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

Рітіса (2,11±0,02). При НАСГ активність цитолізу була меншою за інтенсивністю із переважанням активності АлАТ та зниженням коефіцієнта де Рітіса (0,95±0,01). Розвиток проявів печінково-клітинної недостатності у хворих на НАСГ реєстрували із частотою 17,5 %, у хворих на АСГ — у 40,0 % випадків.

Таким чином, із зростанням ступеня ожиріння у хворих на АСГ зростає активність цитолізу, метаболічний дисбаланс: гіперпродукція сечової кислоти, системні токсичні впливи (активність ГГТП), накопичення в організмі заліза; активність мезенхімального запалення, ступінь печінково-клітинної недостатності. Із зростанням ступеня ожиріння у хворих на НАСГ зростає інтенсивність холестазу, цитолізу, мезенхімального запалення та ступінь печінково-клітинної недостатності.

Куковська І.Л.

ВПЛИВ ДАЛАРГІНУ НА ОКРЕМІ ПОКАЗНИКИ ДІЯЛЬНОСТІ НИРОК ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІЙ ГОСТРІЙ НИРКОВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра медицини катастроф та військової медицини
Буковинський державний медичний університет

Встановлені нами ренальні ефекти синтетичного аналога лейцин-енкефаліну даларгіну, а також аналіз даних літератури про наявність у цього препарату антиоксидантних, органопротекторних властивостей зумовили зацікавленість у дослідженні ефективності препарату при експериментальній гострій нирковій недостатності.

Метою дослідження стало вивчення впливу даларгіну на окремі показники діяльності нирок при експериментальній гострій нирковій недостатності. Досліди проведені на статевозрілих білих щурах, які утримувались на стандартному режимі харчування. Даларгін ("Біолек", м. Харків) вводили внутрішньоочеревинно у дозі 0,5 мг/кг маси тіла.

Результати проведених експериментальних досліджень показали, що в групі тварин із сулемовою нефропатією очікувано спостерігалося значне зниження об'єму виділеної сечі – у 2,7 разів порівняно з контролем. У групі тварин, котрим даларгін вводився впродовж 7 днів до введення дихлориду ртуті, діурез зменшувався не так виразно – у 1,7 разів порівняно з інтактними. Проте, у порівнянні з показниками групи з гострою нирковою недостатністю, попередньо введений синтетичний аналог лей-енкефаліну даларгін викликав вірогідне посилення діурезу на 57 %. Ураження нирок дихлоридом ртуті супроводжувалось значним зростанням концентрації креатиніну в плазмі крові. Введення даларгіну попереджало інтенсивні зміни цього показника у порівнянні з сулемовим ураженням нирок, хоча вони і залишались досить високими (вірогідне зростання на 34,5 % порівняно з інтактними тваринами). При цьому показники концентрації креатиніну наближалися до показників контрольної групи. При сулемовій нефропатії суттєво знижувалась швидкість клубочкової фільтрації. Рівень клубочкової фільтрації при застосуванні даларгіну за умов сулемовій нефропатії залишався нижчим контрольних даних (в 1, 4 рази). Проте за умов попереднього введення даларгіну цей показник був все ж у 1,4 рази вищим, ніж при самостійному введенні сулеми. Розвиток гострої ниркової недостатності супроводжується значним зростанням показників концентрації та екскреції з сечею білка – в 6,0 та 2,2 рази відповідно. Однак попереднє введення даларгіну запобігало надмірній протеїнурії. Так, концентрація та екскреція білка з сечею знижувалась в 3,9 та 2,47 разів порівняно з сулемовою нефропатією. Під впливом даларгіну досліджувані показники наближались до даних контролю. Вказані зміни підтверджувались також стандартизованими на 100 мкл клубочкового фільтрату показниками екскреції білка – зниження в 3,4 рази порівняно з гострою нирковою недостатністю.

Таким чином, попереднє введення даларгіну запобігає ушкоджуючій дії на нирки нефротоксичного засобу дихлориду ртуті, сприяє відновленню діяльності клубочкового апарату нефрону і оптимізує екскреторну функцію нирок, що проявляється відновленням діурезу, зниженням вмісту креатиніну в плазмі крові, збільшенням швидкості клубочкової фільтрації та зменшенням протеїнурії.