жовчних кислот та інгібітори всмоктування холестерину, тим більше у хворих за ЦД статини (залежно від дози) можуть впливати на ріст ІР. Езетиміб є першим медикаментозним засобом, який пригнічує всмоктування холестерину в кишечнику, впливаючи на всмоктування інших жиророзчинних речовин, у тому числі знижуючи рівень ліпідів.

Мета дослідження – дослідити вплив комбінації аторвастатину з езетимібом на стан ліпідного спектра крові у хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з ожирінням та цукровим діабетом типу 2. Хворі на ХП, поєднаний з ожирінням та ЦД типу 2 (ІІІ-я група) у відповідності до застосованого лікування були розподілені на дві підгрупи: обстежені ІІІ А підгрупи отримували базисну терапію (БТ) у поєднанні з симвастатином у комбінації з езетимібом., пацієнти ІІІ Б - БТ із застосуванням аторвастатину. Призначено лікування статинами: симвастатину (20 мг) та езетимібу (10 мг) по 1 табл. 1 раз на добу ввечері після прийому їжі для досягнення цільових значень ліпідного профілю у пацієнтів з ЦД 2 типу та ожирінням із підвищеним ЗХС, підвищеним рівнем ХС ЛПНЩ, ТГ і низьким рівнем ХС ЛПВЩ. Курс лікування 2 місяці. Ліпідний спектр крові за рівнем ЗХС, ХС ЛПВЩ, ТГ визначали використовуючи діагностичні стандарти наборів фірми «PZ Cormay S. A. (Польща).

Показники ліпідограми при включенні до курсового лікування комбінації симвастатин + езетиміб істотно поліпшились порівняно з групою хворих, де лікування проводили із застосуванням аторвастатину. Рівень ЗХС зменшився у зв’язку з лікуванням на 38 % ($p<0,05$), порівняно з 8 % ($p<0,05$) при застосуванні аторвастатину, ХС ЛПНЩ- на 27 % ($p<0,05$) та 10 % ($p<0,05$), ТГ – на 26 % і 18 % відповідно ($p<0,05$). Показник ХС ЛПВЩ збільшився на 24% у хворих ІІІ А групи ($p<0,05$) та на 22% ($p<0,05$) у пацієнтів ІІІ Б групи. Індекс атерогенності зменшився аж на 63 % ($p<0,05$) у хворих ІІІ А групи і лише на 41% ($p<0,05$) у пацієнтів ІІІ Б групи.

Таким чином, включення фіксованої комбінації симвастатину з езетимібом до комплексного лікування хворих на ХП за поєднання з ожирінням та ЦД типу 2 впродовж двох місяців сприяло внормуванню показників ліпідного обміну, що дозволило рекомендувати використання цієї комбінації препаратів у лікуванні таких хворих впродовж визначеного терміну.

**Чурсіна Т.Я.**

## РІВЕНЬ цАМФ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ БЕЗ ТА З ОЗНАКАМИ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

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

Мета дослідження – вивчити рівень циклічного аденозинмонофосфату (цАМФ) та його взаємозв’язки з функціональним станом еритроцитів у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) без та з ознаками серцевої недостатності (СН).

У дослідженні взяли участь пацієнти чоловічої та жіночої статі віком 45-65 років з клінічно-інструментальними ознаками ІХС (n=65): без (n=19) та з наявністю (n=46) синдрому СН (31 і 15 пацієнтів з СН І і ІІА стадії, відповідно). Контрольна група включала 14 практично здорових осіб відповідного віку. Верифікація клінічних форм ІХС та стадій СН здійснювалась згідно з чинними рекомендаціями та стандартами. Рівень цАМФ визначали за допомогою радіоімунного набору. Індекс деформабельності еритроцитів (ІДЕ) визначали за допомогою модифікованого методу Tannert і Lux (у модифікації З.Д. Федорової та М.О. Котовщикової). Для характеристики енергетичного обміну еритроцитів вивчали інтенсивність вживання ними глюкози за одну годину інкубації при 37°С (за методикою Л.І. Міхєєвої та Л.Р. Плотнікової). Статистичну обробку матеріалу проводили за допомогою програмного пакету EZR v. 1.54.

У хворих на ІХС спостерігали збільшення рівня цАМФу крові порівняно з таким у практично здорових осіб ([медіана, квартилі] 11,3 (9,3-14,5) пмоль/мл у хворих на ІХС без

ознак СН – проти 9,4 (8,2-10,0) пмоль/мл у групі контролю [p = 0,029]), а також за появи ознак СН (22,3 (18,9-25,1) пмоль/мл [різниця статистично значуща у зіставленні з групами контролю та ІХС без СН; обидва p<0,001]). У континуумі «контроль-ІХС без СН-СН» визначено зниження ІДЕ (2,0 (1,9-2,1), 1,9 (1,8-2,0) і 1,5 (1,3-1,9) у.о., відповідно [різниця статистично значуща у групі СН проти груп контролю та ІХС без СН; обидва p<0,001]) та гліколітичної активності еритроцитів (1,2 (1,1-1,3), 1,0 (1,0-1,2) та 0,9 (0,8-1,0) у.о./мл х год, відповідно [різниця статистично значуща у групі ІХС без СН проти контролю (p=0,013), а також у групі СН – проти груп ІХС без СН та контролю; обидва p<0,001]), що корелювало зі збільшенням рівня цАМФ у крові (ρ =–0,52 і ρ=–0,57, відповідно [обидва p<0,001]).

У хворих на ІХС з СН підвищення рівня цАМФ плазми крові корелює зі зниженням гліколітичної активності та деформабельності еритроцитів. Зважаючи на відомі наукові факти про різноспрямований вплив цАМФ на деформальність нативних (пониження) та виснажених (підвищення) за АТФ еритроцитів в умовах експерименту, встановлені зв'язки можна вважати проявом порушень у процесах протеїнкіназної перебудови еритроцитарних мембран, що сприяє зниженню пластичності цих формених елементів крові в умовах патології. Вивчення механізмів цього явища на молекулярно-клітинному рівні сприятиме поглибленню уявлень про патогенез розладів гемоциркуляції при виникненні та прогресуванні СН, а також можливості їхньої фармакологічної корекції за допомогою активації чи інгібіції системи циклічних нуклеотидів.

**Шкарутяк А.Є.**

## ВПЛИВ ГІПЕРОКСАЛУРІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК

*Кафедра внутрішньої медицини*
*Буковинський державний медичний університет*

Роль щавелевої кислоти як незалежного прогностичного чинника ризику розвитку та прогресування ураження нирок на сьогодні недостатньо вивчена. Оксалурії становлять значну частку в структурі ниркової патології серед дисметаболічних нефропатій, що призводить до ураження нирок та погіршення їх функціонального стану. При відкладанні оксалатно-кальцієвих депозитів у паренхімі нирок поступово відбувається прогресуюче зниження функції нирок, що часто виявляється при настанні незворотніх процесів у вигляді фіброзу та склерозу ниркової паренхіми.

Метою роботи було вивчити функціональний стан нирок у хворих з ХХН I-II стадії з наявністю оксалурії в залежності від наявності ниркових депозитів. Обстежено 52 хворих з ХХН (хронічну хворобу нирок) з наявністю оксалурії, середній вік – 48,4±9,6 років. У залежності від наявності депозитів в нирковій паренхімі вони були розподілені на 2 групи: 1-ша складалася з 24 хворих на ХХН – I-II ст. з оксалурією без ниркових депозитів, 2-га –із 21 особи ХХН – I-II ст. з оксалурією та наявністю ниркових депозитів. Пацієнти обох груп статистично значимо не відрізнялися за віком та статтю. Для оцінювання функціонального стану нирок використовували обчислену швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) за формулою Cockroft-Gault.

У пацієнтів з ХХН I-II ст з оксалурією та наявністю ниркових депозитів у паренхімі нирок в порівнянні з хворими без депозитів спостерігались достовірно нижчі показники ШКФ: 65,73±4,81 мл/хв./1,73 м$^2$ площі поверхні тіла проти 81,37±5,17 мл/хв./1,73 м$^2$ площі поверхні тіла відповідно (p<0,05). При цьому у досліджуваних пацієнтів II групи рівень ШКФ більш як 90 мл/хв/1,73 м$^2$ площі поверхні тіла діагностовано у 12,5% хворих; ШКФ на рівні 89-70 мл/хв/1,73 м$^2$ площі поверхні тіла – у 54,2% осіб; ШКФ на рівні 69–60 – мл/хв/1,73 м$^2$ площі поверхні тіла - у 33,3%.

Таким чином, дослідження показало вірогідне зниження ШКФ у хворих на ХХН I-II стадії з оксалурією залежно від наявності щавелево-кальцієвих депозитів у паренхімі нирок. А також було виявлено зв'язок тривалості оксалурії з вираженістю ураження нирок, що проявлялося зниженням ШКФ.