

Pressure (JNC 7) / A. V. Chobanian, G. L. Bakris, H. R. Black [et al.] // Hypertension. - Dec. 2003. - Vol. 42. - P. 1206 - 1252.

32. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review / P. Kearney, M. Whelton, K. Reynolds [et al.] // J. Hypertension. - 2003. - Vol. 22. - P. 11 - 19.

Резюме

Коломієць В. В. Сучасні проблеми лікування та профілактики артеріальної гіпертензії.

У роботі проаналізовані причини, що перешкоджають ефективному лікуванню хворих на артеріальну гіпертензію, приведені актуальні напрямки первинної і вторинної профілактики з урахуванням основних чинників ризику, рекомендовані заходи щодо підвищення прихильності пацієнтів до призначеної терапії.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, лікування, профілактика, комплаєнс.

Резюме

Коломієць В. В. Современные проблемы лечения и профилактики артериальной гипертензии.

В работе проанализированы причины, препятствующие эффективному лечению больных артериальной гипертензией, приведены актуальные направления первичной и вторичной профилактики с учетом основных факторов риска, рекомендованы мероприятия по повышению приверженности пациентов назначенной терапии.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, лечение, профилактика, комплаєнс.

Summary

Kolomiets V. V. Modern problems of treatment and prophylaxis of arterial hypertension.

Reasons, impedimental effective treatment of patients with arterial hypertension, are analyzed, actual directions of primary and secondary prophylaxis are resulted taking into account the basic risk factors, measures for the increasing of compliance of patients to prescribed therapy are recommended in the work.

Key words: arterial hypertension, treatment, prophylaxis, compliance.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М.Іванова

УДК 616.36.002:612.23.018

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АЛКОГОЛЬНИЙ ГЕПАТИТ УСКЛАДНЕНИЙ ГЕПАТОРЕНАЛЬНИМ СИНДРОМОМ

І.Я.Лопух, Г.А.Анохіна

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л.Шупика

Вступ

Гострий алкогольний гепатит (ГАГ) займає особливе місце серед нозологічних варіантів алкогольної хвороби печінки (АХП) в зв'язку з високою частотою розвитку важких ускладнень, які збільшують ризик летальності. ГАГ часто відрізняється швидким прогресуванням симптоматики: жовтяниці, геморагічного синдрому, печінкової енцефалопатії (ПЕ), печінкової недостатності [1,13]. До летальних наслідків призводять переважно печінкова кома чи гепаторенальний синдром. Для підвищення виживання пацієнтів с ГАГ важливо запобігти розвитку важких ускладнень, зокрема гепаторенального синдрому (ГРС) [1,6,8]. У практикуючих лікарів виникають певні труднощі при формуванні підходів до діагностики і лікування гепаторенального синдрому. По суті ГРС - це формування ниркової недостатності, асоційованої з важким ураженням печінки. Таке ускладнення відоме також, як гепатогенна "функціональна ниркова недостатність", при якій спостерігається нормальне функціонування ниркових каналців [9,10].

Відносно клінічних проявів у пацієнтів з ГАГ, у яких захворювання ускладнилось ГРС, необхідно зауважити, що класичні симптоми уремії у таких хворих часто не спостерігаються. В початковій, преазотемічній стадії, при наявному важкому порушенні функції печінки, реєструється недостатне виділення сечі при навантаженні рідиною. Хворі пред'являють скарги на відсутність апетиту, слабкість швидку втомлюваність.

На більш пізній стадії з'являється нудота, блювота, спрага, загальмованість свідомості, а також падіння артеріального тиску, що призводить до різкого зменшення діурезу [3,7,11]. Показники рівня сечовини і креатиніну в сироватці крові при розвитку ГРС у пацієнтів з ГАГ прогресивно нарастають. При нормальних показниках загального аналізу сечі відмічається зниження виведення натрію з сечею. Складність діагностики ГРС у хворих з ГАГ ускладнюється неможливістю розмежувати прояви печінкової і ниркової недостатності. При цьому при наявності азотемії хворі гинуть ще до розвитку повної клінічної картини ниркової недостатності. Лікування ГАГ залишається однією з важливих невирішених проблем сучасної медицини [6]. Безсумнівно доведеною за ефективністю на сьогодні є необхідність повної відмови від вживання алкоголю. Застосування в лікуванні тих чи інших медичних препаратів, та їх ефективність викликає полеміку і дискусії [2,5,6,10]. До основних складових лікування ГАГ, крім усунення алкоголю, як етіологічного фактора, входять режим харчування і збалансована дієта, відміна від гепатотоксичних препаратів, корекція метаболічних порушень, а також профілактика ПЕ і ГРС. Велика увага надається своєчасній корекції трофологічного статусу хворого ГАГ. Ендогенне виснаження, зумовлене зниженням запасів глікогену в печінці, поглиблюється скзогенним виснаженням хворих, які поповнюють енергетичний дефіцит "пустими" алкогольними калоріями в умовах підвищеної потреби в поживних речовинах, вітамінах і мікроелементах. Дослідження, виконане в США (8), виявило той, чи інший ступінь дефіциту харчування практично у кожного хворого на ГАГ, при цьому, важкість ураження печінки корелює з вираженістю трофологічної недостатності. У переважній більшості вказаної групи хворих з ГАГ продемонстрована кореляція між кількістю спожитих калорій і рівнем виживання. Серед хворих, які добровільно приймали харчування з енергетичністю більше 3000 ккал на добу, практично не було летального завершення хвороби, в той час, як в підгрупі споживання менше 1000 ккал/добу, летальність становила 80%.

Можливості антицитокінової терапії розглядаються з урахуванням значного підвищення у хворих з ГАГ вмісту цитокінів, особливо TNF- α . В зв'язку з цим, при важкому гепатиті для лікування рекомендується пентоксифілін, котрий, будучи селективним інгібітором фосфодіестерази, пригнічує вивільнення цитокінів, збільшуючи внутріклітинний вміст цАМФ, знижує активність нейтрофілів, пригнічує проліферацію моноцитів і лімфоцитів [5]. Здастність хофітолу проявляти гепатопротективну дію визначається в основному флавоноїдами, котрі стабілізують мембрани гепатоцитів, блокують транспорт токсинів, зв'язують вільні радикали, оптимізують кількість глутатіону, стимулюють синтез білків і фосфоліпідів, впливають на індукцію мітосомальних систем гепатоцитів і, в цілому, що патогенетично важливо, блокують утворення і токсичні впливи ацетальдегіда, збільшуючи елімінацію токсичних продуктів [2].

Флавоноїди, в том числі убіхінони, будучи невід'ємним компонентом клітин організму, приймають активну участь в обміні флавопротеїнів, азотному обміні, нормалізують стан тіолдисульфідної системи, входять до складу оксиредуктаз, каталізуючи, таким чином, окисно-відновні реакції. З допомогою флавоноїдів хофітол збільшує утворення сульфгідрильних груп, які володіють сильним антиоксидантними властивостями і, як наслідок, підсилюють синтез білків, знижують утворення кінцевих продуктів азотистого обміну (сечовини, креатиніна, залишкового азоту). Секвітерпенлактон, що входить до складу хофітолу, стимулює ниркову вазодилатацію і поліпшує клубочкову фільтрацію, що зумовлює його нефропротективний і м'який діуретичний ефект. Крім цього, препарат містить сполуки, які підвищують фільтраційну функцію нирок, сприяють виведенню продуктів печінкової детоксикації і чинять гіпоазотемічну дію, що особливо важливо для зниження частоти розвитку ГРС [2,4].

Метою данного дослідження було вивчення ефективності розроблено нами лікувального комплексу, який включав дієту, інфузійну терапію, доведення введення альбуміну, преднізолон, пентоксифілін, хофітол, есенціале, вітаміни у хворих з гострим алкогольним гепатитом, ускладненим гепаторенальним синдромом.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 19 хворих гострим алкогольним гепатитом, ускладненим гепаторенальним синдромом. Проводились клінічні, сонографічні дослідження, вивчення функціональних біохімічних показників стану печінки, креатиніні, сечовина, сироваткове залізо, вміст глюкози крові, електролітів, ПТІ, протромбіновий час, фібриноген, тимолова проба, електроліти, маркери вірусних гепатитів; УЗО органів черевної порожнини; фіброгастроудоденоскопія; проба Реберга; вміст натрію і білка в сечі.

Результати дослідження та їх обговорення

В залежності від лікування виділено дві групи хворих - основна (10 хворих), яка отримувала розроблене нами лікування: діету з підвищеною енергетичною цінністю за рахунок збільшення в раціоні вуглеводів та жирів на першому етапі лікування, з поступовим збільшенням в раціоні повноцінного білку. В раціоні обмежували вживання натрію. З метою зменшення азотемії, покращення функціонального стану печінки та нирок протягом першого тижня призначалась овочево-фруктово-жирова дієта. Рекомендували картопляне, морквяне, гарбузове, кабачкове пюре із вершками, сметаною, медом, фруктові салати із вершками. Вміст вуглеводів раціоні харчування 400 г, жирів -100 г. Енергетична цінність раціону складала - 2500 ккал, в наступному до раціону поступово додавали тваринний білок, починаючи із яєчного білку. Введення білку проводилось під контролем креатиніну сироватки крові. Раціон збагачували вітамінами групи В, С, омега-3 жирними кислотами. Хворі отримували інфузійну терапію, 10%розчин альбуміну, преднізолон в початковій дозі 40-60 мг щоденно протягом 30 днів з поступовим зменшенням дози, пентоксифілін по 400 мг 2-3 рази на добу в залежності від важкості захворювання, парентерально хофітол по 10 мл внутрішньо крапельно протягом 20 днів в умовах стаціонару та хофітол перорально по 2 капсули на день, есенціале парентерально та перорально в добовій дозі 2700 мг. Пацієнти групи співставлення отримували комплексне лікування, назване стандартним, до складу якого входила інтенсивна інфузійна терапія, полівітамінний комплекс, преднізолон в дозі 40 мг/добу.

Динаміка клінічних проявів показала, що у хворих основної групи вона мала більш виражену позитивну динаміку, яка проявлялась зменшення слабкості, покращення апетиту, підвищенням артеріального тиску, позитивною динамікою діурезу. Дані щодо біохімічних показників в групах хворих до і після лікування наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Динаміка основних біохімічних показників у сироватці крові обстежених хворих

Показник	Основна група (n=10)		Група зіставлення (n=9)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Прямий білірубін (мкмоль/л)	38,6±7,4	11,5±2,1*	37,8±6,9	24,6±5,45
АлАТ	5,1±0,8	1,9±0,4*	5,3±0,9	3,5±0,7*
АсАТ	5,9±1,2	2,0±0,5	5,7±1,1	3,9±1,4
Альбумін, г/л	34,8±1,2	46,3±1,9*	35,3±1,3	39,8±1,5*
ПТІ, %	53,4±3,6	85,4±4,3*	52,7±3,4	71,4±3,6*
Сечовина, ммоль/л	12,1±1,5	5,9±0,7*	11,9±1,4	9,1±0,9
Креатинін, мкмоль/л	128,4±6,1	82,1±4,3*	130,5±6,7	107,4±6,2
Клубочкова фільтрація мл/хв	64,2±5,2	85,2±6,4*	65,7±5,4	77,2±6,1
Натрій в сечі ммоль/л	14,7±1,5	27,8±1,8*	14,3±1,4	19,5±1,8

Примітка: * різниця з групою зіставлення достовірна (p<0,05).

Як видно із наведених даних, в сироватці крові обстежених груп хворих спостерігалась позитивна динаміка змінених показників, особливо виражена в основній групі хворих. Так, через 30 днів від початку лікування активність АлАТ та АсАТ в сироватці крові хворих основної групи зменшилась в 2,7 та в 3 рази, в групі зіставлення - в 1,5 рази відповідно. Важливим показником покращення функціонального стану печінки є вміст прямого білірубіну в крові. У хворих на ГАГ в основній групі через 30 днів концентрація прямого білірубіну зменшилась в 3,4 рази, в той час як в групі зіставлення лише в 1,5 рази. Подібна динаміка білірубіну в основній групі хворих пояснюється великою кількістю

пективу в раціоні, завдяки якому відбувається посилена абсорбція компонентів жовчі та покращення жовчовидільної функції печінки по принципу зворотнього зв'язку. Підвищений вміст вуглеводів в харчуванні вказаної групи хворих зменшує ендogenous катоболізм білків м'язової тканини, печінки та інших органів. Відомо, що при ОАГ спостерігається підсилений розпад печінкової тканини, зменшення депо глікогену, що підсилює процеси гліконеогенезу. Підсилення гліконеогенезу за рахунок амінокислот супроводжується підвищенням в крові азоту, що підсилює навантаження як на печінку, так і на нирки, що небажано при розвитку ГРС. Про позитивний вплив розробленого лікування на біохімічні показники свідчило значне підвищення вмісту альбуміну в крові хворих основної групи та нормалізація показників ПТТ, що вказує на покращення білосинтетичних процесів в печінці. Позитивна динаміка вказаних показників в групі хворих зіставлення менш виражена.

Висновки

1. Розроблений лікувальний комплекс сприяє покращенню функціонального стану печінки, відновлює функцію нирок, про що свідчили клінічні показники - перш за все збільшення сечі відповідно до водного режиму, нормалізація артеріального тиску, підвищення клубочкової фільтрації, концентрації електролітів в сироватці крові та сечі у хворих на ГАГ, ускладнений ГРС.

2. В подальших роботах вважаємо перспективним вивчити вплив запропонованого лікувального комплексу на основна патогенетичні ланки ГАГ, ускладненого ГРС

Література

1. Буеверов А. О. Общие принципы лечения острого алкогольного гепатита / А. О. Буеверов // Рус. медицинский журнал. - 2004. - Т. 12, № 1. - С. 34-36.
2. Конев Ю.В. Хофитол при хронических заболеваниях гепатобилиарной системы у пожилых / Ю.В. Конев, И.Г. Журавлева, И.А. Трубникова // Клиническая геронтология. - 2007. - № 1. - С. 45-49.

3. Лиманов С.И. Гепаторенальный синдром / С.И. Лиманов // Consilium medicum. Гастроэнтерология. - 2005. - Т. 7, № 1. - С. 21-23.

4. Силивончик Н.Н. Цирроз печени / Силивончик Н.Н. - [2-е изд., испр. и доп.]. - Минск: Технопринт, 2001. - 98 с.

5. Pentoxifylline improves short-term survival in severe acute alcoholic hepatitis: a double-blind, placebo-controlled trial / E. Akriviadis, R. Botla, W. Briggs [e. a.] // Gastroenterology. - 2000. - Vol.119. - P. 1637-1648.

6. Angeli V. Review article: prognosis of hepatorenal syndrome - has it changed with current practice? / V. Angeli // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2004. - Vol.20 (Suppl.). - P. 158-164.

7. Dagher L. The hepatorenal syndrome / L. Dagher, K. Moore // Gut. - 2001. - Vol.49. - P. 729-737.

8. Curdenas A. Hepatorenal Syndrome: A Dreaded Complication of End-Stage Liver Disease / A. Curdenas // Am. J. Gastroenterol. - 2005. - Vol. 100. - P. 460-467.

9. Hepatorenal syndrome / P. Gines, M. Guevara, V. Arroyo, J. Rods // Lancet. - 2003. - Vol. 362. - P. 1819-1827.

10. Review article: pharmacological treatment of hepatorenal syndrome / P. Gines, A. Torre, C. Terra, M. Guevara // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2004. - Vol. 20 (Suppl. 3). - P. 57-62.

11. Moreau R. Review article: hepatorenal syndrome - definitions and diagnosis / R. Moreau, D. Lebrec // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2004. - Vol. 20 (Suppl. 3). - P. 24-28.

12. Miller S. Review article: pathogenesis and pathophysiology of hepatorenal syndrome - is there scope for prevention? / S. Miller, J.H. Henriksen // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2004. - Vol. 20 (Suppl. 3). - P. 31-41.

13. Sanyal Arun J. Hepatorenal syndrome / J. Sanyal Arun // J. Gastroenterol. Hepatol. - 2002. - Vol. 17. - P. S248-S252.

14. Beneficial effects of terlipressin in hepatorenal syndrome: A prospective, randomized placebo-controlled clinical trial / P. Solanki, A. Chawla, R. Garg [e.a.] // J. Gastroenterol. Hepatol. - 2003. - Vol. 18. - P. 152-156.

Резюме

Лопух И.Я., Анохина Г.А. *Особливості перебігу та лікування хворих на гострий алкогольний гепатит, ускладнений гепаторенальним синдромом.*

Метою справжнього дослідження була оцінка ефективності комплексної терапії з використанням в схемах лікування пентоксифілліна, хофитола, есенціале у хворих з гострим алкогольним гепатитом, ускладненим гепаторенальним синдромом.

Ключові слова: гострий алкогольний гепатит, гепаторенальний синдром, лікування, пентоксифіллін, хофитол, есенціале

Резюме

Лопух И.Я., Анохина Г.А. *Особенности течения и лечения больных острым алкогольным гепатитом, осложненным гепаторенальным синдромом.*

Целью настоящего исследования была оценка эффективности комплексной терапии с использованием в схемах лечения пентоксифиллина, хофитола, эссенциале у больных острым алкогольным гепатитом, осложненным гепаторенальным синдромом.

Ключевые слова: острый алкогольный гепатит, гепаторенальный синдром, лечение, пентоксифиллин, хофитол, эссенциале.

Summary

Lopukh I.Y., Anokhina G.A. *Peculiarities of passing and treatment of acute alcoholic hepatitis with hepatorenal syndrome.*

The aim of study was to investigate the comparative efficiency of two methods of treatment, including pentoxifylline, hofitol, essential phospholipids in therapy of patient with acute alcoholic hepatitis, complicated with hepatorenal syndrome.

Key words: acute alcoholic hepatitis, hepatorenal syndrome, treatment, pentoxifylline, hofitol, essential.

Рецензент: д.мед.н. В.О.Терьошин

УДК 591.471.3.004.64:611.018.4"45"

**ФАЗОВЫЙ СОСТАВ КОСТНОГО МИНЕРАЛА
ГУБЧАТОГО ВЕЩЕСТВА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
ПРИ НАНЕСЕНИИ СКВОЗНОГО ДЫРЧАТОГО
ДЕФЕКТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ У БЕЛЫХ
КРЫС РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА**

В.И.Лузин, В.Н.Прочан

Луганский государственный медицинский университет

Вступление

Доказано, что при нанесении сквозного дырчатого дефекта в метадиафизарной области длинных трубчатых костей наряду с интенсивными процессами формирования регенерата изменяются темпы роста, минеральная насыщенность и прочность всех костей скелета [3-5]. Однако, сведений о том, какие качественные изменения происходят в минеральном компоненте костей скелета в этих условиях у биологических объектов различного возраста нет.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнена в соответствии с основным планом научно-исследовательских работ (НИР) Луганского государственного медицинского университета и является фрагментом межкафедральной НИР "Морфогенез костей скелета при заполнении костных дефектов гидроксилapatитными материалами различного состава" (государственный регистрационный № 0109U004621).

Цель данной работы: исследовать фазовый состав биологического минерала плечевых костей белых крыс различного возраста при нанесении сквозного дырчатого дефекта в большеберцовой кости в условиях сохранения функциональной нагрузки, а также обосновать возможности коррекции выявленных отклонений биофлавоноидом кверцетинном.

Материалы и методы исследования

Эксперимент был проведен на 252 беспородных белых кры-