



фоною гіпокінетичною дисфункцією жовчного міхура (ЖМ). Згідно з призначеним лікуванням обстежені хворі були поділені на 2 групи: 30 пацієнтів (1 група - контрольна) отримували традиційну терапію загострення ХХ та ІХС. Кардіосклерозу із ожирінням: гіпокалорійну дієту з урахуванням обмежень дієти №10, антибіотики (доксациклін по 0,1г 2 рази на день 7 днів), прокінетики (домперидон 10 мг 3 рази в день), з приводу супровідної ІХС призначали ацетилсаліцилову кислоту (0,325г 1 раз в день), аторвастатин (10 мг 1 раз у день) упродовж 1 місяця. 2 групу склали пацієнти (30 осіб), які, окрім аналогічних дієтичних рекомендацій щодо корекції маси тіла, протизапальної та жовчогінної терапії ХХ, аспірину вживали розувастатин (крестор) (по 10 мг 1 раз на день), урсодезоксихолієву кислоту (УДХК) (0,5 на ніч) упродовж 1 місяця.

Результати дослідження. В результаті проведених досліджень вміст загальних ліпідів крові під впливом традиційного лікування знизився на 20,9% ($p < 0,05$), у той час, як у основній групі зниження було більш суттєве – на 31,4% ($p < 0,05$). Вміст загального холестеролу (ХС) крові у 2-й групі знизився ще суттєвіше – на 35,5% ($p < 0,05$), що на 11,5% вище ($p < 0,05$) від показника після лікування у 1-й групі. Найвищим відсотком зниження серед показників ліпідного спектру

крові розувастатин відзначився у відношенні вмісту в крові ліпопротеїнів низької густини (ЛПНГ) та триацилгліцеролів (ТГ): відповідно на 40,3% та 37,9% ($p < 0,05$) у порівнянні з аторвастатином (на 16,0% та 15,7% відповідно ($p < 0,05$)). Слід також зауважити, що комплексна терапія з включенням розувастатину сприяла вірогідному підвищенню протиатерогенних ліпопротеїнів високої густини (ЛПВГ) (на 35,2% ($p < 0,05$)) у сироватці крові із фактичною нормалізацією показника після проведеного лікування, у той час, як аторвастатин у даного контингенту осіб до будь-яких вірогідних змін показників не призводив.

Висновки. Розувастатин сприяє вірогідному зниженню вмісту проатерогенних ліпопротеїнів низької густини, холестеролу та триацилгліцеролів у крові, зростанню вмісту протиатерогенних ліпопротеїнів високої густини в крові, а в комбінації з урсодезоксихолієвою кислотою - зниженню загальних ліпідів та холестеролу у жовчі, вірогідного зростання вмісту фосfolіпідів у жовчі, холато/холестеролового та фосfolіпід/холестеролового коефіцієнтів, що свідчить про оптимізацію ліпідного спектру крові (усунення чинників ризику прогресування атеросклерозу) та зниження літогенності жовчі (усунення чинників ризику розвитку холелітіазу).

УДК: 616.61:616.72-002.77-07

В.Т. Кулачек, Л.О. Волошина, О.М. Коцаба, Я.Д. Юрчук

ВИКОРИСТАННЯ СТАТИНІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник - проф. Л.О. Зуб)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

На сьогодні статини займають чільне місце у лікуванні кардіологічних хвороб, зокрема атеросклерозу. Проте, їх використання виходить за рамки кардіології. Питання використання статинів у лікуванні ревматоїдного артриту (РА) без ознак маніфестації серцево-судинної патології залишається невирішеним.

Визначній ролі у патогенезі РА належить хронічне запалення, тому пошук нових протизапальних препаратів є актуальним.

У роботах вітчизняних та закордонних вчених вказано, що при використанні статинів (аторвастатину, симвастатину) у дозах 10мг та 20 мг у хворих на РА відбувається значне зменшення рівня С-реактивного білка, прозапальних цитокінів, таких як фактор не-

крозу пухлин альфа, інтерлейкіну 1 та інтерлейкіну 8, а також підвищення рівня протизапального цитокіну інтерлейкіну 4 у крові. Під впливом статинів покращувався клінічний стан хворих, функціональний стан суглобів. Додавання статинів до базисної терапії РА є обґрунтованим незалежно від наявності чи відсутності змін у ліпідному профілі хворих на РА, оскільки вони забезпечують протизапальний та імуномодельючий ефект.

Доцільним є подальше вивчення впливу статинів на стан хворих на РА, особливо на системні його прояви, такі як патологія нирок. Це дозволить покращити якість життя даної категорії хворих та продовжити його тривалість.

УДК: 614.253.52:616.12-008.331.1-07

М.А. Кравчук

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ВИЯВЛЕННІ ФАКТОРІВ РИЗИКУ В ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
(науковий керівник – доц. Л.Д. Борейко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Артеріальна гіпертензія (АГ) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань людини. Дані епідеміологічних досліджень свідчать про те, що поширеність АГ пов'язана з рівнем факторів ризику серед різних груп населення. Це біологічні характеристики, які не можна змінити, та фактори, які піддаються корекції. Тому своєчасне виявлення осіб із підвищеним рівнем артеріального тиску та факторів, що вплива-

ють на його стабілізацію та прогресування, може бути проведено лише за умов активного дослідження.

Мета нашого дослідження - виявлення факторів ризику розвитку АГ (спадкова схильність, соціально-економічний статус, професія, спосіб життя: режим дня, шкідливі звички, вживання кухонної солі, рухова активність та ін.). Дослідження провели у 75 пацієнтів шляхом анкетування. Із них було: чоловіків



– 30 (40%), жінок – 45 (60%). Виявлено, що достатньо знань про своє захворювання у 50% респондентів, 37% - недостатньо, 13% - не цікавляться. Найбільш частими відповідями про фактори ризику АГ були емоційне напруження і стрес (46%), надмірна маса тіла (33%), куріння (32%), зловживання кухонної солі (27%). Важливим є те, що 64% респондентів вважають, що здатні самі покращити своє здоров'я правильним способом життя. 67% хворих ведуть активний спосіб життя, а 53% - задоволені якістю наданої їм медичної допомоги.

Відомо, що однією із функцій сестринського персоналу є навчання пацієнтів щодо профілактики та лікування захворювання. Саме тому ми навчали пацієнтів на АГ правил вимірювання артеріального тиску

та його контролю, прийому лікарських препаратів та основ раціонального харчування, фізичного навантаження з дотриманням режиму праці та відпочинку. Проведено бесіду щодо ролі алкоголю та куріння на виникнення та перебіг АГ. Все це сприяло покращанню інформованості хворих про своє захворювання, зменшенню показників артеріального тиску, формуванню їх мотивації до збереження свого здоров'я та підвищенню відповідальності за своє здоров'я як за свою особисту цінність.

Отже, виявлення факторів ризику, навчання пацієнтів щодо їх усунення є важливою складовою частиною щоденної роботи медичної сестри, що головним чином сприятиме покращанню якості життя і профілактиці та стабілізації АГ.

УДК: 616-008.939.15

О.Б. Кузьмінська, Н.Д. Павлюкович

ЛІПІДНИЙ ДИСТРЕС-СИНДРОМ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ-ТЕРАПЕВТА

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - доц. І.В. Трефаненко)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Порушення ліпідного метаболізму і пов'язані з ними захворювання впродовж останніх п'ятдесяти років стали об'єктом пильної уваги лікарів різних спеціальностей, головним чином терапевтів та кардіологів. Термін «ліпідний дистрес-синдром» був запропонований в результаті тривалих досліджень порушень ліпідного обміну. Встановлені досі закономірності не залежали від нозології і стосувались загальних для цих захворювань патологічних процесів, основою яких являлась дисліпопротеїдемія.

Ліпідний дистрес-синдром (ЛДС) – симптомокомплекс, зумовлений порушенням ліпідного обміну (дисліпопротеїдемія) та характеризується ураженням органів-мішеней і розвитком відповідних захворювань: облітеруючий атеросклероз артерій нижніх кінцівок, хронічна ішемічна хвороба органів травлення, холестероз жовчного міхура, ліпогенний панкреатит, жировий гепатоз. Перераховані вище захворювання, зумовлені ЛДС, в практичному розумінні далеко стоять один від одного. При цьому зміни метаболізму носять системний характер і супроводжуються порушенням різних функцій печінки – головного органа-мішеней при ЛДС.

Мета досліджень: визначити вплив дисліпопро-

теїдемії на розвиток хронічної ішемічної хвороби органів травлення (ХІХОТ), хронічного холециститу та хронічного панкреатиту у пацієнтів похилого віку в залежності від статі.

В результаті проведених нами досліджень було встановлено, що у чоловіків найбільш часто зустрічається ерозивно-виразковий варіант ХІХОТ, який поєднується з ІХС і атеросклеротичним ураженням артерій нижніх кінцівок, у жінок – псевдопанкреатичний варіант, поєднаний з гіпертонічною хворобою і дисліпопротеїдемією.

Вивчення вмісту ліпопротеїдів у крові хворих похилого віку на холецистопанкреатит показало значне підвищення рівня загального холестерину, ліпопротеїдів дуже низької густини та ліпопротеїдів низької густини в порівнянні з практично здоровими особами.

Таким чином, отримані дані свідчать за необхідність розглядати розвиток хронічного холециститу, хронічного панкреатиту, особливо у осіб похилого віку, саме з позиції ліпідного дистрес-синдрому. Дисліпопротеїдемія, що лежить в основі розвитку та прогресуванні цих захворювань потребує належної медикаментозної корекції.

УДК: 616.611-002-085.254.003.1

І.В. Лазар, І.В. Чинуш

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ФТОРХІНОЛОНАМИ ХВОРИХ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник - ас. І.В. Чинуш)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За останні роки значно зріс інтерес до проблем економічної оцінки ефективності лікування різних хвороб, що обумовлено появою альтернативних методів терапії, великої кількості нових дорогі варіантів медичних технологій, лікарських засобів, підвищенням вартості медичних послуг, а також відносною обмеженістю грошових коштів, які виділяються на охорону здоров'я. Фармакоекономічна оцінка медикаментозної терапії дає важливу інформацію для опти-

мізації лікувального процесу.

Серед захворювань нирок гломерулонефрит посідає домінуюче місце. Тому вивчення основ раціональної фармакотерапії даного захворювання за допомогою фармакоекономічних методів дослідження є надзвичайно актуальним. З кожним роком вартість лікування гломерулонефриту стає все коштовнішим, а препаратів для його лікування стає все більше. Тому слід визначити яким саме препаратам (в нашому ви-