



Піддубна А.А., Вісвятник В.В.

НЕФРОПРОТЕКТОРНИЙ ЕФЕКТ КОМБІСАРТУ У ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Метою дослідження було встановити зміни функціонального ниркового резерву у хворих на вий діабет (ІІІ) 2 типу, ускладнений діабетичною нефропатією на стадії мікроальбумінурії, під впливом терапії блокатором рецепторів до ангіотензину Комбісарту порівняно із терапією блокатором кальцієвих каналів амлодипіном, а також вивчити порівняльну ефективність даних препаратів

Обстежено 40 хворих із ЦД 2 типу віком 53-69 років із діагностованим ЦД 2 типу згідно критеріїв ВООЗ. Індекс маси тіла (ІМТ) становив 29-44 кг/м². У пацієнтів діагностували м'яку артеріальну гіпертензію (офісний артеріальний тиск (АТ) в положенні сидячи $\geq 135/85$ мм. рт. ст.), або на момент включення хворим проводили антигіпертензивну терапію. Мікроальбумінурія становила 36-271 мг/добу. Вміст креатиніну сироватки крові становив ≤ 127 мкмоль/л. Розрахункова ШКФ була ≤ 60 мл/хв/1.73 м².

Відібраних пацієнтів було розподілено на 2 рівні за кількістю (n=20) групи для отримання терапії Комбісартом та амлодипіном. Пацієнти, які на момент включення в дослідження приймали для зниження артеріального тиску препарати з груп інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ), блокаторів рецепторів до ангіотензину (БРА). Період лікування тривав 9 тижнів. Дозування Комбісарту проводилось у діапазоні від 5/160 до 10/160 мг один раз на добу з корекцією дози, в разі недостатнього антигіпертензивного ефекту, кожні 2 тижні до досягнення цільового АТ $\leq 130/80$ мм. рт. ст. Наприкінці дослідження всі пацієнти групи Комбісарту отримували препарат в дозі 10/160/12,5 мг. Дозування та корекція амлодипіну проводилось у діапазоні від 5 до 10 мг один раз на добу з корекцією дози в разі недостатнього антигіпертензивного ефекту до досягнення цільового АТ $\leq 130/80$ мм. рт. ст.

На початку дослідження порівнювані групи пацієнтів були співставними за віком, статтю, тривалістю перебігу ЦД, отримуваною цукрознижуючою терапією, рівнем добової екскреції альбуміну з сечею, а також морфометричними показниками і показниками офісного АТ (різниця була не достовірною, $P > 0,05$). Проте спостерігалися достовірні ($P < 0,01$) відмінності в показниках глікозильованого гемоглобіну (HbA1c був на 0,94% (9%) вищим у групі амлодипіну), ліпідів крові (загальний холестерин був на 0,81 ммоль/л (11,3%) вищим у групі комбінованої терапії Комбісартом, тригліцериди – на 0,29 ммоль/л (11,12%, $P < 0,02$) вищими в групі амлодипіну, ЛПНЩ – на 1,2 ммоль/л (19,6%) вищими в групі амлодипіну). Таким чином, обидві групи пацієнтів були декомпенсованими за показниками глікемічного контролю, ліпідів крові та артеріального тиску. Крім того, пацієнти досліджуваних груп мали істотно знижені резервні функціональні можливості нирок, які визначалася по зниженню приросту ШКФ менш ніж на 3% ($3,91 \pm 2,77$)% в групі Комбісарту і ($1,99 \pm 2,76$)% в групі амлодипіну (різниця не достовірна, $P > 0,05$).

Отримані дані у процесі лікування свідчать про істотні відмінності у ефективності двох препаратів щодо здатності впливати на функціональний стан нирок. Терапія Комбісартом приводить до покращення функціонального стану нирок хворих на діабетичну нефропатію, що виявляється по зменшенню екскреції альбуміну з сечею і пов'язано зі збільшенням функціонального ниркового резерву. Покращення функціонального стану нирок при лікуванні Комбісартом відбувається не тільки за рахунок впливу на ренін-ангіотензин-альдостеронову систему, а також завдяки покращенню метаболічних показників. Виявлено позитивний вплив Комбісарту на добовий ритм артеріального тиску у хворих на діабетичну нефропатію, що є складовою його нефропротекторного ефекту.

Присяжнюк І.В., Пашковська Н.В.

ОСОБЛИВОСТІ БІОХІМІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТА ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕКАМЕНЕВИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ГІПОТИРЕОЗ

Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Відомо, що вплив низької концентрації гормонів щитоподібної залози поширюється на різні органи, регулюючи білковий, вуглеводний та жировий обміни, моделюючи імунну відповідь та активність процесів запалення. Подальшого вивчення потребують особливості біохімічних та цитокінових показників крові у пацієнтів із поєднаним перебігом хронічного холециститу та гіпотиреозу.

Метою дослідження було вивчити особливості окремих біохімічних показників та цитокінового профілю крові у хворих на хронічний некаменевий холецистит (ХНХ) та гіпотиреоз.

Обстежено 72 пацієнти із ХНХ поєднаним із гіпотиреозом (основна група) та 30 хворих на ХНХ без патології щитоподібної залози (група порівняння). У групу контролю увійшли 20 практично здорових осіб. Середній вік хворих дослідної групи становив $42,3 \pm 2,6$ років, групи порівняння – $46,0 \pm 1,6$ років, осіб контрольної групи – $40,1 \pm 2,9$ років. Біохімічні дослідження крові проводили на біохімічному аналізаторі «Accent-200» («Cormay S.A.», Польща). Визначення рівня інтерлейкіну-1 β (IL-1 β), фактора некрозу пухлин- α (TNF- α), інтерлейкіну-10 (IL-10) у крові проводили за допомогою приладу «Statfax 303/Plus» («Awareness Technology Inc.», США).



У пацієнтів обох груп спостерігали підвищену активність аспаратамінотрансферази (АсАТ) та аланінамінотрансферази (АлАТ) в крові порівняно з такими у здорових людей. Вищу активність загальної лактатдегідрогенази в крові відзначали у пацієнтів з ХНХ, що поєднувався з гіпотиреозом, у котрих вона на 38,4% ($p < 0,0001$) і 40,2% ($p < 0,0001$) перевищувала відповідні значення у пацієнтів групи порівняння і осіб групи контролю. У зазначеній групі хворих рівень лужної фосфатази (ЛФ) також був найвищим, її активність на 31,7% ($p = 0,0002$) була більша за таку у осіб контрольної групи і на 14,8% ($p = 0,04$) – у пацієнтів групи порівняння. Активність γ -глутамілтрансферази (ГГТП) у крові пацієнтів обох груп на 63,5% ($p = 0,0007$) і 66,5% ($p = 0,002$) переважала відповідні значення у осіб групи контролю.

У хворих на ХНХ і гіпотиреоз визначали підвищення концентрації TNF- α на 23,1% ($p = 0,04$) та зниження рівня IL-10 на 53,8% ($p = 0,04$) у крові, порівняно з пацієнтами із ХНХ та нормальною функцією шитолодінної залози. Вміст IL-1 β позитивно корелював із концентрацією сечовини ($r = 0,41$, $p = 0,04$), активністю АсАТ ($r = 0,40$, $p < 0,05$) та АлАТ ($r = 0,43$, $p = 0,04$). Встановлені прямі кореляційні зв'язки середньої сили між рівнем TNF- α у крові та активністю АсАТ ($r = -0,47$, $p = 0,02$), АлАТ ($r = -0,52$, $p = 0,01$), ЛФ ($r = -0,60$, $p = 0,002$) та ГГТП ($r = 0,52$, $p = 0,01$). Встановлена обернена кореляція середньої сили між вмістом IL-10 у крові обстежених пацієнтів та активністю ГГТП ($r = -0,44$, $p = 0,04$).

Таким чином, у хворих на хронічний некаменевий холецистит та гіпотиреоз спостерігали зростання активності загальної лактатдегідрогенази і лужної фосфатази, вмісту фактора некрозу пухлин- α та зниження рівня інтерлейкіну-10. Кореляційні зв'язки між вмістом про- і протизапальних цитокінів та біохімічними маркерами цитолізу, холестази та інтоксикації свідчать про участь цитокінової ланки імунної системи у патогенезі хронічного некаменевого холециститу при гіпотиреозі.