

ложительная отдаленная динамика в виде улучшения конфигурации сустава, уменьшение частоты обострений в течение последующих 6 мес., повышение толерантности к физической нагрузке.

Таким образом, плазмолифтинг показал высокую эффективность не только в лечении обострений гонартроза (как в составе комбинированной терапии, так и в качестве самостоятельного метода), но и в отношении отдаленного прогноза. Важное преимущество данного метода заключается в том, что используемая в ходе процедуры плазма, являясь собственным продуктом тела человека, содержащим множество полезных веществ, не вызывает реакций отторжения и побочных эффектов.

### МАГНІЄВИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК І–ІІІ СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД РЕАКЦІЇ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ КРОВІ НА ВОДНО-СОЛЬОВЕ НАВАНТАЖЕННЯ

Л. М. Савицька

*Національна медична академія  
післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика, Київ, Україна*

**Актуальність.** Хронічна хвороба нирок (ХХН) є незалежним фактором виникнення серцево-судинних ускладнень та кардіальної смерті. Гіпомagneмія асоційована з ендотеліальною дисфункцією, інсулінорезистентністю, поганим глікемічним контролем, розвитком артеріальної гіпертензії та ризиком інсульту. У пацієнтів з ХХН низький рівень сироваткового магнію асоційований із прогресуючим зниженням функції нирок, новими випадками термінальної стадії ХХН, що потребує нирково-замісної терапії, а також зі смертністю у пацієнтів на програмному гемодіалізі.

**Мета.** Оцінити магнієвий статус у пацієнтів з ХХН І–ІІІ стадії у взаємозв'язку із реакцією сечової кислоти на водно-сольове навантаження із використанням 0,5 % розчину натрію хлориду та швидкістю прогресування ХХН.

**Матеріали та методи.** На базі КЗ КОР «Київська обласна лікарня № 2» обстежено 60 пацієнтів з ХХН І–ІІІ стадії віком від 45 до 77 років. Серед них було 36 (60 %) чоловіків і 24 (40 %) жінки. За стадіями захворювання розподіл був таким: І стадію діагностовано у 2 (3 %) пацієнтів, ІІ стадію — у 18 (30 %), ІІІ — у 40 (67 %). Проводили визначення функціонального ниркового резерву за методикою А. І. Гоженка з використанням водно-сольового навантаження 0,5 % розчином натрію хлориду із розрахунку 0,5 % від маси тіла, адаптованою до амбулаторних умов з додатковим визначенням

рівнів сечової кислоти сироватки крові до та через одну годину після водно-сольового навантаження. Повторний огляд з визначенням швидкості клубочкової фільтрації було проведено через один рік. Пацієнти за зміною рівня сечової кислоти сироватки крові на фоні водно-сольового навантаження були розподілені на дві групи. До першої групи увійшло 26 пацієнтів, у яких на фоні водно-сольового навантаження значення сечової кислоти сироватки крові зросли, залишилися тими самими або знизилися менше ніж на 5 ммоль/л. До другої групи увійшло 34 пацієнти, у яких на фоні водно-сольового навантаження рівень сечової кислоти знизився більше ніж на 5 ммоль/л. Обидві групи були порівнюваними за віком, масою, індексом маси тіла, окружністю талії, показниками систолічного та діастолічного артеріального тиску, рівнем альбумінурії, базовою швидкістю клубочкової фільтрації. Статистична обробка даних проведена за допомогою програм Microsoft Excel та StatSoft STATISTICA.

**Результати.** На фоні водно-сольового навантаження у пацієнтів першої групи рівень сечової кислоти сироватки крові зріс з  $(283,7 \pm 81,4)$  ммоль/л до  $(294,9 \pm 87,9)$  ммоль/л, у пацієнтів другої групи знизився з  $(318,1 \pm 61,6)$  ммоль/л до  $(287,6 \pm 66,9)$  ммоль/л. Зміна рівня сечової кислоти становила  $(11,2 \pm 22,3)$  ммоль/л для першої групи і —  $(24,6 \pm 17,8)$  ммоль/л для другої групи відповідно. У динаміці протягом року спостереження пацієнти першої групи мали статистично більше зниження швидкості клубочкової фільтрації порівняно з пацієнтами другої групи:  $(8,6 \pm 5,3)$  мл/хв/ $1,73 \text{ м}^2$  — у першій групі та  $(0,73 \pm 5,30)$  мл/хв/ $1,73 \text{ м}^2$  — у другій групі. У пацієнтів першої групи зафіксовано статистично менші рівні магнію сироватки крові, ніж у другій групі:  $(0,76 \pm 0,10)$  ммоль/л проти  $(0,85 \pm 0,10)$  ммоль/л.

**Висновки.** Результати проведеного дослідження продемонстрували, що високі й нормальні рівні сироваткового магнію і зниження сечової кислоти на фоні водно-сольового навантаження 0,5 % розчином натрію хлориду із розрахунку 0,5 % від маси тіла асоційовані з меншою швидкістю прогресування хронічної хвороби нирок у пацієнтів з І–ІІІ стадією ХХН.

### АНАЛІЗ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗВ'ЯЗКІВ МІЖ ДЕЯКИМИ БІОХІМІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА

О. В. Саїд, Н. С. Сидоренко, Н. С. Шнайдер

*Одеський національний медичний  
університет, Одеса, Україна*

Досягнення останніх років у вивченні механізмів розвитку цукрового діабету (ЦД) 2 типу



сприяли розвитку принципово нових поглядів на генез захворювання та його ускладнень. Останніми роками активно дискутується роль хронічного запального процесу в розвитку та прогресуванні атеросклерозу, ожиріння, метаболічного синдрому та інсулінорезистентності.

Тригерними факторами для цих механізмів може бути ціла низка причин: порушення дієти, низька фізична активність, інші показники способу життя. Ці стимули пов'язані з факторами ризику розвитку ЦД 2 типу через внутрішньоклітинні зміни, що включають стрес ендоплазматичного ретикулума й активацію прозапальних і стрес-індукованих ферментів, наприклад таких, як фактор некрозу пухлин альфа (TNF- $\alpha$ ), інтерлейкін-1-бета (IL-1 $\beta$ ) і інтерлейкін-6 (IL-6), а також високочутливий С-реактивний білок (вчСРБ). Зміни секреції у різних тканинах призводять до підвищення системних концентрацій прозапальних цитокінів і гістологічних змін, що виражалося в інфільтрації імунними клітинами жирової тканини й островців підшлункової залози. Персистенція цих процесів призводить до субклінічного запалення, що є визнаним фактором ризику в розвитку інсулінорезистентності, дисфункцій  $\beta$ -клітин і, насамкінець, ЦД 2 типу.

У дослідженні взяли участь 60 пацієнтів середнім віком (55,36 $\pm$ 10,25) року, яких було розподілено на дві групи: I група — пацієнти з ЦД 2 типу на тлі надмірної маси тіла (n=40) та II група — пацієнти з ЦД 2 типу на фоні нормальної маси тіла (n=20).

Вивчали наявність кореляційних зв'язків між показниками перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) і антиоксидантного захисту (АОЗ) й рівнем прозапальних цитокінів (ПЦ). Відмічено найсильніші кореляційні зв'язки між каталазою (КАТ) і супероксиддисмутазою (СОД) (r=0,962), малоновим діальдегідом (МДА) і дієновими кон'югатами (ДК) (r=0,993), СОД і МДА (r=-0,998), КАТ і МДА (r=-0,979), КАТ і ДК (r=-0,996) серед показників ПОЛ–АОЗ. Одночасно показано наявність кореляційних зв'язків між показниками ПЦ: вчСРБ і TNF- $\alpha$  (r=0,974), вчСРБ та IL-1 $\beta$  (r=0,999), TNF- $\alpha$  й IL-1 (r=0,996). Між показниками ПОЛ–АОЗ та ПЦ також існують тісні кореляційні зв'язки: вчСРБ та СОД (r=-0,571), TNF- $\alpha$  й СОД (r=-0,743), IL-6 і СОД (r=-0,743), TNF- $\alpha$  та ДК (r=0,607), IL-6 і ДК (r=0,692). Слід відмітити, що усі кореляції статистично значущі (p<0,001) і відображають наявність зв'язків між варіюванням показників середньої або навіть високої сили.

Така зв'язність варіювання показників вказує на те, що їх можна розглядати як складові частини єдиної біохімічної запально-протизапальної системи. При цьому найсильнішими кореляційними зв'язками пов'язані між собою КАТ, СОД, МДА, ДК, FNO- $\alpha$  та IL-6.

## КЛІНІЧНА І ЕКОНОМІЧНА ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ ПОЄДНАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ

С. Б. Стречень, А. О. Шпичка

*Одеський національний медичний  
університет, Одеса, Україна*

Розповсюдженість коморбідної та мультиморбідної патології в сучасних умовах клінічної медицини досягла значних показників і продовжує зростати, перш за все, у клініці внутрішньої медицини. Одночасна наявність артеріальної гіпертензії та цукрового діабету — яскравий приклад такого стану, що останніми роками набув характеру неінфекційної епідемії. Хронічний персистуючий перебіг зазначених патологічних станів ускладнюється виразними ушкодженнями органів-мішеней (магістральні та периферичні судини, нирки, очне дно). Патофізіологія судинних уражень схожа при підвищеному артеріальному тиску і гіперглікемії та характеризується ушкодженням ендотелію артеріальних судин, підвищенням синтезу судинозвужувального фактора ендотеліну-1, підсиленням агрегації тромбоцитів, процесів ліпопероксидації, проліферації гладеньких клітин. Сучасна адекватна фармакотерапія є найбільш прийнятною для профілактики прогресування захворювань і розвитку ускладнень, покращання якості життя хворих.

**Мета.** Здійснити аналіз клінічної ефективності застосування комбінованих антигіпертензивних лікарських засобів у хворих з поєднаною патологією та порівняти дані з фармакоекономічним аналізом визначення найбільш ефективної та доступної комбінації.

**Результати.** Згідно з вітчизняними та міжнародними стандартами, за наявності супровідної патології порушень вуглеводного обміну і регуляції артеріального тиску, цільовим рівнем нормотензії є такий, що не перевершує 130/80 мм рт. ст. З другого боку, наявність поєднаної патології потребує застосування комбінацій лікарських засобів з можливим одночасним впливом на різні патофізіологічні механізми патологічних станів.

Тому в роботі здійснювався аналіз тривалого прийому комбінованих антигіпертензивних засобів у хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в терапевтичному, ендокринологічному, кардіологічному відділеннях КУ «МКЛ № 1» Одеси, а потім під час амбулаторного нагляду. Була розроблена карта спостереження, яка містить суб'єктивні параметри перебігу захворювань, вимірювання артеріального тиску і частоти серцевих скорочень, лабораторні та інструментальні стандартні дані встановлення діагнозу і контролю ефективності

