



Роборчук С.В.

ОСОБЛИВОСТІ ДИСБАЛАНСУ ПРО- ТА ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ З ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Буковинський державний медичний університет

Про-та протизапальні цитокіни відіграють велику роль у формуванні та розвитку уражень нирок у хворих на ревматоїдний артрит (РА). Цитокіни є чутливими та інформативними індикаторами патологічних процесів в нирках, що визначає актуальність оцінки цитокінового профілю у хворих на РА з наявністю ревматоїдної нефропатії.

Метою нашої роботи було охарактеризувати вміст про- та протизапальних цитокінів у хворих на РА з ураженням нирок. Обстежено 158 хворих на РА у тому числі хворі на РА без уражень нирок, що склали I групу дослідження (n=46); хворі на РА з наявністю хронічної хвороби нирок I ст. (ХХН I) склали II групу дослідження (n=47); хворі на РА з наявністю хронічної хвороби нирок II ст. (ХХН II) склали III групу дослідження (n=45). Також було досліджено групу здорових осіб відповідно віку (n=20). Вік обстежених хворих коливався у межах від 18 до 70 років. (середній вік 47,0±5,4 роки). Окрім загальноприйнятих обстежень хворим проводилося дослідження вмісту інтерлейкінів-1_β (ІЛ-1_β), інтерлейкін-10 (ІЛ-10), трансформуючого фактора росту-бета1, ТФРβ, імунноферментними методами. Статистична обробка отриманих результатів дослідження проводилась за допомогою пакету прикладних програм «EXEL» та «BioStat». Достовірність різниці між показниками визначалася за допомогою критерія Ст'юдента.

В результаті дослідження виявлено вірогідне зростання рівнів ІЛ-1_β, ТФРβ, в усіх групах хворих у порівнянні зі здоровими (p<0.05). Необхідно відмітити, що зростання рівня ТФРβ було вірогідним у пацієнтів з наявністю гломерулонефриту (ХХН I ст), у порівнянні з групою хворих на РА з інтерстиціальним нефритом (ХХН II ст.), (p<0.05). На нашу думку такі зміни спровоковані значним імунним дисбалансом як внаслідок прогресування РА, так і вираженими порушеннями, що виникають при прогресуванні гломерулярних уражень нирок. Рівень ІЛ-10 був знижений у всіх групах хворих у порівнянні з нормальними показниками (p<0.05). Характеристика вмісту про- та протизапальних цитокінів в плазмі крові та сечі хворих на ревматоїдний артрит на тлі хронічної хвороби нирок I-II ст. під впливом 2-тижневого лікування ацеклофенаком і мелоксикамом показав покращення всіх показників. Ацеклофенак проявив себе дещо краще ніж мелоксикам. Отже, розвиток імунного запалення спричиняє прогресування, як самого РА, так і уражень нирок при РА, що мали спочатку неімунний характер запалення; визначення профілю про- та протизапальних цитокінів має велике значення для виявлення та вчасної корекції патології нирок у хворих на РА.

Смандич В.С.

СОНОГРАФІЧНІ ЗМІНИ СТРУКТУРИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ПОЄДНАНИЙ З ОЖИРІННЯМ ТА ОСТЕОАРТРОЗОМ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Буковинський державний медичний університет

Актуальність дослідження коморбідного перебігу хронічного панкреатиту (ХП) у хворих з ожирінням та остеоартрозом (ОА) та оптимізація їх лікування, визначається істотним збільшенням захворюваності на дану патологію, значним зниженням якості життя хворих, високим рівнем інвалідизації та розвитку широкого спектру ускладнень.

Метою дослідження було виявити зміни сонографічної структури підшлункової залози (ПЗ), залежно від наявності коморбідних ожиріння та ОА великих суглобів. Обстежено 132 хворих на хронічний панкреатит (ХП) змішаної етіології, рецидивуючий перебіг у фазі загострення. У 32 пацієнтів з ХП не було встановлено коморбідних захворювань, які склали 1-шу групу порівняння. У 35 пацієнтів ХП перебігав із коморбідним ожирінням I ст. (2 група). У 65 пацієнтів ХП перебігав із коморбідними ожирінням I ст. та ОА великих суглобів нижніх кінцівок (кульшові, колінні) I-II ст. (3 група). Групу контролю



по ОА (4) склали 28 осіб, хворих на ОА великих суглобів з нормальною масою тіла. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку. Середній вік хворих (склав $43,8 \pm 4,7$) року.

У хворих на хронічний панкреатит, поєднаний з ожирінням та остеоартрозом, встановлено максимально виражені ($p < 0,05$) зміни сонографічної структури підшлункової залози: запальний набряк із збільшенням розмірів, діаметру вірсунгової протоки, посилення ехогенності ПЗ у результаті чергування гіпоехогенних (ділянки запалення та інфільтрації) та гіперехогенних (вогнища фіброзу та кальцифікації) ділянок на тлі змін паренхіми середньої ехогенності, зміни гістографічних показників (підвищення L у 1,5 рази, зниження показників N у 4,9 рази, K у 3,4 рази, F – у 8,8 рази), що вказує на максимальний ступінь фіброзування серед груп порівняння та значну жирову трансформацію підшлункової залози у порівнянні з ізольованим ХП, однак, яка була вірогідно нижчою у пацієнтів з коморбідністю ХП та ожиріння (зниження F – у 9,4 рази).

Ткач Є.П.

МОЖЛИВОСТІ ДОПЛЕРОГРАФІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ ЧЕРЕВНОГО СТОВБУРА

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Складність діагностики атеросклеротичного ураження непарних гілок черевної аорти полягає у відсутності діагностично значимих порушень кровотоку (більше 75% обструкції судини). Існує низка навантажувальних тестів, що дозволяють виявити приховані ознаки атеросклерозу в цьому судинному басейні при проведенні доплерографії судин.

Обстежено 38 пацієнтів основної групи на ішемічну хворобу серця з ознаками атеросклерозу мезентеріального судинного басейну та 18 пацієнтів групи контролю на ІХС без ознак атеросклерозу черевної аорти. До та через 45 хв ентєрального глюкозного навантаження (50 г глюкози в 200 мл кип'яченої води) реєструвались параметри імпульснохвильової доплерографії: пікова систолічна, кінцева діастолічна, середня швидкості кровоплину, індекси резистентності та пульсаційний індекс однієї з непарних гілок черевної аорти - черевного стовбура.

У хворих основної групи встановлено достовірно вищий рівень приросту пікової систолічної швидкості у черевному стовбурі (зростання на $139,21 \pm 5,35\%$ проти $112,83 \pm 1,73$) ($p < 0,001$), кінцева діастолічна швидкість більш істотно наростала у групі контролю (на $136,39 \pm 2,36\%$ проти $116,17 \pm 2,11\%$) ($p < 0,05$). Встановлено, що у контрольній групі при проведенні вуглеводневої навантажувальної проби з глюкозою, підвищуються лінійні швидкісні параметри кровотоку у черевному стовбурі переважно за рахунок діастолічного компоненту, а також знижуються показники індексів резистентності та пульсативності. У основній групі встановлено інші зміни: підвищуються лінійні швидкісні параметри кровотоку переважно за рахунок систолічного компоненту та середньої швидкості кровотоку, зростають показники індексів резистентності та пульсативності, що характеризують підвищений периферичний опір цього судинного басейну. Все зазначене свідчить про зміни стану судинного русла та порушення прохідності черевного стовбура.

Трефаненко І.В.

ПОРІВНЯННЯ РІВНЯ КОМПЛАЄНСУ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ПОХИЛОГО ВІКУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Під комплаєнсом в медичному аспекті розуміють готовність, бажання, внутрішній обов'язок пацієнта виконувати призначення лікаря. На рівень комплаєнсу впливають різні фактори, які можна розподілити на специфічні та неспецифічні, вони можуть бути пов'язані з пацієнтом, з лікарем та з процесом лікування. Рівень відповідальності хворих є однією з