



ЛПНЩ < 3,0 ммоль/л).

Аналіз отриманих результатів дозволяє запропонувати наступну групу лазерних діагностичних ознак метаболічного синдрому:

а) наявність мікрокристалічних утворень у лазерних мікроскопічних зображеннях двох типів – азимутально обертаючі (рівень величини обертання площини поляризації $\alpha > 15-20^\circ$); фазоздвигуючі (рівень еліптичності $\beta > 15^\circ$);

б) напівширина індикатрис розсіювання сили світла біорідинами $\Delta\theta \geq 25^\circ$;

в) рівень азимута поляризації $\alpha > 25^\circ$; еліптичності $\beta > 15^\circ$; наявність екстремальних значень цих параметрів в області кутів розсіювання, починаючи з 30° ;

г) «швидкий» ріст азимута і еліптичності поляри-

зації лазерного випромінювання в процесі тимчасової кристалізації крові, починаються після 6 - 10 годин збереження зразка в термостаті;

д) трансформація оптико-анізотропної структури зображення крові із фрактальної у статистичну.

Висновки: 1. На основі дослідження крові жінок з метаболічним синдромом в менопаузі за допомогою методу лазерної поляриметрії експериментально розроблені фотометричні і поляризаційні критерії вмісту ЛПНЩ в крові у жінок з метаболічним синдромом.

2. На основі лазерно-поляриметричних досліджень плазми крові пацієнок з метаболічним синдромом з артеріальною гіпертензією буде створений новий діагностичний тест контролю ефективності лікування.

УДК: 616.12 - 008.331.1:577.181.4]:611-018.74

О.А. Петринич, Л.Ю. Ковальчук, А.В. Литвинюк

СТАН ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ТА ЙОГО ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД МЕТАБОЛІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ

Кафедра сімейної медицини

(науковий керівник – проф. С.В.Білецький)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Мета дослідження: у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) вивчити стан ендотеліальної функції та його залежність від метаболічних показників.

Матеріали та методи. Обстежено 56 хворих на ГХ I-II стадій та 24 практично здорові особи, репрезентативні за віком і статтю. Досліджували стан ендотеліальної функції за сумарним рівнем кінцевих метаболітів оксиду азоту (NO), рівень імунореактивного інсуліну (ІІ), вміст фактору некрозу пухлин- α (TNF- α) за загальноприйнятими методиками. Вираховували індекс маси тіла (ІМТ). Оцінку різниці сукупностей вибірки проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при $p < 0,05$.

Результати дослідження. Аналіз вмісту кінцевих метаболітів NO виявив, що у пацієнтів контрольної групи даний показник становив $20,02 \pm 0,65$ мкмоль/л,

а у хворих на ГХ – $16,13 \pm 0,43$ мкмоль/л, що на $19,43\%$ нижче, ніж показник у контрольній групі ($p < 0,05$).

У хворих на ГХ з підвищеним рівнем ІІ натще порівняно з пацієнтами із базальною нормоінсулінемією спостерігалось вірогідне зменшення рівня кінцевих метаболітів NO на $17,36\%$. При поєднанні ГХ з ожирінням спостерігалось вірогідне зниження рівня кінцевих метаболітів NO на $21,37\%$ порівняно з пацієнтами із надлишковою масою тіла. При підвищенні рівня TNF- α у хворих на ГХ рівень кінцевих метаболітів NO вірогідно знижувався на $13,27\%$ порівняно з пацієнтами, у яких концентрація TNF- α перебувала в межах норми.

Висновок: зростання рівня ІІ, наявність ожиріння, підвищення вмісту в крові адипоцитокіну TNF- α у хворих на ГХ супроводжується зниженням вмісту кінцевих метаболітів NO.

УДК: 616.15 — 085.322

Н.Р. Поважна

МОЖЛИВОСТІ ФІТОТЕРАПІЇ В РЕВМАТОЛОГІЇ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

(науковий керівник – доц. О.В. Глубоченко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ревматичні захворювання є одним із проблемних питань сучасної медицини. Вони призводять до стійкого зниження працездатності і навіть до інвалідизації пацієнтів. Препарати, які застосовуються при лікуванні захворювань суглобів (гормони, цитостатики, нестероїдні протизапальні препарати), мають достатню ефективність, але існує проблема побічних ефектів, яка є досить актуальною при умові тривалого і позитивного застосування цих препаратів. В останні роки достатньо велика увага надається альтернативним методам лікування ревматичних захворювань, у тому числі і фітотерапії. Застосування фітопрепаратів дозволяє зменшити дози препаратів, що нівелює вираженість і частоту побічних дій, а в перервах між

медикаментозними курсами підтримує досягнуті позитивні результати лікування

Нашою метою став аналіз діапазону і ефективності лікарських рослин в ревматології, що здійснювався за допомогою пошукових баз системи «Інтернет».

Основними напрямками дії фітотерапії при лікуванні ревматичних захворювань є: 1) оптимізація обміну речовин; 2) протизапальний і антибактеріальний ефекти; 3) імунокорекція; 4) анальгезуюча дія; 5) місцева подразнююча дія; 6) антиалергічна дія; 7) загальнозміцнююча дія. Фітотерапія суглобової патології будується по тим же принципам, що і лікування хімічними засобами. Тобто використовується етіопатогенетичний і симптоматичний принципи. Етіопато-



генетичний принцип направлений на першопричину захворювання. Наприклад, враховуючи патогенетичні механізми розвитку подагри, в лікуванні перевагу слід надавати рослинам, які здатні збільшувати ниркову фільтрацію, виводячи при цьому з організму надлишок сечової кислоти. Це бруньки берези, брусниця, коріння лопуха, верес, вероніка, марена красильна, хвощ польовий. В комплексі базисного лікування ревматоїдного артрити, системного червоного вовчаку треба надавати перевагу фітопрепаратам, яким притаманний цитостатичний та імуномодуючий ефекти. До таких рослин відносяться чистотіл, молочай Паласа, ряска, корені оману високого, аконіт, вовче тіло болотне. Сутність симптоматичного принципу базується на застосуванні трав, які мають протизапальний та анальгезуючий ефекти. Є три групи препаратів, які володіють такою дією: перша група – це рослини, до складу яких входять так звані фітос-

терини, дітритерпеноїди, та інші речовини, які мають стероїдну структуру і відповідно ефект близький до дії глюкокортикоїдних гормонів (солодець голий, смородиновий лист, тирлич жовтий, рододендрон, солянка пагорбова). Друга група – це рослини, які містять саліцилати (так званий «рослинний аспірин») – кора верби, гадючник, лист малини, бруньки чорної тополі. Третя група – це рослини з місцевим протизапальним ефектом, які містять таніни, галову, елагову кислоти (перстач прямостоячий, бадан, кора дуба, вільха). Крім того в ревматології часто використовуються такі лікарські рослини як мартінія духмяна, імбир, коріння куркуми, м'ята, корінь живокосту. Слід зазначити, що на фармацевтичному ринку України є готові фітопрепарати, що застосовують в ревматології: «Ревмосан», «Артровіт», «Інцена», «Хомвіоревман», «Ассалікс», «Зінаксін».

УДК: 616.36-004:616.15-053

В.П. Присяжнюк, Ю.В. Андрійчук

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ВМІСТУ ТРАНСФОРМУЮЧОГО ФАКТОРА РОСТУ- β 1 У КРОВІ ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ПОХОДЖЕННЯ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – ас. В.П. Присяжнюк)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність. Різні науковці звертають увагу на участь трансформуючого фактора росту- β (TGF- β) у процесах фіброгенезу у хворих на цироз печінки (ЦП), внаслідок його здатності посилювати синтез фібронектину, ламініну та колагена IV типу ендотеліальними та зірчастими клітинами печінки. Проте вікові особливості такого впливу у пацієнтів із ЦП різного віку залишаються недостатньо вивченими.

Мета дослідження: вивчити вікові особливості вмісту TGF- β 1 у крові хворих на ЦП невірусного походження та його зв'язок із біохімічними маркерами цитолітичного, холестатичного і мезенхімально-запального синдромів.

Матеріали і методи: В основу клінічних досліджень лягли спостереження за 112-ма хворими на ЦП, віком від 30 до 80 ($54,2 \pm 10,0$) років. Серед обстежених хворих переважали чоловіки – 76 (67,9%), жінок було 36 (32,1%). Групою контролю були 30 практично здорових осіб репрезентативних за статтю та віком до обстежених хворих. Відповідно до вікової класифікації ВООЗ у I групу (вік 30-44 рр.) увійшли 30 хворих, у II групу (45-59 рр.) – 45 пацієнтів, у III групу (60-74 рр.) – 37 осіб із ЦП. У більшості хворих усіх вікових груп встановлено I-II ступінь важкості ЦП (клас A-B за Чайлдом-II'ю). Вміст TGF- β 1 у плазмі крові вимірювали методом імуноферментного аналізу за допомогою набору реактивів для визначення TGF- β 1 ("Bender MedSystems GmbH", Австрія). Біохімічні дослідження крові проводились на біохімічних аналізаторі "Accent-200" ("Cormay S.A.", Польща) за допомогою стандартних реактивів та методик.

Результати. Вміст TGF- β 1 у крові мав тенденцію до зростання вже у пацієнтів молодого віку. У хворих на ЦП зрілого віку на тлі спільної із пацієнтами молодого віку активності циротичного процесу така тенденція поглиблювалась. Лише у пацієнтів літньо-

го віку вміст цього цитокіну був достовірно вищим: на 82,8% ($p < 0,05$) порівняно з таким у практично здорових осіб. У хворих цієї групи вміст TGF- β 1 достовірно переважав такий у пацієнтів із ЦП молодого та зрілого віку: на 69,1% ($p < 0,05$) та 62,3% ($p < 0,05$) відповідно. Виявлені особливості вмісту TGF- β 1 у крові вказують, що найбільшого зростання його рівень набуває у хворих літнього віку. У пацієнтів усіх вікових груп встановлений прямий кореляційний зв'язок середньої сили між концентрацією TGF- β 1 та вмістом загального білірубину у крові: для хворих I групи ($r = 0,74$, $p < 0,05$), для II групи ($r = 0,49$, $p < 0,05$), для III групи ($r = 0,70$, $p < 0,05$). Для хворих молодого віку властивий прямий кореляційний зв'язок середньої сили між рівнем TGF- β 1 та вмістом загального білка в крові ($r = 0,72$, $p < 0,05$). В інших вікових групах така кореляція не виявлена. Для пацієнтів цієї групи характерні також прямий кореляційний зв'язок середньої сили між концентрацією цитокіна й активністю аспаргатамінотрансферази (AcAT) ($r = 0,72$, $p < 0,05$), сильні прямі кореляційні зв'язки між вмістом TGF- β 1 та активністю аланінамінотрансферази (AlAT) ($r = 0,85$, $p < 0,05$) і гамаглутамілтранспептидази (ГГТП) ($r = 0,84$, $p < 0,01$). Для пацієнтів зрілого та літнього віку виявлений кореляційний зв'язок середньої сили між концентрацією цитокіну та активністю ГГТП ($r = 0,65$, $p < 0,05$ та $r = 0,61$, $p < 0,05$ відповідно).

Висновки. У хворих на цироз печінки невірусного походження з віком зростає вміст трансформуючого фактора росту- β 1 у плазмі крові. Виявлені кореляційні зв'язки між вмістом цитокіну та біохімічними маркерами цитолітичного, холестатичного і мезенхімально-запального синдромів указують на вагомий роль трансформуючого фактора росту- β 1 у прогресуванні цирозу печінки.