



парасимпатичного впливу на серцевий ритм у цей період. Звертає увагу вдвічі менша величина ВПР у хворих з епізодами ББІМ, що підтверджує роль вегетативного статусу в реалізації ББІМ. Виявлена залежність дає можливість індивідуалізовано підходити до медикаментозної терапії у таких хворих з впливом на стан вегетативного статусу.

**Присяжнюк В.П., Волошин О.І.**

### **ЗВ'ЯЗОК А313G ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНУ GSTP1 З БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Одними з основних генів, які задіяні у патогенезі хронічного гепатиту (ХГ), є гени, що кодують синтез глутатіон-S-трансферази (GST), – ферменту другої стадії системи дезінтоксикації. Пині відомо вісім ізоформ ферменту GST та три гени GST, кожен з яких відповідає за синтез тієї чи іншої ізоформи ензиму. Зокрема, ген GSTP1, який міститься на хромосомі 11q13, кодує π-клас ферменту.

Метою роботи було дослідити можливий зв'язок А313G поліморфізму гену GSTP1 з біохімічними показниками крові у хворих на ХГ.

Вивчено А313G поліморфізм гену GSTP1 у 57 пацієнтів із ХГ невірусної етіології і 45 практично здорових осіб (група контролю). Дослідження А313G поліморфізму гену GSTP1 проводили у Державному закладі «Референс-центр з молекулярної діагностики МОЗ України» (м. Київ). Біохімічні дослідження крові проводилися на біохімічному аналізаторі «Accent-200» («Cormay S.A.», Польща) за допомогою стандартних реактивів та методик на базі лабораторії Чернівецького обласного діагностичного центру. Усі пацієнти та практично здорові волонтери дали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні.

Серед обстежених пацієнтів АА-генотип діагностували у 32 осіб (56,1%), АG-генотип – у 21 (36,9%), GG-генотип – у 4 (7,0%). А-алель гену GSTP1 визначалася у 85 випадках (74,6%) серед 114 виділених алелей, G-алель – у 29 випадках (25,4%) відповідно. У групі практично здорових людей виявлено 28 (62,2%) гомозиготних носіїв А-алеля; 16 осіб (35,6%) цієї групи були гетерозиготами, 1 людина (2,2%) – гомозиготним носієм G-алеля. А-алель гену GSTP1 виявлено у 72 випадках (80,0%) серед 90 визначених алелей, G-алель – у 18 випадках (20,0%) відповідно. Використавши статистичний метод обрахунку відношення шансів не встановлено статистично достовірної різниці у розподілі генотипів А313G поліморфізму гену GSTP1 між хворими на ХГ та практично здоровими особами (OR = 1,36, CI = 0,70 – 2,66, p < 0,05). Для пацієнтів із ХГ не залежно від алельного розподілу характерний більший вміст загального білірубину та його фракцій, триацилгліцеролів, сечової кислоти, а також вища активність трансаміназ, лужної фосфатази та GST у крові порівняно з відповідними показниками у практично здорових осіб. Більше того, у обстежених пацієнтів із G-алелем спостерігали достовірно вищу на 44,0% (p = 0,046) активність аланінамінотрансферази порівняно з такою у хворих носіїв АА-генотипу, що вказує на вищу активність процесів цитолізу у зазначеній когорті пацієнтів.

Частота зустрічальності G-алеля гену GSTP1 у пацієнтів із ХГ достовірно не відрізняється від такої у практично здорових осіб. Наявність G-алеля гену GSTP1 у хворих на ХГ асоціює з вищою активністю маркерів цитолітичного синдрому порівняно з пацієнтами носіями АА-генотипу.

**Рева Т.В., Трефаненко І.В.**

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИЗНАЧЕННЯ СОРБЕНТІВ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ ІЗ СУПУТНІМ ГІПОТИРЕОЗОМ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

За останні роки в усьому світі збільшилася кількість хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ). Серед дорослого населення Європи і США печія — кардинальний симптом ГЕРХ – зустрічається у 20–40 % хворих. Причому печію щодня відчувають до 10–30%, щомісячно – 50 %, тільки 2% пацієнтів лікуються з приводу ГЕРХ. ХХІ століттям Всесвітня гастроентерологічна асоціація визнала століттям ГЕРХ. На тлі зниження функції шитоподібної залози відбуваються порушення ліпідного обміну із розвитком ожиріння, функціональної активності травного каналу: уповільнення шлункової евакуації, розвиток хронічного дуоденостазу, дуоденогастрального рефлюксу.

Метою роботи було вивчити ефективність застосування сорбенто-гелю у хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом.

Обстежено 40 хворих на ГЕРХ із супутнім гіпотиреозом. Усім пацієнтам проводилось клінічне обстеження, дослідження ліпідного обміну, тиреоїдного гомеостазу, ендоскопічне дослідження, рН-метрія стравоходу та шлунка. Основній групі пацієнтів (25 осіб) була проведена оптимізована терапія із призначенням препарату сорбенто-гелю.

Контрольну групу склали 15 пацієнтів, що отримували базисне лікування. Показники умовної норми отримали у результаті обстеження 20 практично здорових осіб. Застосування загальноприйнятої методики лікування даної категорії хворих із застосуванням великих доз обволікаючих препаратів, кислотосупресивної



терапії, призначенням прокінетиків не завжди дозволяє досягнути бажаних результатів, адже обволікаючі препарати нерівномірно обволікають слизову оболонку стравоходу і не завжди захищають її від впливу агресивного дуоденального вмісту.

У результаті проведеного лікування у всіх хворих було ліквідовано запальні зміни у нижній третині слизової оболонки стравоходу та шлунка за рахунок обволікаючої дії препарату сорбенто-гелю, а також адсорбції значної кількості середньомолекулярних токсичних з'єднань, жовчних кислот і лугів, продуктів розпаду білка, білірубину, холестерину, сечовини, креатиніну.

Застосування сорбентів ефективно коригує дисліпідемію: достовірно знижує рівень загального холестерину, тригліцеридів, ліпопротеїдів низької щільності та індексу атерогенності.

**Сенюк Б.П., Юрнюк С.В.\*, Борейко Л.Д.\*\***

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ХОЛОПЛАНТ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНУ ЖИРОВУ ХВОРОБУ ПЕЧІНКИ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб*

*Кафедра судової медицини та медичного правознавства\**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти\*\**

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Основними причинами неалкогольної жирової хвороби печінки є переїдання, вживання жирної їжі, шкідливі звички, гіподинамія тощо. Ця патологія - найпоширеніше захворювання печінки. В середньому в світі на неї страждає приблизно 20% населення.

Метою дослідження було вивчення ефективності і переносимості препарату холоплант у терапії хворих з неалкогольною жировою хворобою печінки, поєднаною з дискінезіями жовчовидільних шляхів. Дослідження проведено в 29 хворих із вказаною недугою. Вивчали особливості клінічного перебігу захворювання, біохімічні показники (білірубін, аланінамінотрансферазу (АлАТ), аспартатамінотрансферазу (АсАТ), лужну фосфатазу, тимолову пробу, холестерин), жовчовидільну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів в «гострих» клінічних дослідженнях за допомогою фармакодинамічної ехохолестистографії, та при курсовому лікуванні.

Препарат холоплант призначали по 2 капсули тричі на добу за 15-30 хвилин до їжі впродовж 21 дня. До складу препарату холоплант входять екстракт листя артишоку 200мг, урсодезоксихолієва кислота 100мг, екстракт кореню дягелю лікарського 50мг. Поєднання таких складових, крім власне гепатопротекторної дії, забезпечує також жовчогінну, спазмолітичну, холестеринознижувальну та імунomodуючу.

Результати проведених досліджень показали позитивний вплив холопланту на динаміку клінічних проявів, функціональний стан печінки та жовчовидільних шляхів. Під впливом проведеної терапії у вказаного контингенту хворих відзначали зменшення частоти і вираженості таких проявів диспепсичного синдрому як відрижка, зниження апетиту, відчуття сухості і гіркоти в роті, метеоризму, порушення кишкових випорожнень.

Одночасно у хворих зменшувалась вираженість проявів астеничного синдрому: на 6-й день від початку лікування значно зменшилась загальна слабкість, підвищена втома у 21 (72,4%) хворого, а по завершенню лікування у 26 (89,2%) хворих. У всіх хворих після проведеного лікування виявляли зменшення болючості у правому підребер'ї, зменшення розмірів печінки.

За допомогою фармакодинамічної ехохолестистографії під впливом холопланту відмічали холестистокінетичний ефект різного ступеня вираженості. Так, у пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення відбувалося на 50-60 хвилині (коефіцієнт скорочення –  $61,4 \pm 5,6\%$   $p < 0,05$ ). У випадку гілотонічної дисфункції максимальне скорочення жовчного міхура наступало на 20-30 хвилині і було нетривалим у часі.

Аналіз ультрасонографічних даних органів черевної порожнини підтвердив позитивний ефект курсового лікування препаратом холоплант (зменшення розмірів печінки на 1-2 см, зниження її ехогенності, відновлення розмірів жовчного міхура, значне зменшення осаду в його порожнині).

В результаті проведеного лікування вказаним препаратом нормалізувалась пігментна функція печінки, що проявлялась статистично достовірним зниженням рівня загального, кон'югованого і некон'югованого білірубину, знизилась активність лужної фосфатази, а також відзначали зниження активності АлАт, АсАт, тимолової проби ( $p < 0,05$ ). Також виявлено статистично достовірне зниження рівня холестерину крові.

Оцінку переносимості холопланту проводили, аналізуючи суб'єктивні симптоми і відчуття хворих у процесі лікування, об'єктивні дані та результати загальноклінічних досліджень. Негативних побічних реакцій не було, переносимість вказаного лікувального засобу була доброю.

Таким чином, препарат холоплант у хворих на неалкогольну жирову хворобу печінки, поєднану з дисфункцією жовчовидільних шляхів забезпечує гепатопротекторний ефект і відновлює порушену моторну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів, володіє спазмолітичною, холестеринознижувальною та імунomodуючою діями, що обґрунтовує його призначення даній категорії хворих.