

Results. As a result of the study, in the 3rd group of patients (n=30), the CTD of average severity was detected – in 27 (90%), severe – in 3 (10%). In the 2nd group of patients (n=22), the CTD of average severity was found – in 18 (81.8%), severe – in 4 patients (18.2%).

After the analysis. It was established that the complex treatment of patients with AH combined with CTD using water soluble quercetin normalizes arterial pressure in 92,6 % of patients ($p<0.01$), increases the tolerance to physical activity in 80,2 % of cases ($p<0.01$), with baseline therapy – 78,2 % and 68,2 % ($p<0.05$), respectively, for 14 days of treatment. On day 5, 86,9 % of patients lost headache, dizziness, after 14 days – 96,7 % ($p<0.05$). In the study of the lipid metabolism status in patients with AH associated with CTD in 14 days of treatment, reliable changes in lipid profile were noted only in the group of patients undergoing metabolic therapy using water soluble quercetin, the level

of ZHC decreased by 24,9 % ($p<0,01$), LDL cholesterol by 24,7 % ($p<0,05$), HDL cholesterol by 25,1 % ($p<0,01$) compared to the data before treatment. The serum cohort level decreased by 37,1 % ($p<0,05$), CRP – by 65,8 % ($p<0,001$) compared to the data before treatment.

Conclusion. The use of water soluble quercetin in the complex therapy of patients with AH associated with CTD reduces the incidence of hypertensive crises during the post-hospital period, reduces the number of complications, leads to a decrease in the timing of stabilization of blood pressure, an additional hypotensive effect. Positive dynamics of the clinical picture of the disease and rapid normalization of osmotic phase reactions, lipid blood spectrum and uric acid levels from the use of complex therapy in patients with hypertension combined with CTD are noted.



УДК 618.3-008.9:577.115

ЕФЕКТИВНІСТЬ НАТУРАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У ПРОФІЛАКТИЦІ НЕВИНОШУВАННЯ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

■ **І. В. Лоскутова, д. мед. н., проф., зав. каф. терапії ФПО**
Р. Г. Бічевська, к. мед. н., асист. каф. терапії ФПО
Н. В. Мацюх, ас. каф. терапії ФПО

■ *ДЗ «Луганський державний медичний університет» МОЗ України, м. Рубіжне*

За останні роки у розвитку акушерської патології встановлена важлива роль порушення процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ). Доведено дослідженнями, що саме активація реакцій вільнорадикального окиснення на фоні антиоксидантної недостатності є пусковим механізмом виникнення невиношування [1, 5, 14, 15, 21]. Порушення в системі ПОЛ та антиоксидантного захисту (АОЗ) є одним з механізмів формування антиоксидантної недостатності внаслідок надмірного посилення ПОЛ. У результаті активації ПОЛ та накопичення вільних радикалів відбувається порушення структурно-функціональної цілісності клітинних мембран, вивільнення лізосомальних ферментів, що призводить до патологічних процесів у клітині та організмі загалом [2, 6].

Найбільш вагомими метаболічними захворюваннями печінки поряд з алкогольними ураженнями є неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) та неалкогольний стеатоз (СП), і ключова роль в їх патогенезі відведена накопиченню ліпідів у гепатоциті та посиленню процесів їх вільнорадикального окиснення із накопиченням продуктів ПОЛ та розвитком некрозів печінкових клітин [16-20]. Оскільки при усіх захворюваннях печінки пошкоджуються мембранні структури, патогенетично обґрунтованим є використання засобів із впливом на відновлення та регенерацію структур та функцій клітинних мембран, які гальмують деструкцію клітин. Таку направленість дії мають фосфоліпідні препарати.

До складу есенціале-форте-Н входять натуральні фосфоліпіді із соєвих бобів. За своєю хімічною структурою натуральні фосфоліпіді відповідають ендogenous фосфоліпідам людини, але у функціональному плані перевершують їх за рахунок високого вмісту поліненасичених жирних кислот, особливо лінолевої кислоти, в першому і другому положенні молекули [9]. Гепатопротективна дія есенціальних фосфоліпідів ґрунтується на інгібуванні процесів ПОЛ, які розглядаються як один із ключових патогенетичних механізмів розвитку уражень печінки. Відновлюючи «пакування» поліненасичених жирних кислот у мембрані гепатоцитів, есенціальні фосфоліпіді зменшують доступ кисню до них, тим самим знижуючи швидкість утворення вільних радикалів [8].

Мета роботи – дослідити вплив профілактичного лікування із застосуванням препаратів есенціальних фосфоліпідів на метаболічний стан вагітних із захворюваннями гепатобіліарної системи.

Матеріали і методи дослідження

Для визначення ефективності профілактичного лікування нами обстежено 83 вагітні жінки з періодом гестації 6-9 тижнів (І триместр), віком від 22 до 36 років (середній вік – $29,3\pm0,7$ років). У всіх жінок відмічалось обтяження акушерського анамнезу – невиношування вагітності в ранньому терміні (до 12 тижнів). У періоді передгравідарної підготовки при проведенні комплексного клініко-інструментального обстеження в усіх жінок ви-

явлена хронічна патологія печінки та біліарного тракту: стеатоз печінки (СП) – 54 пацієнтки (65,1 %), у решти обстежених – НАСГ; при цьому у більшості пацієнток (69 осіб – 83,1 %) діагностовано хронічний некалькульозний холецистит. У періоді програми антенатального спостереження (під час вагітності) хронічні захворювання гепатобіліарної системи (ГБС) були в стадії нестійкої клініко-лабораторної ремісії.

З проведеного дослідження було виключено жінок з наявністю антифосфоліпідного синдрому, маркерів вірусів гепатитів В та С, активацією TORCH-інфекції, активними хронічними запальними процесами у матці та придатках, дисгормональними порушеннями. Всі жінки консультовані наркологом (для виключення алкогольної та наркотичної залежності).

Обстежені жінки з захворюваннями ГБС розподілені на дві групи – основну (39 хворих) та групу зіставлення (44 особи), які рандомізовані за віком, частотою загострення хронічного процесу у ГБС, терміном гестації. Для профілактики загострення хронічної патології печінки вагітним жінками призначали лікування, яке включало дієту із виключенням жирної і смаженої їжі. Жінки основної групи застосовували комбінацію есенціале-форте-Н по 2 капсули тричі на добу; пацієнтки групи зіставлення використовували фолієву кислоту по 1 таблетці на день.

Виразеність процесів ПОЛ оцінювали спектрофотометрично за вмістом у крові проміжних (дієнових кон'югат – ДК) [7] та кінцевого (малонового діальдегіду – МДА) [3] продуктів пероксидації ліпідів. Вивчали рівень перекисної резистентності еритроцитів за показником їх перекисного гемолізу (ПГЕ) [4]. Визначали активність ферментів системи АОЗ – глутатіонпероксидази (ГПО) [12], супероксиддисмутази (СОД) [13] та каталази (КТ) [10] спектрофотометрично.

Лабораторне дослідження проводили в динаміці: до початку і після завершення (через 3 місяці) лікування.

Для визначення референтної норми було обстежено 28 жінок із фізіологічною вагітністю в першому три-

местрі, віком від 23 до 34 років (середній вік – $27,8 \pm 0,9$ років), в яких акушерський анамнез не обтяжений.

Статистичний аналіз проводили за допомогою пакета програми Statistica (версія 5.5 A, StatSoft Inc., США, 1999). Для визначення статистичної достовірності різниці між груповими середніми використовували параметричний метод статистики – t-критерій Ст'юдента. Результати представлені у вигляді середнього значення (М) і помилки вибіркової середньої ($\pm m$).

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведених біохімічних досліджень було встановлено, що у жінок із фізіологічною вагітністю в І-му триместрі рівень метаболітів ПОЛ (МДА та ДК) та активність ферментів системи АОЗ (ГПО, КТ та СОД) у крові не відрізнялися від аналогічних показників невагітних жінок. Отже, при фізіологічній вагітності процеси ПОЛ-АОЗ знаходяться у збалансованому стані.

У жінок з наявністю хронічної патології ГБС з обтяженим акушерським анамнезом під час вагітності (І триместр) мали місце суттєві зсуви з боку показників ПОЛ (табл. 1). В основній групі концентрація ДК була підвищеною в 1,35 рази (при нормі $(6,2 \pm 0,15)$ мкмоль/л; $P < 0,001$), у групі зіставлення – в 1,40 рази ($P < 0,001$). Встановлено вірогідне збільшення рівня МДА у крові пацієнток основної групи в 1,44 рази (при нормі $(3,6 \pm 0,2)$ мкмоль/л; $P < 0,001$) і в групі зіставлення – в 1,50 рази ($P < 0,001$). Показник ПГЕ у хворих основної групи дорівнював $(5,3 \pm 0,3)$ %, що було вище за норму в 1,77 рази ($P < 0,001$), а в групі зіставлення – $(5,0 \pm 0,2)$ %, що також перевищувало нормальні значення у 1,67 рази ($P < 0,001$). Такі високі показники ПОЛ можна пояснити наявністю хронічних захворювань ГБС, а вагітність як стресовий фактор сприяє активації процесів вільнорадикального окиснення із дестабілізацією клітинних біомембран (показник ПГЕ).

У вагітних пацієнток із хронічними захворюваннями ГБС до початку лікування були виявлені зсу-

Таблиця 1

Динаміка показників ліпопероксидації у вагітних із хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи (М $\pm$ m)

Показники норма (n=28)	Термін дослідження	Основна група	Група зіставлення	P
ДК, мкмоль/л $6,2 \pm 0,15$	до лікування	$8,4 \pm 0,3^{***}$ (n=39)	$8,7 \pm 0,4^{***}$ (n=44)	$>0,1$
	після лікування	$6,4 \pm 0,2$ (n=39)	$8,0 \pm 0,2^{**}$ (n=42)	$<0,01$
МДА, мкмоль/л $3,6 \pm 0,2$	до лікування	$5,2 \pm 0,3^{***}$ (n=39)	$5,4 \pm 0,3^{***}$ (n=44)	$>0,1$
	після лікування	$3,9 \pm 0,4$ (n=39)	$4,8 \pm 0,4^{**}$ (n=42)	$<0,01$
ПГЕ, % $3,0 \pm 0,3$	до лікування	$5,3 \pm 0,3^{***}$ (n=39)	$5,0 \pm 0,2^{***}$ (n=44)	$>0,05$
	після лікування	$3,1 \pm 0,2$ (n=39)	$3,5 \pm 0,4$ (n=42)	$>0,1$

Примітки: вірогідність різниці відносно норми ** – при $P < 0,01$ та *** – $P < 0,001$; P – показник різниці між основною групою і групою зіставлення.

Таблиця 2

Динаміка активності ферментів системи антиоксидантного захисту у вагітних із хронічними захворюваннями гепатобіліарної системи (M±m)

Показники норма (n=28)	Термін дослідження	Основна група	Група зіставлення	P
КТ, МО/мг Нб 390±15	до лікування	308±10*** (n=39)	310±12** (n=44)	>0,05
	після лікування	378±12 (n=39)	335±11** (n=42)	<0,01
СОД, МО/мг Нб 29,5±2,4	до лікування	17,8±2,1*** (n=39)	18,0±1,9*** (n=44)	>0,05
	після лікування	25,7±1,8** (n=39)	22,4±1,6** (n=42)	<0,05
ГПО, МО/мг Нб 3,1±0,1	до лікування	2,2±0,2** (n=39)	2,3±0,3** (n=44)	>0,05
	після лікування	2,9±0,2 (n=39)	2,5±0,2** (n=42)	<0,05

Примітки: вірогідність різниці відносно норми ** – при $P<0,01$ та *** – $P<0,001$; P – показник різниці між основною групою і групою зіставлення.

ви активності ферментативної ланки системи АОЗ (табл. 2). Активність КТ у хворих основної групи становила в середньому (308±10) МО/мгНб, а в групі зіставлення – (310±12) МО/мгНб (при нормі (390±15) МО/мгНб; $P<0,001$); активність СОД зменшувалася щодо норми в 1,66 рази в обох групах обстежених (при нормі (29,5±2,4) МО/мгНб; $P<0,001$). Значення ГПО у пацієнток основної групи дорівнювало у середньому (2,2±0,3) МО/мгНб і в групі зіставлення – (2,3±0,2) МО/мгНб, тобто було менше референтної норми в 1,36 рази ($P<0,01$). ГПО відіграє важливу роль в регуляції біосинтезу ейкозаноїдів, контролюючи вміст органічних перекисів і підтримуючи так званий «перекисний тонус». При зниженні активності ГПО порушується захист клітин печінки від алкоголю та інших хімічних речовин, а також можливе виникнення безпліддя [11].

Пацієнтки основної групи добре переносили лікування, у жодної жінки не відзначалися побічні дії або алергічні реакції на есенціале-форте-Н. В групі зіставлення на момент повторного обстеження у 2-х жінок було зареєстровано самовільні викидні, тому їх було виключено з дослідження.

Аналіз показників ПОЛ при повторному дослідженні довів їх позитивну динаміку у переважної більшості пацієнток основної групи (32 особи – 82,1 %), які отримували препарат з натуральних фосфоліпідів – есенціале-форте-Н. Рівень МДА у крові дорівнював (3,9±0,4) мкмоль/л, що в 1,33 рази менше початкового ($P<0,01$) і досягав верхньої межі норми ($P>0,05$). Вміст проміжних продуктів ПОЛ зменшився до (6,4±0,2) мкмоль/л ($P<0,01$), що також не відрізнялося від норми. У групі зіставлення, пацієнтки якої отримували загальноприйнятий комплекс антенатальної програми, рівень метаболітів пероксидації ліпідів вірогідно від початкового значення не зменшувався. Показник ПГЕ в основній групі поступово зменшився і на момент повторного дослідження досягав нормального значення

((3,1±0,2) % при нормі (3,0±0,3) %; $P>0,1$). У пацієнток групи зіставлення ці зміни були менш вираженими, однак показник ПГЕ вірогідно від норми не відрізнявся (табл. 1).

Отже, з наведених вище даних можна судити про позитивний вплив есенціале-форте-Н на стан процесів ліпопероксидації, що проявлялося зменшенням концентрації проміжних та кінцевого метаболітів ПОЛ у сироватці крові, що свідчило про стабілізацію біомембран на прикладі мембран еритроцитів (нормалізація показника ПГЕ).

При повторному дослідженні, після завершення лікування, відзначалося наростання активності ферментів системи АОЗ у вагітних жінок із захворюваннями ГБС. У пацієнток з групи зіставлення активність СОД після завершення загальноприйнятого лікування становила в середньому (22,4±1,6) МО/мг Нб, що було вище початкового значення в 1,24 рази ($P<0,01$). Активність КТ також збільшувалася відносно вихідного рівня в 1,08 рази ($P<0,05$). Водночас активність ГПО мала лише тенденцію до покращання і на момент повторного дослідження вірогідно не відрізнялася від початкового рівня ((2,5±0,2) МО/мг Нб проти (2,3±0,2) МО/мг Нб). Однак, необхідно відзначити, що показники активності ферментів системи АОЗ у пацієнток групи зіставлення залишалися нижчими за норму: СОД – в 1,32 рази ($P<0,01$), ГПО – в 1,24 рази ($P<0,01$) та КТ – в 1,16 рази ($P<0,05$) (табл. 2). Відомо, що здатність фолієвої кислоти засвоюватися значно знижується при порушеннях функцій печінки, що необхідно враховувати в антенатальній програмі спостереження за вагітністю у жінок із хронічними захворюваннями печінки та жовчовивідних шляхів.

Більш виражена позитивна динаміка відновлення активності ферментів системи АОЗ спостерігалася у жінок основної групи, які використовували есенціале-форте-Н. Так, відзначалася повна нормалізація рівня КТ; активність СОД виросла відносно початкового рівня в 1,23 рази ($P<0,01$), досягнувши при цьому (25,7±1,8) МО/мг Нб,

що невірогідно відрізнялася від норми. Вихідна понижена активність ГПО після завершення лікування поступово зростала і досягнула ($2,9 \pm 0,2$) МО/мг НВ, що практично відповідало нормальним значенням ($P > 0,1$) (табл. 2).

Таким чином, включення есенціале-форте-Н до комплексу антенатальної програми пацієнток із захворюваннями ГБС сприяло відновленню активності системи АОЗ, що проявлялося більш значною позитивною динамікою клінічної симптоматики у хворих.

Висновки

1. При проведенні комплексного біохімічного обстеження вагітних із захворюваннями гепатобіліарної системи встановлено інтенсифікацію вільнорадикаль-

ного окиснення та зниження активності ферментної ланки системи АОЗ.

2. Включення до антенатальної програми есенціале-форте-Н у жінок із захворюваннями гепатобіліарної системи позитивно впливало на стан процесів ліпидокисації, що проявлялося зменшенням у сироватці крові вагітних концентрацій проміжних та кінцевого метаболітів ПОЛ, а також сприяло відновленню показника ПГЕ, що в свою чергу призводило до стабілізації клітинних мембран.

3. Використання есенціале-форте-Н у період вагітності у першому триместрі сприяло відновленню активності ферментів системи АОЗ (КТ, ГПО і СОД).

Література

1. Аккер Л. В. Диагностическое значение оксидантного и антиоксидантного статуса у беременных с гестозом / Л.В. Аккер, Б.Я. Варшавский, С.А. Ельчанова и др. // Перинатальная анестезиология и интенсивная терапия матери, плода и новорожденного: Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции «Современные аспекты акушерства, гинекологии и неонатологии». Екатеринбург. – 1999. – С. 33-36.
2. Аккер Л. В. Показатели оксидантного и антиоксидантного статуса у беременных с гестозом / Л.В. Аккер [и др.] // Акушер. и гинекол. – 2000. – №2. – С. 19-20.
3. Андреев Л. И. Методика определения малонового диальдегида / Л.И. Андреев, Л.А. Кожемакин // Лаб. дело. – 1988. – №11. – С. 41-43.
4. Афонина Г. Б., Куянов Л. А. Липиды, свободные радикалы и иммунный ответ. – Киев: НМУ, 2000. – 285 с.
5. Ахтамьянов Р. Р. Дисбаланс систем перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у беременных с преэклампсией / Р.Р. Ахтамьянов, С.А. Леваков, Н.А. Габитова // Росс. вест. акушера-гинекол. – 2015. – № 15(2) – С. 43-48.
6. Бегова С. В. Оценка влияния антиоксиданта растительного происхождения «Хофитол» на процессы перекисного окисления липидов и антиоксидантную защиту сыворотки крови у многоплодных беременных с гестозом в сочетании с ЖДА / С.В. Бегова // Журн. акушер. и жен. болез. – 2009. – Том LVIII. – 4. – С. 21-26.
7. Гаврилов В. Б. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови / В.Б. Гаврилов, М.И. Мишкорудная // Лаб. дело. – 1983. – № 3. – С. 33-36.
8. Журавель Е. В. Фосфолипидные препараты в гепатологии: реалии и перспективы / Е.В. Журавель, С.М. Дроговоз // Провиз. – 1998. – 12. – С. 35-37.
9. Есенціале-форте-Н: інструкція для застосування лікарського засобу / Затверджено МОЗ України від 16.08.2018 №1504.
10. Королёк М. А. Метод определения активности каталазы / М.А. Королёк и др. // Лаб. дело. – 1988. – №1. – С. 16-18.
11. Кравцов А. А. Глутатион: физиологическая роль / А.А. Кравцов, С.В. Козин // EUROPEAN RESEARCH. – Сб. стат. XII Междунар. науч.-практ. конф. – 2017. – С. 22-24.
12. Кулинский В. И. Система глутатиона. Синтез, транспорт глутатионтрансферазы, глутатионпероксидазы / В.И. Кулинский, Л.С. Колесниченко // Биомед. химия. – 2009. – Т. 55, Вып. 3. – С. 255-277.
13. Поберезкина Н. Б. Биологическая роль супероксиддисмутазы / Н.Б. Поберезкина, Л.Ф. Осинская // Укр. биохим. журн. – 1989. – Т. 61, №2. – С. 14-27.
14. Трунов А. Н. Нарушения баланса цитокинов и активность процессов перекисного окисления липидов при позднем гестозе / А.Н. Трунов, О.Г. Пекарев, О.М. Горбенко [и др.] // Булл. СО РАМН. – 2011. – № 31 (1). – С. 78-82.
15. Шалина Р. И. Возможности прогнозирования и профилактики гестоза в I триместре беременности / Р.И. Шалина, О.В. Коновалова, Т.О. Нормантович // Практ. мед. – 2010. – 4 (43). – С. 38-43.
16. Burt A. D. Diagnosis and interpretation of steatosis and stertohepatitis / A.D. Burt, A. Mutton, C.P. Day // Sem. Diagn. Pathol. – 1998. – Vol. 15. – P. 246-258.
17. James O. Non-alcoholic steatohepatitis: another disease of affluence / O. James, C.P. Day // Lancet. – 1999. – Vol. 353. – P. 1634-1636.
18. Kuntz E. Fatty liver – a morphological and clinical review / E. Kuntz // Med. Welt. – 1999. – Vol. 50. – P. 406-413.
19. Lefkowitz J. H. Hepatobiliary pathology / J.H. Lefkowitz // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2003. – Vol. 19. – P. 185-193.
20. Moseley R. H. Liver and biliary tract / R.H. Moseley // Curr. Opin. Gastroenterol. – 2003. – Vol. 19. – P. 181-184.
21. Sharma J. B. Oxidative stress markers and antioxidant levels in normal pregnancy and preeclampsia / J.B. Sharma, A. Sharma, A. Bahadur, N. Vimala, A. Satyam, S. Mittal // Int. J. Gynaecol. Obstet. – 2006. – № 94. – P. 23-27.

Надійшла до редакції 10.09.2018

УДК 618.3-008.9:577.115

І. В. Лоскутова, Р. Г. Бічевська, Н. В. Мацюх

ЕФЕКТИВНІСТЬ НАТУРАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У ПРОФІЛАКТИЦІ НЕВИНОШУВАННЯ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ ТА ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Ключові слова: невиношування вагітності, захворювання гепатобіліарної системи, перекисне окиснення ліпідів, антиоксидантний захист, натуральні фосфоліпіди.

Під час фізіологічної вагітності у жінок зберігається баланс між вільнорадикальним окисненням ліпідів та активністю ферментів антиоксидантного захисту (АОЗ). У пацієнток з обтяженим акушерським анамнезом (викидні у першому триместрі) при наявності захворювань гепатобіліарної системи спостерігається підвищення метаболітів перекисації ліпідів (малонового діальдегіду (МДА), діенових кон'югат (ДК)) та показника перекисного гемолізу еритроцитів, високий рівень метаболітів перекисації ліпідів. Одночасно в цей період обстеження спостерігалось пониження активності ферментної ланки (КТ (каталази),

СОД (супероксиддисмутази) та ГПО (глутатионпероксидази)) антиоксидантної системи. Включення препаратів есенціальних фосфоліпідів (ессенціале-форте-Н) до комплексу профілактичного лікування в період антенатальної програми сприяє відновленню метаболічного гомеостазу – знижується концентрація продуктів пероксидації ліпідів (МДА і ДК) та підвищується активність ферментів системи АОЗ (КТ, СОД та ГПО), що свідчить про відновлення балансу між пероксидацією ліпідів та антиоксидантним захистом.

И. В. Лоскутова, Р. Г. Бичевская, Н. В. Мацюх

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАТУРАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Ключевые слова: невынашивание беременности, заболевания гепатобилиарной системы, перекисное окисление липидов, антиоксидантная защита, натуральные фосфолипиды.

Во время физиологической беременности у женщин сохраняется баланс между свободнорадикальным окислением липидов и активностью ферментов антиоксидантной защиты (АОЗ). У пациенток с отягощенным акушерским анамнезом (выкидыши в первом триместре) при наличии заболеваний гепатобилиарной системы наблюдается повышение метаболитов пероксидации липидов (малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК)) и показателя перекисного гемолиза эритроцитов, высокий уровень метаболитов пероксидации липидов. Одновременно в этот период обследования наблюдалось понижение активности ферментного звена (КТ (каталазы), СОД (супероксиддисмутази) и ГПО (глутатионпероксидази) антиоксидантной системы)). Включение препаратов эсенциальных фосфолипидов (эссенциале-форте-Н) в комплекс профилактического лечения в периоде антенатальной программы способствует вос-

становлению метаболического гомеостазу – снижается концентрация продуктов пероксидации липидов (МДА и ДК) и повышается активность ферментов системы АОЗ (КТ, СОД, ГПО), что свидетельствует о восстановлении баланса между пероксидацией липидов и антиоксидантной защитой).

I. V. Loskutova, R. G. Bichevskaya, N. V. Matsyukh

EFFICACY OF NATURAL PHOSPHOLIPIDS IN THE PREVENTION OF NONCARRYING OF PREGNANCY IN WOMEN WITH CHRONIC DISEASES OF LIVER AND BILIARY TRACT

Keywords: noncarrying of pregnancy, diseases of the hepatobiliary system, lipid peroxidation, antioxidant protection, natural phospholipids.

During physiological pregnancy in women maintain a balance between free radical oxidation of lipids and the activity of enzymes of antioxidant protection (AOP). In patients with a burdened obstetric history (miscarriages in the first trimester) in the presence of diseases of the hepatobiliary system, there is an increase in the metabolites of lipid peroxidation (malondialdehyde (MDA), diene conjugates (DC)) and the indicator of peroxide hemolysis of erythrocyte, a high level of lipid peroxidation metabolites. At the same time, during this period of examination, there was a decrease in the activity of the enzyme link (CT (catalase), SOD (superoxide dismutase) and GPO (glutathione peroxidase) of the antioxidant system). The inclusion of essential phospholipid preparations (essentiale-forte-N) in the complex of preventive treatment in the period of antenatal program contributes to the restoration of metabolic homeostasis-the concentration of lipid peroxidation products (MDA and DC) decreases and the activity of enzymes of the antioxidant protection system (CT, SOD, GPO) increases, which indicates the restoration of the balance between lipid peroxidation and antioxidant protection).



УДК 616.891.6:616.89-02-092-085

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ (Огляд літератури)

- О. О. Копчак, д. мед. н., доц. зав. каф. невролог., психіатр., рефлекс- і мануальн. терап., ЛФК та спорт. медицини
- ПВНЗ «Київський медичний університет»

Надмірне відчуття тривоги та занепокоєння, що важко контролюється та перешкоджає повсякденній життєвій активності, є ознакою генералізованого тривожного розладу [23]. Генералізований тривожний розлад (ГТР) належить до поширених захворювань, розповсюдженість якого сягає від 4.3±5.9 % [12]. ГТР діагностують при наявності надмірної тривоги, що втручається у всі сфери життя пацієнта (робота, стосунки, здоров'я) та непокоїть хворого більшість днів протягом щонайменше 6 місяців, супроводжується дратівливістю, підвищеною втомлюваністю, проблемами з концентрацією, порушеннями сну [35]. Окрім того, у пацієнтів з ГТР досить високі рівні супутнь-

ої патології, такої як депресивні розлади, біполярні розлади, серцево-судинні захворювання [34] діабет та артрит [20]. Як правило, на жаль, тривожні розлади досить часто залишаються нерозпізнаними та недооціненими лікарями загальної практики.

До тривожних розладів (ТР) належать панічний розлад з чи без агорафобії, соціальний тривожний розлад (соціальна фобія), ГТР, змішані тривожно-депресивні розлади. ТР зустрічаються в 1,5-2 рази частіше у жінок, порівняно з чоловіками [7]. Вік початку захворювання на ТР відрізняється залежно від типу розладу. Зокрема, різні фобії частіше виникають у дитинстві, в середньому, в 7-річному віці, соціальні фобії виникають у 13