Виявлено вірогідне підвищення рівня ТФР-ß1 у крові хворих на ХХН (p<0,05). Найбільше зростання вмісту даного фактора було у крові пацієнтів з ХХН III стадії з оксалатурією та нирковими депозитами, що було вірогідним при порівнянні даних величин з відповідними даними хворих на ХХН I стадії (p<0,05) та ХХН II стадії з оксалатурією та нирковими депозитами (p<0,05). Показники ТФР-ß1 сечі хворих на ХХН були також вірогідно підвищеними у порівнянні з відповідними показниками здорових осіб (p<0,05), але найвищими були його рівні також у хворих з ХХН III та нирковими депозитами (p<0,001). У хворих на ХХН III з оксалатурією та нирковими депозитами рівень ТФР-ß1 сечі був вірогідно вищим за відповідні рівні його у пацієнтів з ХХН I стадії з оксалатурією (p<0,001) та з ХХН II з оксалатурією та нирковими депозитами (p<0,05). При чому, величина показників збільшувалася вдвічі. Показники ТФР-ß1 крові та сечі хворих корелювали з величиною креатиніну крові даних хворих. Виявлено сильні прямі кореляційні зв'язки між ТФР-ß1 крові та сечі (r=0,68), ТФР-ß1 крові та креатиніном крові (r=0,73) та ТФР-ß1 сечі та креатиніном крові (r=0, 59).

Таким чином, результати дослідження показали вірогідне зростання вмісту ТФР-ß1 у всіх хворих на ХХН з оксалатурією незалежно від стадії хвороби. Прогресування ХХН та наявність ниркових депозитів супроводжується інтенсивним зростанням рівня просклеротичного фактора ТФР-ß1 удвічі, що вказує на наявність незворотніх змін в нирках.

Каньовська Л.В.

ЗАСТОСУВАННЯ СТУПЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ КВЕРЦЕТИНОМ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ТА ІХС

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

Коморбідні хвороби зустрічаються досить часто. Дедалі помітнішим стає ослаблення стану здоров'я людської популяції: за даними експертів ВООЗ, у людей віком до 40 років по 2-4 захворювання, до 60 років з'являється «букет» із 5-7 недуг, після 70 – 8-10 і більше. Мультиморбідність збільшується з 10% у віці до 19 років до 80% у осіб, яким за 80. Ці явища значно ускладнюють клініко-патогенетичне розуміння клінічної ситуації, стратегії і тактики лікування, спонукають до вимушеної поліпрагмазії і зростання частоти побічних дій та ускладнень від медикаментозної терапії.

Багато дослідників відзначають, що явища коморбідності за своїм походженням, вагомістю та взаємовпливом не є рівнозначними, тому не можуть характеризуватися лише математичною сумацією. Лікування таких пацієнтів часто вимагає застосування значної кількості медикаментів, що набагато збільшує можливість несприятливого впливу їх на організм пацієнта, а також небажаної взаємодії між собою. Значну кількість пацієнтів, які звертаються до лікарів поліклініки, а також лікуються в стаціонарі, складають хворі виразкову хворобу (ВХ) та ішемічну хворобу серця (ІХС). Вказані нозології вирізняє значна поширеність, важкість ускладнень, значні соціально-економічні збитки внаслідок тимчасової непрацездатності або інвалідності. При хронічних захворюваннях органів травлення часто зустрічається залучення системи кровообігу в патологічний процес. Проте докладно клініко-патогенетичні особливості перебігу цих нозологій при їх поєднанні з ІХС недостатньо вивчені. Між тим, порушення в системі гемостазу в цій категорії хворих потребують якісної діагностики та раціонального лікування.

Щоб оцінити ступінь коморбідності, фахівці використовують різні методи. У розвитку та перебігу ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки на фоні ІХС велика роль належить судинному фактору, який забезпечує трофіку, фізіологічну регенерацію та захист слизової оболонки. Результати клінічних та експериментальних досліджень свідчать про важливу роль порушень структурно-функціонального стану еритроцитів у зміні реологічних та коагуляційних властивостей крові при даних нозологіях, а також про розвиток ендотелільної дисфункції, якка залежить від багатьох чинників. Тому застосування лікарських засобів які б покращували реологічні властивості крові та мікроциркуляцію є патогенетично

виправданим. При цьому надається перевага препаратам, компоненти яких діють на різні ланки патогенезу того чи іншого захворювання. З цією метою для лікування хворих на ВХ з супутньою ІХС на фоні базисної терапії нами був призначений препарат корвітин, який успішно застосовується в усіх галузях медицини. Препарат призначали у вигляді в/в введення по 100 мл щодня, на (курс 5днів) з переходом на пероральні форми, у вигляді таблеток квертину по 2т 3 р на день впродовж 10 днів.

Фармакологічні властивості кверцетину обумовлені вираженою антиоксидантною активністю препарату. Завдяки капіляростабілізуючим властивостям, пов'язаним з антиоксидантною, мембраностабілізуючою дією, препарат знижує проникність капілярів. Кверцетин має протизапальний ефект, що обумовлено блокадою ліпооксигеназного шляху метаболізму арахідонової кислоти, зниженням синтезу лейкотрієнів, серотоніну та інших медіаторів запалення. Кверцетин чинить гастропротекторну дію. У хворих, які отримували додатково до базисного лікування комбіновану терапію корвітином швидше зникали прояви астено-вегетативного синдрому, спостерігався кращий ефект гіпотензивних засобів, швидко наступала нормалізація основних клініко-лабораторних показників. Використання даних засобів дозволяє зменшити хворим вживаня нітропрепаратів, окрім цього досягається кращий контроль за рівнем глікемії, швидке загоєння виразок. Слід зазначити, що препарат добре переноситься хворими і не виявляє побічних ефектів.

Косар Л.Ю.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АЛКОГОЛЬНОГО ТА НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ У ХВОРИХ НА ТЛІ ОЖИРІННЯ

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

Мета дослідження: встановити клінічні та патогенетичні особливості перебігу стеатогепатиту алкогольної та неалкогольної етіології у хворих на тлі ожиріння. Завдання дослідження передбачали дослідити функціональний стан печінки, особливості клінічного перебігу у хворих на стеатогепатити залежно від етіології та коморбідного ожиріння.

Було обстежено 80 хворих: у 40 пацієнтів було встановлено неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) на тлі ожиріння I-II ступеня, у інших 40 – алкогольний стеатогепатит (АСГ) з супровіднім ожирінням I-II ступеня. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. До плану обстеження всіх пацієнтів входили збір анамнезу, опитування хворих, фізичне обстеження, загальноприйняті клінічні, лабораторні, біохімічні, інструментальні дослідження (ультрасонографічне дослідження (УЗД) органів черевної порожнини). Для оцінки функціонального стану печінки вивчалися біохімічні показники з використанням уніфікованих методів, які включали визначення у крові рівня загального білірубіну і його фракцій (прямої та непрямої), активності сироваткових амінотрансфераз – АлАТ і АсАТ, вмісту холестерину, альбуміну, активності екскреторних ферментів – лужної фосфатази (ЛФ) та гамаглутамілтранспептидази (ГГТП), показника тимолової та сулемової проби. Діагноз ожиріння встановлювали за збільшенням індексу маси тіла (ІМТ) більше 30 кг/м^2.

Клінічно у обстежених хворих на ожиріння НАСГ та АСГ проявлявся наступними синдромами: астено-вегетативним (62,5% та 97,5% відповідно), диспепсичним (нудота, закрепи, здуття живота) (77,5% та 95%), абдомінально-больовим (70% та 92,5%), холестатичним (свербіж шкіри, гіркота в роті, ксантоми на повіках) (40% та 32,5%), цитолітичним (80% та 95%), ендокринними розладами (ожиріння) (100 % та 100%). Жовтяниця була виявлена у 17,5 % хворих на НАСГ та 80 % хворих на АСГ. Гепатомегалію виявляли у 97,5 % хворих НАСГ та у 100 % хворих АСГ. Було встановлено, що клінічними особливостями перебігу НАСГ та АСГ на тлі ожиріння є вища інтенсивність астено-вегетативного, абдомінально-больового синдромів, гепатомегалії та диспепсії у хворих на АСГ, при НАСГ - синдрому холестазу. Активність цитолізу та мезенхімального запалення переважали у хворих на АСГ із переважним зростанням активності АсАТ та коефіцієнту де