

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



хронізації екзематозного процесу в шкірі цих пацієнтів. Визначення цитокинового профілю у хворих на екзему, залежно від площі ураження шкіри вірогідних відмінностей вмісту досліджуваних прозапальних цитокінів (ФНП- α , ІЛ-1 β , ІЛ-6) у сироватці крові пацієнтів з обмеженим та поширеним ураженням шкіри не виявив. Водночас у хворих із поширеними формами дерматозу реєстрували вірогідне підвищення вмісту у сироватці крові таких пацієнтів протизапального цитокіну ІЛ-4 (у 2,5 рази, $p < 0,05$).

При аналізі досліджуваних показників цитокинового профілю у сироватці крові хворих на екзему залежно від місця їх проживання (в міських чи сільських населених пунктах) та залежно від статі пацієнтів вірогідних відмінностей досліджуваних показників не виявлено. Разом з тим, у хворих жіночої статі, у яких частіше осіб чоловічої статі реєстрували хронічні форми дерматозу з поширеним ураженням шкіри, помічено тенденцію ($p > 0,05$) до більш істотного порівняно з показниками контрольної групи підвищення рівня прозапальних цитокінів – ФНП- α та ІЛ-1 β (відповідно: в 2,87 та 2,80 рази; у хворих чоловічої статі: в 2,52 та 1,95 рази) на тлі тенденції до зниження рівня ІЛ-4 (в 1,57 рази порівняно з хворими чоловічої статі).

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про те, що у хворих на екзему в період загострення дерматозу має місце певний дисбаланс вмісту в сироватці крові про- й протизапальних цитокінів – вірогідне збільшення рівня прозапальних цитокінів (ІЛ-1 β , ФНП- α) на тлі неістотного зростання вмісту протизапального цитокіну ІЛ-4, який за тривалого перебігу дерматозу істотно знижується, що може бути однією з можливих причин хронізації екзематозного процесу в шкірі.

Тодоріко Л.Д.

ХАРАКТЕР ПОРУШЕНЬ ОРГАНІВ СИСТЕМИ ТРАВЛЕННЯ ТА ТИРЕОЇДНА АКТИВНІСТЬ У ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

*Кафедра фтизіатрії та пульмонології,
Буковинський державний медичний університет*

Україна належить до країн із достатньо високим рівнем захворюваності на туберкульоз (ТБ) - 68,1 на 100 тис. населення. За даними ВООЗ Україна посідає I місце за питомою вагою мультирезистентного туберкульозу (МРТБ) серед хворих, що отримують повторне лікування (79,4 %). В останні роки ефективність етіотропної терапії туберкульозу легень знижується внаслідок зростання частки хіміорезистентних штамів мікобактерій туберкульозу (МБТ), відсутності нових ефективних антимікобактеріальних препаратів (АМБП), поєднання ТБ та ВІЛ/СНІДу. На зростання показників неефективного та перерваного лікування мають вплив не лише соціально-економічні, але й медичні фактори. Зважаючи на обмежені можливості розширення арсеналу дієвих протитуберкульозних препаратів – удосконалення діючих режимів хіміотерапії є оптимальним вибором в умовах недофінансування галузі. Пошук важливих аспектів особливостей клінічного перебігу та удосконалення програм хіміотерапії і патогенетичного лікування у комплексній терапії хворих на поширені форми туберкульозу легень залишається актуальним завданням сучасної фтизіатрії.

Мета полягала у визначенні особливостей функціонування ЩЗ, вмісту кортизолу, оцінці характеру порушень органів системи травлення у хворих на ХРТБ, удосконаленні методів діагностики та оптимізації програми хіміотерапії.

Використовували наступні методи дослідження: клінічні (зібрання скарг, анамнезу, огляд, фізикальне обстеження анкетно-опитувальні); лабораторні (мікроскопічні, мікробіологічні, загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові); імунологічні (імунограма, лейкоцитарний індекс інтоксикації); імуноферментні (гормональний профіль щитоподібної залози, стан тиреоїдної функції гіпофіза, вміст кортизолу, С-реактивний білок); імуноцитохімічні (ступінь апоптозу епітеліоцитів бронхів, проліферативна активність клітин); інструментальні (оглядова та бокова рентгенографія ОГК, томографія ОГК, комп'ютерна томографія, функція зовнішнього дихання, фібробронхоскопія, УЗД органів черевної порожнини); статистичні (параметричні та непараметричні методи варіаційної та рангової статистики).

Найбільш типовими для токсичних гепатитів, який розвинувся внаслідок поліхіміотерапії є скарги на дискомфорт і важкість у правому підребер'ї, які турбують більше половини хворих. Переважали симптоми: гепатомегалія – 87 (70,73%), інтоксикаційний – 64 (52,03%), астено-вегетативний – 84 (68,29%), диспепсичний – 58 (47,15%), жовтяничний – 53 (43,08%). У хворих на ХРТБ легень з токсичним гепатитом переважав поширений деструктивний туберкульоз – у 67,48% випадків та з бактеріовиділенням – у 63,41% осіб. МРТБ легень діагностований у 73,08%. Імунологічна реактивність організму була знижена у 76% хворих. Погана переносимість препаратів спостерігалася у 69,11%.

Факторами ризику токсичного ураження печінки при прийомі АМБП у хворих з хіміорезистентністю є: вік старше 60 років; концентрація альбуміну в сироватці крові менше 35 г/л; жіноча стать; збільшення показників білірубину та раніше діагностовані хронічні захворювання печінки; позитивний тест на HBsAg; використання значної кількості препаратів відповідно до стандарту, у т.ч. і з включенням піразинаміду; зловживання алкоголем.

Отримані результати тиреоїдної активності свідчать проте, що ТБ процес супроводжується низьким рівнем вільного тироксину (вТ₄), що компенсується за рахунок високої периферійної конверсії вільних тиреоїдних гормонів (вТГ), супроводжується високим показником вільного трийодтироніну (вТ₃), що є адекватною реакцією щитоподібної залози (ЩЗ) на системні прояви інтоксикаційного синдрому інфекційного характеру.



У період захворювання активним токсичним гепатитом (3 тижні) хіміотерапію не проводили. Призначали діету №5, метаболічні, дезінтоксикаційні препарати (у т.ч. глютаргін, тівортін, ентеросорбенти). Після лікування токсичного гепатиту продовжували ХТ двома менш гепатоксичними препаратами на тлі призначення гепатопротекторів, вітамінотерапії.

У хворих на ХРТБ легень із супутньою виразковою хворобою шлунку та ДПК, різними варіантами гастриту, рекомендується застосування в інтенсивну фазу ін'єкційних форм АМБП відповідно до схем лікування за відповідною категорією.

До програми стандартного етіотропного лікування ХРТБ легень за 4 категорією (8ZKm(Am)QE(t)Cs(Tz, PAS) / або 8EZKm(Am)EtPASQ) призначали препарат «Глутоксим». Уводили один раз на добу в дозі 1 мл 3% розчину (30 мг) щодня п'ять днів, потім по 1 ін'єкції через день ще 10 раз (всього 15 ін'єкцій).

Таким чином, включення у стандартні схеми хіміотерапії глутоксиму в кінці I місяця інтенсивної фази виявило вірогідно позитивний ефект через потенціювання дії протитуберкульозних препаратів, що сприяло підвищенню ефективності лікування за рахунок позитивної динаміки імунно-цитокінового та тиреоїдного балансу, прискорила клінічно-позитивна динаміка (37%), скоротилися терміни припинення БК (28%); за рентгенологічними даними – зменшення вогнищево-інфільтративних змін (49%) та зменшення розмірів деструкції (25%), що призводило до покращання якості життя пацієнтів.

СЕКЦІЯ 16

ФАРМАКОЛОГІЧНА ДІЯ ТА ФАРМАКОКІНЕТИКА ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Букатару Ю.С.

АНТИГІПОКСАНТНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНОГО-ЛІДЕРА 2-БЕНЗАМІДО-2-(2-ОКСОІНДОЛІН-3-ІЛІДЕН) ОЦТОВОЇ КИСЛОТИ ЗА УМОВ ГЕМІЧНОЇ ГІПОКСІЇ

*Кафедра фармакології,
Буковинський державний медичний університет*

Спільною патогенетичною ланкою розвитку будь-якого критичного стану є гіпоксія. Існуючі методи і способи корекції гіпоксії часто не приносять належних результатів. Тому питання лікарської профілактики та фармакотерапії гострих видів гіпоксії є важливою медико-біологічною проблемою.

Раніше в серії скринінгових досліджень на моделі гострої гіпобаричної гіпоксії виявлена виражена антигіпоксанта активність похідного 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-іліден) оцтової кислоти – речовини № 15 ((Z)-N-(1-(1-метил-2-оксоіндолін-3-іліден)-2-оксо-2-(фенетиламіно)етил)бензамід).

Метою роботи було вивчення антигіпоксантаї активності похідного-лідера 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-іліден) оцтової кислоти, за умов гемічної гіпоксії.

Дослідження проводили на 28 білих нелінійних статевозрілих щурах-самцях масою 180-200 г, віком 3 місяці. Гемічну гіпоксію моделювали внутрішньочеревинним введенням 1% розчину натрію нітриту в дозі 50 мг/кг. Речовину, що досліджували, вводили внутрішньочеревинно за 35 хв до моделювання гіпоксії у дозі 15 мг/кг у вигляді водної суспензії, стабілізованої полісорбатом 80 (Твін 80). Препарат порівняння антигіпоксанта Мексидол вводили в дозі 100 мг/кг. Тваринам контрольної групи вводили еквівалентну кількість водної суспензії з полісорбатом 80.

За результатами дослідження похідне-лідера збільшував час життя тварин при гемічній гіпоксії на 90%, а препарат порівняння Мексидол на 50% ($p < 0,05$) порівняно з даними контролю. Отже, у результаті дослідження була виявлена нова хімічна речовина, яка за антигіпоксантаї активністю перевищує препарат порівняння Мексидол, а також активність досліджених раніше похідних 2-бензамідо-2-(2-оксоіндолін-3-іліден) оцтової кислоти.

Гайна Ж.М., Івасюк С.Н.

ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИГЕЛЬМІНТНИХ, АНТИОКСИДАНТНИХ ТА НЕФРОПРОТЕКТОРНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ДИКОРОСЛИХ ЛІКАРСЬКИХ РОСЛИН ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

*Кафедра фармацевтичної ботаніки та фармакогнозії,
Буковинський державний медичний університет*

Застосування фітопрепаратів у XXI столітті є надійним і перспективним науково-практичним напрямком, оскільки активні компоненти лікарських рослин (ЛР) за структурою близькі до метаболітів людського організму і тому діють більш м'яко і з високим ступенем безпечності. Лікарська рослинна сировина може бути використана для профілактики та лікування як самостійно, так і в комплексній терапії системних недуг. Особлива увага надається використанню ЛР при захворюваннях, викликаних ураженням гельмінтними інвазіями, що може супроводжуватися порушенням роботи організму в цілому – зниження імунітету, порушення роботи видільної системи, в тому числі і сечовидільної.

Відомо, що якісний і кількісний вміст діючих речовин в ЛР залежить від місця зростання і фази вегетації. Разом з цим, також, слід враховувати чутливість організму людини залежно від генетично-еволюційного розвитку до природних чинників, їжі, в тому числі до дикорослих ЛР із географічної зони його народження.



Вище наведене дає можливість передбачити специфічність дії рослин Чернівецької області, оскільки екологічна ситуація даної території свідчить про те, що Буковина належить до найбільш чистих регіонів України, і цей чинник, на нашу думку, позитивно впливає на якість хімічного складу місцевих дикорослих ЛР.

Серед фахової літератури нами не знайдено відомостей, щодо особливостей вмісту діючих речовин рослин Буковини з антиоксидантними, антигельмінтними та нефропротекторними властивостями, що ми і плануємо досліджувати.

Серед біологічно активних речовин, перевага надається ефірним оліям, оскільки їм властивий широкий спектр терапевтичної дії. Складові частини ефірних олій – сесквітерпенові лактони мають виражену антиоксидантну, антимікозну та сечогінну дію; сполуки з епоксидною групою проявляють антипротозойну активність, а з ненасиченим лактонним кільцем, ненасиченою кетогрупою або епоксидним угрупованням – виявляють цитотоксичну дію на протозоозни та гельмінтози.

Яскравим представником ефірноолійних ЛР є родина *Asteraceae*. Кількісний вміст сантоніну виділеного з полину цитварного може варіювати в різних видах рослин, однак, на сьогодні не всі види полину досліджено на вміст лактонів та недостатньо вивчені їх фармакологічні властивості. Аналогічно дією володіє також геленін – сума сесквітерпенових лактонів з оману високого *Inula helenium* L. який ефективніший, ніж сантонін, особливо в дитячій практиці. Спиртова витяжка діючих речовин поширеної на Буковині ЛР *Arnica Montana* сприяє знешкодженню вільних радикалів в організмі. Протиопісторхозною активністю, яка, вочевидь, пов'язана з наявністю сесквітерпенових лактонів, володіють рослини роду *Centaurea* – *Centaurea cyanis*.

Рослинам роду *Ariaseae*, *Betulaceae*, *Brassicaceae*, *Comaceae*, *Cucurbitaceae*, *Equisetaceae*, *Fabaceae* притаманна нефропротекторна та уролітична властивість.

Серед представників дикорослих ефірноолійних рослин Чернівецької області (арніка гірська, полин гіркий, ромашка запашна, береза повисла та ін.) слід провести фармакогностичні та гістохімічні дослідження щодо особливостей медико-біологічних властивостей ЛР з урахуванням мінливості хімічного складу ЛР, фази вегетації рослин враховуючи дані, щодо клініко-імунологічних та еколого-епідеміологічних особливостей паразитоценозів різних регіонів Буковини.

Геруш О.В.

СКРИНІНГОВЕ ФАРМАКОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КАПСУЛ «ГЕПАФІСАН», ГРАНУЛ «ПОЛІГЕРБАГАСТРИН», «ГЕПАТРОПІН», КАПСУЛ «ФІТОВЕНОЛ» З МЕТОЮ ВИБОРУ ЕФЕКТИВНОЇ ДОЗИ

Кафедра фармації

Буковинський державний медичний університет

Ушкодження плазматичних мембран, ендоплазматичного ретикулуму і мітохондрій гепатоцитів супроводжує захворювання печінки різної етіології та обумовлено, перш за все, посиленням гепатотоксинами вільнорадикальних процесів.

Відомі антиоксидантні властивості рослинних компонентів дозволяють припустити наявність у них антиоксидантних та мембраностабілізуючих властивостей. Як об'єкти дослідження були використані багатокомпонентні рослинні комбінації у вигляді гранул та капсул.

Капсули «Гепафісан» містять подрібнену суміш лікарських рослин наступного складу: плоди розторопші, корені кульбаби лікарської, листя м'яти перцевої, трава бобівника трилистого, квіти нагідок лікарських, трава реп'яшка звичайного, трава рутки лікарської. Гранули «Полігербагастрин» містять нативний порошок суцвіт'я м'яну пішаного, стовпчиків з приймочками кукурудзи, трави хвоща, трави споришу, насіння гіркого каштану звичайного, коренів солодки, висівки пшениці. Гранули «Гепатропін» містять нативний порошок квітів нагідок лікарських, коренів солодки, кореневищ та коренів валеріани, квітів ромашки, насіння гіркого каштану звичайного, листя кропиви; плодів шипшини, висівки пшениці. Капсули «Фітовенол» містять подрібнену суміш лікарських рослин наступного складу: насіння гіркого каштану звичайного, листя гамамелісу віргінського, плоди віса посівного, плоди софори японської; трава золотушника звичайного, трава гадючника в'язолистого, трава буркуну лікарського. Рослини, які входять до складу досліджуваних об'єктів, відновлюють та підтримують функціональну активність гепатоцитів, виявляють антиоксидантну, мембраностабілізуючу та антиоксидантну дію.

В межах скринінгових досліджень з метою вибору найбільш ефективної дози проводили вивчення фармакологічної активності (ФА) капсул «Гепафісан», гранул «Полігербагастрин», «Гепатропін» та капсул «Фітовенол» у порівнянні з таблетками «Силібор»: 1) мембраностабілізуючої активності – на моделі спонтанного гемолізу еритроцитів; 2) гепатозахисної, антиоксидантної та антиоксидантної активності – на моделі гострого гепатиту у щурів, який викликали тетрахлорметаном.

Для підтвердження мембраностабілізуючих властивостей у системі *in vivo* був обраний метод Jager F.C., який базується на визначенні ступеня спонтанного гемолізу мембран еритроцитів у %.

При дослідженні гепатозахисних та антиоксидантних властивостей визначали активність АлАТ у сироватці крові, вміст ТБК-активних продуктів, дієнових кон'югатів (ДК) та відновленого глутатіону (ВГ) у гомогенатах печінки. Для оцінки антиоксидантної дії печінки застосовували гексеналову пробу. Для оцінки ефективності досліджуваних лікарських засобів використовували формулу: $FA = (PK - D) / PK - NK \cdot 100\%$.

У досліджах використовували безпородних білих щурів-самців масою 180-200 г. Тварини були поділені на групи негативного контролю (НК), позитивного контролю (ПК) та дослідні (Д) по 8 у кожній. Дослідні



тварини отримували: 1) капсули «Гепафісан» у дозах 54 мг/кг, 81 мг/кг та 108 мг/кг; 2) гранули «Полігербагастрин» у дозах 300 мг/кг, 600 мг/кг та 900 мг/кг; 3) гранули «Гепатропін» у дозах 600 мг/кг, 900 мг/кг та 1200 мг/кг; 4) капсули «Фітовенол» у дозах 75 мг/кг, 150 мг/кг та 225 мг/кг; 5) препарат порівняння – таблетки «Силібор» в дозі 35 мг/кг при профілактичному застосуванні впродовж 30 діб. Зазначені дози при перерахунку на дозу для людини відповідали 2-м, 3-м та 4-м капсулам «Гепафісан», 2-м, 3-м та 4-м пакетам гранул «Полігербагастрин», «Гепатропін», 3-м, 6-ти та 9-ти капсулам «Фітовенол» на добу.

Ступінь гемолізу еритроцитів у групах тварин, які отримували досліджувані засоби та препарат порівняння в зазначених дозах, був вірогідно меншим за показник у тварин групи негативного контролю. Встановлена найбільш виражена мембраностабілізуюча активність на моделі спонтанного гемолізу еритроцитів для капсул «Гепафісан» в дозах 81 мг/кг та 108 мг/кг – 56% та 55%, гранул «Полігербагастрин» в дозі 900 мг/кг – 52%, гранул «Гепатропін» в дозі 900 мг/кг – 59%, капсул «Фітовенол» в дозі 150 мг/кг – 54%. В цих дозах рослинні збори перевершували препарат порівняння – мембраностабілізуюча активність таблеток «Силібор» в дозі 35 мг/кг становила 43%. При збільшенні дози досліджуваних об'єктів мембраностабілізуюча активність не змінювалась.

При застосуванні капсул «Гепафісан» в дозі 81 мг/кг, гранул «Полігербагастрин» в дозі 900 мг/кг, гранул «Гепатропін» в дозі 900 мг/кг, капсул «Фітовенол» в дозі 150 мг/кг ФА на моделі гострого гепатиту у щурів складала для показників, що характеризують: 1) антиоксидантну активність – ТБК-активні речовини – 96%, 90%, 92% та 94% відповідно; ДК – 95%, 99%, 97% та 101% відповідно; ВГ – 225%, 239%, 263% та 242% відповідно; 2) гепатопротекторну активність – маркера цитолізу, фермента АлАТ – 82%, 77%, 83% та 76% відповідно; 3) антиоксидантну активність – 89%, 92%, 92% та 91% відповідно. Досліджувані фітозасоби вірогідно перевершують препарат порівняння – таблетки «Силібор», ФА якого в дозі 35 мг/кг складала 42-70%. При збільшенні дози досліджуваних об'єктів ФА активність не змінювалась.

Таким чином, капсули «Гепафісан», гранули «Полігербагастрин», «Гепатропін» та капсули «Фітовенол» виявляють гепатопротекторну, антиоксидантну та антиоксидантну активність найбільш виразно у дозах 81 мг/кг, 900 мг/кг, 900 мг/кг та 150 мг/кг відповідно та перевершують за ефективністю таблетки «Силібор». Значна перевага нових фітозасобів над таблетками «Силібор», ймовірно, пов'язана з сумарною дією БАР лікарських рослин, які входять до їх складу та підсилюють дію одне одного. А екстракт розторопші як монокомпонент у складі таблеток «Силібор» не забезпечує такої виразної дії.

**Горошко О.М., Драчук В.М.*, Ежнед М.А., Ровінський О.О., Гудзь Н.А.
ДОСЛІДЖЕННЯ У ПОРІВНЯННІ ВПЛИВУ ЛІПІНУ ТА ЛІПОФЛАВОНУ НА ПРОЦЕСИ ПЕРОКСИДАЦІЇ ЛІПІДІВ ТА БІЛКІВ ПРИ ТРИВАЛОМУ ВВЕДЕННІ ЛІПІНУ ЗА УМОВ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ ГОСТРОЇ НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**

Кафедра фармації

*Кафедра фармакології**

Буковинський державний медичний університет

Активізація процесів вільнорадикального окиснення на тлі пригнічення активності системи антиоксидантного захисту відіграє важливу роль у патогенезі гострої ниркової недостатності. В разі розвитку патології продукція РОС різко збільшується, що супроводжується посиленням процесів окиснювальної деструкції ліпідів, білків, нуклеїнових кислот, вуглеводів, проявом генотоксичних ефектів, активацією ряду протеокогенів. Порушується процес мобілізації антиоксидантного захисту, спостерігається загинь клітин внаслідок включення програми апоптозу. Оскільки антиоксиданти запобігають руйнуванню клітинних мембран вільними радикалами, то можна передбачати, що препарати які мають мембраностабілізуючі, вазодилаторні властивості є перспективні засоби фармакологічної корекції гострої ниркової недостатності (ГНН). Відомо, що кверцетин у ліпосомальній формі та ліпін, що є основою ліпосомальної форми мають антиоксидантні властивості, що визначає можливість їх використання для фармакокорекції гострої ниркової недостатності.

Мета роботи – у порівняльному аспекті з'ясувати вплив ліпину, як основи ліпосомальної основи кверцетину та ліпофлаону на процеси пероксидації ліпідів та білків при експериментальній гострій нирковій недостатності при тривалому використанні.

При використанні моделі ГНН в тканинах нирок уражених тварин разом з накопиченням продуктів вільнорадикального окиснення макромолекул знижувалась активність ферментного компоненту антирадикальної глутатіонової системи – ГП, і неферментного – вмісту сульфгідрильних груп.

Одним з основних продуктів ПОЛ, що дозволяє судити про інтенсивність цих процесів є ТБК. Так, у еритроцитах крові даний показник зменшився при використанні ліпофлаону у 1,7 рази та при використанні ліпину у 1,3 рази у порівнянні з нелікованими тваринами рази.

У тканинах нирок вміст ТБК активних продуктів зменшувався у порівнянні з ГНН при використанні ліпофлаону на 7 добу у 1,2, однак застосування ліпину, у дозі рівній вмісту його у ліпофлаоні не приводило до зменшення вмісту даних продуктів ПОЛ.

Також при багаторазовому введенні спостерігалось посилення антиоксидантного захисту як у тканині нирок, так й в організмі в цілому. Так активність каталази в крові після введення ліпофлаону та ліпину зросла у 1,1 рази в порівнянні з нелікованими тваринами. Також зросла активність ГП у 1,8 рази при лікуванні ліпофлаоном та у 1,7 рази при застосуванні ліпину.