродовж 21 дня. До складу препарату сіріну входять : 1 таблетка вкрита оболонкою містить екстракт розторопші плямистої плодів сухий (*Silybum marianum*) (70 0:1) (екстрагент етанол 90 %) 50 мг; екстракт лимоннику китайського плодів сухий (*Chizandra chinensis*) (5 0:1) (екстрагент етанол 90 %) 40 мг; екстракт артишоку посівного листя сухий (*Cynara scolymus*) (15 0:1) (екстрагент вода) 4 6 мг; інозиту 40 мг; холіну бітартрату 30 мг; DL-метіоніну 20 мг; таурину 20 мг.. Поєднання таких складових, крім власне гепатопротекторної дії, забезпечує також жовчогінну, спазмолітичну та імуномодулюючу.

Результати проведених досліджень показали позитивний вплив сіріну на динаміку клінічних проявів, функціональний стан печінки та жовчовидільних шляхів. Під впливом проведеної терапії у вказаного контингенту хворих відзначали зменшення частоти і вираженості таких проявів диспепсичного синдрому як відрижка, зниження апетиту, відчуття сухості і гіркоти в роті, метеоризму, порушення кишкових випорожнень. Одночасно у хворих зменшувалась вираженість проявів астеничного синдрому: на 7-й день від початку лікування значно зменшилась загальна слабкість, підвищена втома у 19 (82 %) хворого, а по завершенню лікування у 22 (93 %) хворих. У всіх хворих після проведеного лікування виявляли зменшення болючості у правому підребер'ї, зменшення розмірів печінки.

За допомогою фармакодинамічної ехохолецистографії під впливом сіріну (2 капсули одноразово) відмічали: холецистокінетичний ефект різного ступеня вираженості. Так, у пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення відбувалося на 50-60 хвилині (коефіцієнт скорочення –  $62,7 \pm 5,4\%$   $p < 0,05$ ). У випадку гіпотонічної дисфункції максимальне скорочення жовчного міхура наступало на 25-35 хвилині і було нетривалим у часі. Аналіз ультрасонографічних даних органів черевної порожнини підтвердив позитивний ефект курсового лікування препаратом сіріну (зменшення розмірів печінки на 1-2 см, зниження її ехогенності, відновлення розмірів жовчного міхура, значне зменшення осаду в його порожнині).

В результаті проведеного лікування вказаним препаратом нормалізувалась пігментна функція печінки, що проявлялась статистично достовірним зниженням рівня загального, кон'югованого і некон'югованого білірубіну, знизилась активність лужної фосфатази, а також відзначали зниження активності АлАт, АсАт, тимолової проби ( $p < 0,05$ ).

Оцінку переносимості сіріну проводили, аналізуючи суб'єктивні симптоми і відчуття хворих у процесі лікування, об'єктивні дані та результати загальноклінічних досліджень. Негативних побічних реакцій не було, переносимість вказаного лікувального засобу була доброю.

Таким чином, препарат сірін у хворих на хронічний гепатит з супутнім хронічним некаменевим холециститом забезпечує гепатопротекторний ефект і відновлює порушену моторну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів, володіє спазмолітичною та імуномодулюючою діями, що обґрунтовує його призначення даній категорії хворих.

**Собко Д.І.**

## **ВПЛИВ МЕЛАТОНІНУ НА ЛІПІДНИЙ ПРОФІЛЬ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

Артеріальна гіпертензія (АГ) та остеоартроз (ОА) є одними з найбільш поширених захворювань у світі, які не тільки негативно впливають на якість життя пацієнтів, а й спричиняють зростання економічних витрат на охорону здоров'я. Пускові механізми АГ та ОА остаточно не вивчені, проте їх фактори ризику, виникнення та погіршення перебігу відомі, з-поміж яких провідне місце займає порушення ліпідного обміну.