



Для досягнення поставленої мети було вивчено дисбаланс про- та протизапальних цитокінів крові та сечі (інтерлейкін-1 β (ІЛ-1 β); інтерлейкін-10 (ІЛ-10); фактор некрозу пухлин- α (ФНП α); моноцитарний хемоаттрактантний протеїн-1 (МСП-1)), а також показники ростових факторів – трансформуючого фактора росту- β_1 (ТФР- β_1) та судинного (VEGF) крові та сечі хворих на ХХН І-ІІ стадії з коморбідним перебігом РА І-ІІ ст. активності. Активність процесу РА визначали додатково за індексом DAS-28. Для визначення ШКФ застосували сучасну формулу СКД-ЕРІ.

Хворих на РА було обстежено на наявність ХХН та сформовано групи дослідження: І група – хворі на РА без наявності ХХН (47 осіб), ІІ група – хворі на РА з наявністю ХХН І ст. (46 пацієнтів), ІІІ група – хворі на РА з наявністю ХХН ІІ ст. (45 хворих). Для формування групи порівняння було обстежено 20 здорових осіб відповідної вікової категорії.

Всім хворим з наявністю РА, окрім основного лікування, додавали мелоксикам або ацеклофенак курсами (2 тижні) залежно від клініко-лабораторних особливостей перебігу РА та потреби симптоматичної корекції суглобового синдрому.

Виявили значно вищі показники прозапальних та просклеротичних цитокінів крові у хворих на РА з наявністю ХХН ІІ ст., ніж відповідні показники хворих на РА без ХХН: ІЛ-1 β у пацієнтів ІІ групи був вищий в 1,3 раза порівняно з відповідними даними І групи; ФНП α відповідно в 1,5 раза, ТФР β_1 в 1,2 раза, МСП-1 в 1,2 раза, VEGF в 1,4 раза та зниження рівня ІЛ-10 в 1,2 раза. Виявлено вірогідне підвищення рівня прозапальних та просклеротичних цитокінів в сечі тільки у пацієнтів ІІ та ІІІ груп. Внаслідок 1-тижневої протизапальної терапії виявлено вірогідне зниження рівня прозапальних та просклеротичних цитокінів в усіх групах дослідження, що вірогідно відрізнялося міжгрупами лікування: вміст VEGF крові був нижчим на 11,90% у групі ІІІА порівняно з групою ІІІМ; рівень VEGF сечі відповідно на 5,53% знижувався у пацієнтів ІІІА групи; рівень ІЛ-1 β в сечі відповідно був нижчим на 24,43% у групі ІІІА порівняно з групою ІІІМ; вміст ТФР β_1 в сечі у групі ІІІА знижувався на 39,40% більше за відповідні показники ІІІМ групи.

Отже, застосування у комплексній протизапальній терапії хворих на РА з наявністю ХХН І-ІІ ст. у разі потреби в нестероїдних протизапальних засобах ацеклофенаку сприяє вірогідному покращенню у 1-тижневий термін результатів лікування та не порушує стабільність функціонального стану нирок. Встановлено прогностичну цінність показників ТФР- β_1 та VEGF крові та сечі для оцінки та прогнозування перебігу ХХН у хворих на РА з наявністю ХХН І-ІІ ст., а також доведено діагностичну цінність показників МСП-1 крові та сечі як маркера взаємообтяження коморбідного перебігу РА та ХХН.

Іванчук П.Р.

ЗАСТОСУВАННЯ КІЛЬКІСНОЇ ОЦІНКИ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ НЕБАЖАНИХ АРИТМІЧНИХ ПОДІЙ У ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Кількісний аналіз форм хвиль комплексів PQRSST електрокардіограми (ЕКГ) забезпечує неінвазивне відображення стану метаболічного середовища міокарда і є потенційно корисним інструментом для оптимізації стратегії ургентного лікування. Прогрес у галузі біомедичних обчислень і обробки сигналів, а також доступні обчислювальні потужності повсякденної практики пропонують нові можливості для аналізу ЕКГ.

Метою дослідження є визначення можливостей застосування методів кількісної оцінки електрокардіограми за впровадження запропонованої моделі її цифрової обробки з оцінкою аритмогенезу хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ).

У рамках дослідження було обстежено 20 хворих на ГІМ, що померли без проявів аритмічного синдрому, 8 хворих на ГІМ, що померли за проявів аритмічного синдрому та 8 хворих на ГІМ, що вижили за проявів аритмічного синдрому. Кількісний аналіз ЕКГ включав дослідження варіабельності серцевого ритму (BCP) за аналізу інтервалів RR і QT, фази реполяризації ЕКГ згідно з кількісною оцінкою нахилу ST (ST slope) із визначенням змін сегмента ST через 0,08 с після точки J, кута β° спрямування сегмента ST і висоти продовження спрямування нахилу сегмента ST (H, висота нахилу ST, mV) через 1 секунду реєстрації та диференційованого зубця T при комп'ютерному аналізі ЕКГ та побудови її першої похідної з розрахунком показника ВМШ (співвідношення змін різниці потенціалів на другому коліні зубця T до максимальної швидкості на його першому коліні диференційованої ЕКГ) та відношення сусідніх екстремальних значень (ВСЕЗ) на диференційованій ділянці зубця T. Аналізу було піддано передекстрасистолічний комплекс та власне шлуночкову екстрасистолу. Також була проведена оцінка впливу препарату Аміодарон на досліджувані показники. Статистична обробка отриманих результатів: при нормальному розподілі застосовували парний t-критерій Student, при ненормальному розподілі - t-критерій Wilcoxon; для двох незалежних вибірок та нормального розподілу - 2-вибірковий t-критерій Student, ненормального розподілу - U-критерій Wilcoxon.

У зіставленні ($\Delta\%$) приросту показників BCP стосовно аналізу інтервалів RR реєструється зростання показників тривалості та дисперсії QT у пацієнтів, що померли у порівнянні з групою живих (DQT $\Delta\%$ +17, DQTc $\Delta\%$ +33). Відомо, що показники дисперсії інтервалу QT є незалежним предиктором розвитку фатальних подій у хворих на ГІМ. Величина $\Delta\%$ кута β° для групи живих складала -106,74 та для групи померлих -90,02. Також було відмічено, що пацієнти з косонизхідною депресією сегмента ST мають підвищений показник відношення шансів розвитку аритмічної смерті до 3,14 (95% ДІ 1,56 - 6,30), а сповільнена косовисхідна депресія



сегмента ST може слугувати маркером ішемії. Зміни показника $\Delta\%$ ВМШ на першій похідній ЕКГ достовірно відрізнялись у групі померлих відносно живих -54,26 та 177,75, відповідно ($p < 0,005$). Щодо ефекту лікування Амідароном то спостерігалось спрямування до парасимпатичної реакції показників ВСР, та зменшення показників дисперсії QT.

Отже, зростання дисперсії QT у хворих на ГІМ є маркером негативного прогнозу. Зменшення показників кута β° може слугувати маркером небажаних аритмічних подій у хворих на ГІМ. Сповільнена косовисхідна депресія сегменту ST може слугувати маркером ішемії і для шлуночкових екстрасистол. Співвідношення ВМШ достовірно знижується у групі померлих.

Каньовська Л.В.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ БРОНХОЛІТИКІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і надалі залишається однією з найсерйозніших проблем сучасної системи охорони здоров'я в цілому світі поруч із серцево-судинними та онкологічними хворобами. Дана патологія супроводжується розвитком різних коморбідних станів, серед яких серцево-судинні захворювання, виразкова хвороба, захворювання нирок, метаболічний синдром та цукровий діабет.

Лікування ХОЗЛ є одним із найдинамічніших розділів керівництва та рекомендацій. Бронходилататори були і залишаються основною групою в лікуванні хворих на ХОЗЛ. Однак, за даними багатьох дослідників, частина пацієнтів має виражену задишку, не дивлячись на прийом базисної терапії, незалежно від ступеню тяжкості ХОЗЛ. Це свідчить про потребу в більш ефективній бронходилатації. Підхід до лікування розпочинається з елімінації тригерного чинника – припинення паління, зміна умов праці, поліпшення вентиляції в приміщеннях тощо. Лікування ХОЗЛ визначається періодами хвороби – стабільним перебігом та загостренням ХОЗЛ. Необхідно знизити ризик, який у більшості випадків є неминучим для хворого з ХОЗЛ: максимально можливо сповільнити прогресування хвороби, попередити та своєчасно лікувати загострення, знизити ймовірність смерті, вплинути на якість життя хворих та на частоту рецидивів хвороби. Перевага повинна надаватися інгаляційним бронхолітикам тривалої дії.

У документах GOLD останніх 2016 та 2017 переглядів додано новий бронходилататор ультратривалої (24 год) дії олодатерол. Раніше у цьому переліку бронхолітиків тривалої дії (ТД) були формотерол, сальметерол, індакатерол, тіотропію бромід, аклідінію бромід, глікопіронію бромід. Серед них препарати з бета-2-адреноміметичними (БАТД) та М3-холіноблокуючими (АХТД) ефектами. Кожен із них у більшості рандомізованих досліджень показав свою ефективність та безпеку. Останні покоління препаратів представляють собою фіксовані комбінації бронхолітиків тривалої дії з різними механізмами розширення бронхів (індакатерол/глікопіроній, олодатерол/тіотропію бромід, вілантерол/умеклідіній, формотерол/аклідіній, формотерол/глікопіроній). У версії GOLD 2017 року окреслено профіль пацієнта з ХОЗЛ, який матиме переваги від комбінованої подвійної бронхолітичної терапії. Це хворий на ХОЗЛ який отримує монотерапію тривалодіючими бронходилататорами з наявністю симптомів захворювання; який отримує комбінацію тривалодіючих бронходилататорів та ІКС, з наявністю симптомів і відсутністю показів для ІКС (у якості регулярної терапії при відміні ІКС); який звернувся з приводу виражених симптомів ХОЗЛ вперше: з тяжкою задишкою з групи В в якості початкової терапії. Поєднання препаратів тривалої дії на постійній основі та короткої дії за потребою допускається експертами GOLD, якщо препарати одного типу недостатні для контролю стану хворого. При підборі бронхолітика дуже важливо обрати не лише лікарський засіб, але й доставковий пристрій, який зрозумілий та зручний пацієнтові, і він не буде робити помилок при його використанні. Таким чином, основними засобами в лікуванні ХОЗЛ є бронходилататори, переважно довготривалої дії (вілантерол, умеклідінія бромід, олодатерол, тіотропію бромід, формотерол). Комбінації довготривалих бронходилататорів (наприклад, вілантерол + умеклідінія бромід, олодатерол + тіотропію бромід) підвищують ефективність лікування, знижують ризик побічних ефектів і надають більший вплив на ОФВ₁, ніж кожен препарат окремо.

Квасницька О.Б.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНИХ ВІТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СУБКОМПЕНСОВАНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Проблема хронічних захворювань печінки є надзвичайно актуальною в наш час. Активно проводиться пошук нових ефективних схем лікування, тому метою нашого дослідження було вивчити ефективність препарату комплексу вітамінів (КВ) групи В: октотіаміну, піридоксину гідрохлориду, рибофлавіну та ціанкобаламіну в комплексному лікуванні хворих на субкомпенсований цироз печінки (ЦП) токсичного генезу.

Обстежено 21 хворий на ЦП невірусного генезу з мінімальною активністю та в стадії субкомпенсації віком від 33 до 56 років з тривалістю захворювання 7-9 років та 10 практично здорових осіб відповідного віку.