

**ВИРАЗКОВА ХВОРОБА В СПОЛУЧЕННІ ІЗ СИНДРОМОМ
ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ З ОБСТИПАЦІЄЮ: ТАКТИКА
ВИБОРУ ПРОНОСНИХ ЗАСОБІВ**

І.М. Скрипник, С.В.Скопиченко, О.Ф. Гопко

Українська медична стоматологічна академія

Виразкова хвороба (ВХ) часто супроводжується порушеннями функції інших органів системи травлення, зокрема кишечника. Одним з клінічних проявів ВХ, особливо у хворих з підвищеною кислотоутворюючою функцією шлунка, являється запор, який зумовлений моторною дискінезією кишечника – синдромом подразненого кишечника (СПК) з обстипацією [6, 8].

Враховуючи те, що ВХ є загальним захворюванням організму, одним з провідних етіологічних факторів якого є порушення нервово-трофічних процесів у слизовій гастродуоденальній зоні, розвиток СПК слід розглядати як варіант клінічного перебігу, а не ускладнення ВХ [6, 8, 11, 19]. Підвищення тону парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, що зумовлено порушенням центральної регуляції на рівні гіпоталамічних ядер, викликає моторно-евакуаторні розлади: хаотичну перистальтику і антиперистальтику, стази і спазми в усіх органах системи травлення, в т.ч. і тонкій та товстій кишці [6].

У 60-75% хворих на ВХ значно підвищується тонус дистальних відділів товстої кишки, зростає внутрішньопорожнинний тиск, значно знижується перистальтика кишечника. У 44% хворих на дуоденальну виразку в фазі загострення наявні функціональні порушення товстої кишки, у 75,2% випадків при обстеженні встановлюють ураження заднього проходу, геморой і поліпоз. У більшості хворих виникненню органічних змін передували функціональні порушення товстої кишки типу дискінезії (50%), і лише у 13% хворих — хронічний коліт. У значній кількості хворих на ВХ виявляються зміни, які характерні для СПК та катарально-слизового коліту; майже у всіх хворих — проктосигмоїдит різного ступеня вираженості [11]. Таким чином, по-перше, зміни з боку кишечника у хворих на ВХ обтяжують її перебіг; по-друге, затримка випорожнення, а іноді і виражені запори є одним з клінічних проявів дуоденальної виразки.

Порушення функціональної діяльності кишечника спостерігаються більш ніж у 80% хворих на ВХ, з них у 75% хворих відмічаються запори, у інших — проноси різного ступеню вираженості. Лише у 20%

хворих на ВХ наявні колоноскопичні та морфологічні зміни кишечника, а у переважної більшості хворих діагностується СПК. Встановлений тісний зв'язок між психоемоційним станом хворих на ВХ і варіантом СПК. Так, у хворих на ВХ з високою внутрішньою напруженістю, агресивністю, дисфоричністю спостерігались спастичні запори, а при депресивних станах — атонічні запори [1, 11, 21].

У хворих на ВХ, асоційовану з *Helicobacter pylori*, з супутнім обстипаційним варіантом СПК на фоні антихелікобактерної терапії у 20% випадків розвивається кишковий дисбіоз (КД), який ще більше посилює клінічні прояви обстипації [17]. Незважаючи на значну кількість досліджень по вивченню стану кишкового мікробіоценозу, деякі автори визначають КД як бактеріологічне поняття (синдром), а не нозологічну форму захворювання [6, 14]. Крім того, діагноз “кишковий дисбіоз” не знайшов відображення у Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (1991). За сучасними уявленнями, слід відокремлювати СПК і хронічний невиразковий коліт, асоційований і неасоційований з КД, оскільки значна кількість скарг (абдомінальні болі, метеоризм, запори, соматогенні неврози) звичайно зумовлена наявністю КД.

Запор традиційно визначається як тривала затримка або уповільнення евакуації кишечником щільних калових мас. Однак частота дефекації являється суб'єктивною і має індивідуальні варіації. У пацієнтів, які не мають гастроентерологічних захворювань, наявність випорожнення звичайної консистенції від 3 раз на день до 3 раз на тиждень є варіантом норми [21]. Проте для більшості людей хронічну затримку випорожнення більше 48 годин слід розглядати як запор [13].

Міжнародною дослідницькою групою [22] проведені дослідження, згідно з якими діагноз запору встановлюється при: 1) постійному нагущуванні під час акту дефекації; 2) наявності випорожнення щільної консистенції грубо грудкуватого характеру; 3) відчутті неповного випорожнення прямої кишки; 4) наявності двох і менше дефекацій на тиждень; 5) наявності вище перерахованих скарг протягом 12 місяців без застосування проносних.

Слід враховувати, що запор являється не хворобою, а симптомом багатьох захворювань. Існує чотири основних типи запорів: 1) внаслідок порушення тиску або моторно – евакуаторної функції товстої кишки, а також скоротливої здатності м'язів малого тазу (ідіопатичний запор); 2) запор, який пов'язаний з механічною обструкцією товстої кишки; 3) медикаментозні запори; 4) колостаз центрального походження (психічні хворі, травма головного мозку, інсульт та ін.) [18].

Незважаючи на існуючі досягнення у вивченні етіології, патогенезу та діагностики запору, недостатньо розробленим являється питання щодо лікування хворих на ВХ з обстипаційним синдромом. Застосуван-

ня у хворих на ВХ традиційних засобів (неселективних холінолітиків, спазмолітиків і антацидів) підсилює атонію кишечника шляхом гальмування моторики товстої кишки. З іншого боку, призначення хворим на ВХ із супутнім СПК з обстипацією (по типу атонічних запорів) засобів, які стимулюють моторику кишечника (прозерин, галантамін), не можливо із-за ВХ; а центрально діючі дофамінергічні засоби, особливо I-II покоління, залишаються неефективними. Самолікування хворих з запорами різноманітними проносними засобами та спроба дієтичного регулювання випорожнення є також малоефективними [11].

За механізмом дії проносні засоби розділяють на п'ять груп: 1) засоби, які викликають хімічне подразнення рецепторного апарату товстої кишки: похідні антрахінонів (препарати сени, крушини, ревеню), похідні дифенілметану (фенолфталеїн, бісакодил (дульколакс), натрію пікосульфат (гутталакс)); 2) осмотичні проносні: натрію сульфат, магнію сульфат, карловарська сіль, лактулоза (дуфалак), макрогіль 4000 (форлакс); 3) засоби, які сприяють розм'якшенню калових мас та їх сковзанню (вазелінове, мигдальне масло, рідкий вазелін); 4) засоби, які збільшують об'єм кишкового вмісту: висівки, агар, морська капуста, метилцелюлоза, псилліум (мукофальк); 5) комбіновані препарати: агіолакс, регулакс, каліфіг [3].

Встановлено, що проносні засоби сприяють накопиченню рідини у кишечнику внаслідок пригнічення процесів всмоктування іонів і води, а також стимуляції кишкової секреції. Більшість з них гальмують шкідливу активність кишечника і сприяють прискоренню транзиту його вмісту. Секреторний і антисорбційний ефект первинні, а прискорення перистальтики - вторинне [2].

Тривалий прийом проносних пов'язаний з небажаними побічними ефектами. Так, внаслідок звикання до них необхідно збільшувати дозу. У деяких випадках вони можуть викликати свого роду токсикоманію. При тривалому прийомі, головним чином, антрахінонових препаратів виникає ураження між'язевих нервових сплетень, прокрашування слизової оболонки товстої кишки (меланоз). Безконтрольний прийом проносних призводить до втрати електролітів, зневоднення організму, розвитку КД, а великі їх дози можуть викликати ураження нирок і печінки, алергічні реакції [1,3]. Все це свідчить про необхідність значної обережності при призначенні проносних засобів та початку лікування з малих доз препаратів, які підбирають індивідуально. Слід враховувати недоцільність одночасного призначення проносних засобів з різними термінами дії з метою запобігання подразнення кишечника. Призначати ці засоби слід на короткий термін. При необхідності тривалого прийому препаратів перевагу необхідно надати засобам, які не

викликають звикання та больового абдомінального синдрому (натрію пікосульфат, лактулоза, макроголь 4000).

Натрію пікосульфат (гутталакс) не містить антраноїдів, в 1 мл (15 крапель) препарату містить 7,5 мг активної речовини. Терапевтична дія гутталаксу розпочинається у товстій кишці під впливом сульфатазотворюючих бактерій, де активна речовина препарату метаболізується і його деривати впливають безпосередньо на гладку мускулатуру, а також шляхом нейрофізіологічної активації рецепторів. При цьому посилюється виділення секрету слизовою оболонкою кишки і стимулюється перистальтика. Препарат можна призначати не лише при усіх видах запору, але також і при гемороях або тріщинах заднього проходу з метою запобігання болісних випорожнень, підготовці хворих до діагностичних маніпуляцій. Протипоказанням до призначення гутталаксу являється кишкова непрохідність та підозра на гострий запальний процес у кишечнику [6, 10]. Відмінною особливістю препарату являється висока ефективність і задовільна переносимість при усіх видах запору, в т.ч. у дітей та хворих на цукровий діабет з врахуванням індивідуально підбраної дози [6, 8].

Лактулоза (дуфалак) є осмотичним проносним засобом, який не адсорбується у кишечнику, збільшує об'єм його вмісту, знижує в'язкість останнього та сприяє розм'якшенню калових мас. Препарат проявляє високу терапевтичну ефективність у лікуванні стійких видів запору, які не завжди піддаються терапії іншими проносними засобами. До них відносяться запори, які виникають при спайковому процесі у черевній порожнині, променевих ураженнях товстої кишки, гіпотонії кишечнику в осіб похилого віку, в період вагітності та лактації [6, 7].

Лактулоза (дуфалак) у товстій кишці під впливом сахаролітичної флори ферментується до молочної, і у меншій ступені – уксусної, масляної та пропіонової кислот, які стимулюють перистальтику товстої кишки, підвищують осмотичний тиск і зменшують час транзиту по ній. Все це забезпечує проносний ефект лактулози (дуфалаку), який зберігається досить тривалий час. Крім того, підкислення рН у просвіті товстої кишки сприяє росту сахаролітичної і пригніченню протеолітичної мікрофлори, що зумовлює нормалізацію мікробного біоценозу кишечнику [5]. Лактулоза (дуфалаку) не викликає спастичного болю у животі, неприємних відчуттів при дефекації та звикання. Протипоказанням до її призначення є галактоземія і кишкова непрохідність. У ряді випадків на фоні прийому лактулози виникає метеоризм, що потребує зменшення дози препарату [4].

Макроголь 4000 — поліфенілгліколь (форлак) відноситься до сучасних осмотичних проносних. Молекула активної речовини — оксид етилену, який утворює водневі зв'язки з молекулами води у

порожнині кишечника за рахунок чого збільшується вміст рідини у хімусі та розм'якшується його консистенція, облегшуючи акт дефекації. Форлак не метаболізується, не адсорбується і не змінює рН хімусу, діє незалежно від складу бактеріальної флори. Ефект препарату проявляється через 24-48 годин [6, 9].

Мета дослідження – розробити диференційовані медикаментозні комплекси для лікування обстипаційного варіанту СПК у хворих на ВХ дванадцятипалої кишки, асоційовану з хелікобактеріозом, з урахуванням стану кишкового мікробіоценозу.

Матеріали і методи

Обстежено 48 хворих (22 чоловіка і 26 жінок) на ВХ дванадцятипалої кишки віком 18-52 роки з легким і середнім перебігом захворювання і 23 хворих (10 чоловіків і 13 жінок) з обстипаційним варіантом СПК віком 20-48 років. ВХ діагностували на підставі клініко-ендоскопічних критеріїв. За даними фіброгастроуденоскопії, розміри виразки дванадцятипалої кишки дорівнювали 5—13 мм. У всіх хворих за результатами СЛО-тесту і гістоморфологічного методу ВХ асоційована з НР. Ступінь контамінації НР слизової пілороантрального відділу шлунка визначалась від помірно до значно вираженої.

Хворим на ВХ призначалась базисна антихелікобактерна терапія згідно з рекомендаціями Маастрихтського консенсусу-2 (2000): омепразол (40 мг/добу), кларитроміцин (1000 мг/добу) і амоксицилін (2000 мг/добу) впродовж 7 днів з послідовним прийомом омепразолу по 20 мг/добу – до 28 днів.

У всіх хворих на ВХ мав місце обстипаційний варіант СПК, який характеризувався наступними критеріями: тривалість акту дефекації 25-30 хвилин і більше при різкому постійному натужуванні 3 рази на тиждень; випорожнення твердої консистенції грубо грудкуватого характеру, відсутність відчуття повного випорожнення прямої кишки [22]. Хворим проводили ректороманоскопію, ірригоскопію, за показаннями – колоноскопію. Досліджували бактеріальний склад калових мас хворих [15], за результатами якого у 19 хворих на ВХ з супутнім СПК з обстипацією був виявлений КД I-II ступеня.

Всі обстежені хворі були розподілені на 3 групи (рівнозначні за віковими та статевими особливостями):

I група – 19 хворих на ВХ з супутнім СПК, асоційованим з КД I-II ступеня, яким на тлі базисної антихелікобактерної терапії призначалась лактулоза (дуфалак) у дозі 20-40 мг/добу 1-2 рази на день в залежності від вираженості обстипації та пробіотик біфі-форм (комплекс біфідоба-

ктерій і ентерококів) по 1 капсулі 2 рази на добу; курс лікування 14-21 день;

II група – 29 хворих на ВХ із супутнім СПК, неасоційованим з КД, які отримували: 17 хворих — натрію пікосульфат (гутталакс) у дозі 10-25 крапель у вечірній час одноразово і 12 хворих — макроголь 4000 (форлак) по 10-20 г (1-2 пакетики) в залежності від вираженості обстипації, попередньо розчинивши його у 100 мл води 1 раз на добу; курс лікування 14-21 день. З метою профілактики КД хворим на ВХ додатково до базисної антихелікобактерної терапії призначався біфі-форм по 1-2 капсули 2 рази на день.

III група (контрольна) — 23 хворих на СПК з обстипацією, неасоційованим з КД: 13 хворих отримували натрію пікосульфат (гутталакс), 10 хворих – макроголь 4000. Дози та тривалість прийому препаратів аналогічні хворим II групи.

Розраховували коефіцієнт парної лінійної кореляції Пірсона (r).

Результати та їх обговорення

У 5 хворих I групи клінічні прояви СПК: здуття, метеоризм, абдомінальний біль спастичного і розпираючого характеру, який зникає після дефекації, за гостротою та вираженістю переважали над клінічними проявами ВХ (нічний голодний біль, печія). До початку проведення лікування хворі були вимушені, перш за все, зосереджувати основну увагу на відновленні нормальної функції кишечника шляхом застосування клізм та проносних засобів. У 2 хворих I групи і 1 хворого II групи, незважаючи на наявність виразки, спостерігалось абсолютне домінування клінічних проявів СПК.

Проведений нами кореляційний аналіз не виявив залежності характеру та вираженості кишкових порушень від розмірів та локалізації пептичної виразки.

Лікування обстипації у хворих на ВХ значно утрудняється тим, що наявність пептичної виразки не дозволяє широко використовувати ефективні харчові раціони, які містять значну кількість рослинної клітковини.

У хворих I групи на фоні прийому лактулози (дуфалаку) відмічалось помірне послаблення випорожнення, скорочення тривалості акту дефекації до 5-8 хвилин та натужування при цьому, відсутність відчуття неповного звільнення прямої кишки. У жодного з обстежених хворих частота акту дефекації не перевищувала більше 2 разів на добу.

У 5 хворих I групи на 2-3 день лікування дуфалаком зареєстровані явища метеоризму, гурчання без абдомінального больового синдрому, які у 3-х з 5-ти хворих через 7-10 днів зникли. 2-м хворим зі стійко

вираженим метеоризмом та помірно послабленим випорожненням додатково призначався діоктагідралю смектит, який володіє антидіарейними та сорбційними властивостями, по 1 пакету за 30 хвилин до прийому їжі, і метеоспазміл (альверин у сполученні з симетиконом) по 1 капсулі 2 рази в день, що дозволило усунути побічні ефекти лактулози — діарею та підвищене газоутворення у товстій кишці. Після припинення прийому лактулози (дуфалаку) запори не виникали протягом 3-5 тижнів. 6-ти хворим після відновлення обстипації був повторно проведений вищевказаний курс лікування.

У всіх хворих на ВХ I групи на підставі аналізу бактеріограм калових мас був встановлений КД: переважання патогенної протеолітичної (підвищення титру ешерихій до 10^7 — 10^9 , клостридій — до 10^5 - 10^6 КУО/г фекалій) над сахаролітичною флорою (зниження титру лактобактерій до 10^5 - 10^7 , біфідобактерій - до 10^4 - 10^6 , стрептококу - до 10^4 КУО/г фекалій). У 2 (10,5%) хворих був встановлений стафілококовий дисбактеріоз (бактеріологічним методом виділений золотистий стафілокок). Проте, хворі на ВХ із стафілококовим КД отримували у складі антихелікобактерних комплексів кларитроміцин, який є препаратом вибору для лікування хелікобактерної та стафілококової інфекції.

Встановлено, що після проведеного лікування у всіх хворих I групи зникли ознаки КД і спостерігалась повна нормалізація бактеріограми калових мас (відновлення порушених мікробно-асоціативних зв'язків у кишечнику).

У всіх 17 хворих II групи і 13 хворих III групи, яким призначався гутталакс у дозі 10-25 крапель (індивідуально в залежності від вираженості обстипації), через 10-12 годин відмічалось послаблення випорожнення, скорочення тривалості акту дефекації до 3-7 хвилин з наявністю калу м'якої консистенції, відсутність натужування при цьому. У 2-х хворих II групи після передозування спостерігалось значне послаблення випорожнення: у 1-го хворого без болю, у 1-го - з незначно вираженими тенезмами і абдомінальним больовим синдромом. Прийом гутталаксу не призводив до звикання і розвитку гіпокаліємії, які характерні для тривалого використання інших проносних засобів.

У 12 хворих II групи і 10 хворих III групи, яким з метою усунення обстипації призначали макроголь 4000 (форлакс), через 12-24 години випорожнення мало м'яку (у 13 хворих) і кашцеподібну (у 9 хворих) консистенцію. Випорожнення не було утрудненим, хворі відчували повне звільнення прямої кишки від калових мас. При цьому у хворих не спостерігались виражені болі у животі, тенезми, метеоризм; лише у 2 хворих на ВХ II групи в перші 1-3 дні були наявні болі незначної інтенсивності, які не потребували відміни препарату. У 2 хворих II групи з доліхосигмою та 3 хворих III групи мало місце відновлення запору, що

зумовлювало необхідність продовження курсу лікування до 2-3 місяців. Вважається, що макроголь 4000 підсилює ефекти раніше застосованих проносних іншого механізму дії, відновлюючи чутливість до них рецепторів слизової оболонки кишечника [12]. Проте, E.Cuillierier et al. (1997), P.Jouet et al. (1998) на підставі результатів сцинтиграфічних досліджень довели, що лактулоза у терапевтичній дозі більш інтенсивно прискорює випорожнення правих відділів товстої кишки у здорових добровольців порівняно з макроголем 4000 [16, 20].

Висновки

Наявність у хворих на ВХ супутнього СПК з обстипацією носить характер синтропії і є варіантом клінічного перебіг ВХ, а не її ускладненням. Характер і вираженість клінічних проявів СПК у хворих на ВХ не залежать від розміру та локалізації пептичної виразки. Стійкі порушення функції товстої кишки значно обтяжують перебіг і прогноз ВХ, що потребує диференційованого підходу до розробки медикаментозних комплексів з включенням до їх складу препаратів з метою лікування СПК в залежності від його клінічного варіанту.

Лактулоза (дуфалак), натрію пікосульфат (гутталакс) і макроголь 4000 (форлак) являються високоефективними проносними засобами для лікування обстипаційного варіанту СПК у хворих на ВХ, прийом яких практично не викликає звикання та необхідності підвищення дози препаратів.

У хворих на ВХ із супутнім СПК з обстипацією, асоційованим або неасоційованим з КД, з профілактичною і лікувальною метою доцільне призначення лактулози (дуфалаку), враховуючи її проносний і нормалізуючий ефект на склад бактеріальної флори товстої кишки. У хворих на ВХ з супутнім СПК з обстипацією, неасоційованим з КД, та у хворих на СПК з обстипацією препаратами вибору серед сучасних проносних є натрію пікосульфат (гутталакс) і макроголь 4000 (форлак).

Список літератури

1. Гребенев А.Л., Мягкова Л.П. Болезни кишечника. - М.: Медицина, 1994.- 400 с.
2. Григорьев П.Я., Агафонова Н.А. Запор и его лечение // Врач. - 1995.- № 2. - С. 4-7.
3. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Запор: от симптома к диагнозу и адекватному лечению // Терапевт. архив. - 1996.- Т.68, № 2.- С. 27-30.
4. Григорьева Г.А. Запор и современные слабительные средства // Клин. медицина. - 1997.— Т.75, № 1.— С.52-55.

5. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология. – М.: МИА, 2004. – 624 с.
6. Дегтярева И.И. Панкреатит. – К.: Здоров'я, 1992. – 168 с.
7. Дегтярева И.И., Скопиченко С.В., Скрыпник И.Н. Реабилитация послеоперационных больных и больных пожилого возраста с обстипацией // International Journal on Immunorehabilitation. – 2001. – Vol. 3, № 1. – P.130-131.
8. Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н. Синдром раздраженной толстой кишки / Заболевания органов пищеварения. – К.: Демос, 1999. – С.103-111.
9. Дегтярева И.И., Скрыпник И.Н., Гончарова Ю.В. Применение форлакса у больных с наличием синдрома обстипации // Матеріали наук. праць республ. наук.-практ. конф. “Досягнення та невирішені питання гастроентерології”. – Харків, 1998. – С.60.
10. Дегтярьова І.І., Скрипник І.М., Скопиченко С.В. Застосування сучасних проносних засобів при обстипаційному синдромі // Ліки. – 2000. – № 5. – С.85-88.
11. Ивашкин В.Т., Минасян Г.А., Уголев А.М. Теория функциональных блоков и проблемы клинической медицины. – Л.: Наука, 1990. – 303 с.
12. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А. Функциональные запоры и их лечение // Рос. мед. журн. – 2001. – № 1. – С.58-61.
13. Парфенов А.И. Понос и запор // Клин. медицина. – 1997. – Т.75, №3. – С.53-60.
14. Скрипник І.М. Сучасні підходи до лікування хворих на виразкову хворобу в сукупності із синдромом подразненого кишечника з обстипацією // Ліки України. – 2002. – №5. – С. 8-12.
15. Эпштейн-Литвак Р.В., Вильшанская Ф.Л. Бактериологическая диагностика дисбактериоза кишечника / Метод. реком. – М., 1977. – 20 с.
16. Cuillerier E., Coffin B., Lemann M. et al. Comparison of the effect of lactulose and polyethylene glycol on isotopic colonic transit // Gastroenterol. Clin. Biol. – 1997. – Vol. 21. – A. 117.
17. Degtjaryova I., Skrypnyk I., Skopichenko S. Modern approaches to antihelicobacterial therapy and primary prophylaxis of the intestinal dysbiosis in peptic ulcer patients // Gut. – 2001. – Vol. 49, N 11. – A.3166
18. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders. – Boston-New York-Toronto-London: Little, Brown and Company, 1994. – 370p.
19. Drossman D.A., Sandeer C.M., Broom C.M. et al. Urgency and fecal soiling in people with bowel dysfunction // Dig. Dis. Sci. – 1986. – Vol.31. – P.1221-1222.

20. Jouet P., Gorbatchef C., Flourie B. et al. Effect of the fermentation of lactulose on colon phasic and tonic activity in healthy volunteers // Gastroenterol. Clin. Biol.- 1998.- Vol. 22.- A.17.

21. Velio P., Bassotti G. Chronic idiopathic constipation: pathophysiology and treatment // J. Clin. Gastroent.. - 1996.- Vol.22.- P. 190-196.

22. Whitehead W.E., Chaussade S., Corazziari E., Kumar D. Report of international workshop on management of constipation // Gastroenterol. Int.- 1991.- Vol. 3.- P. 99-113.

УДК - 616. 240- 002: 613. 840- 07: 616. 153

ПОКАЗНИКИ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У КУРЦІВ, ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

Сорокопуд О.О.*, Шалагін Ю.О.†, Панчишин М.В.*

* - Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького
† - 1120 Центральний військовий клінічний госпіталь

Негоспітальна пневмонія (НП) залишається важливою проблемою внутрішньої медицини, оскільки є поширеною хворобою, а також достатньо частою причиною смерті пацієнтів: від 1–3 % осіб молодого до 15–30 % осіб старшого віку [5]. Порушення кровообігу часто визначає прогноз перебігу хвороби, оскільки однією з причин смерті від пневмонії є інфекційно-токсичний шок. Артеріальна гіпотонія часто супроводжує перебіг НП [1], проте значне зниження систолічного та діастолічного тиску є одним із маркерів важкого перебігу хвороби [2, 9]. Гіпотензією може проявлятися стан ендотеліальної дисфункції (ЕД) – один із факторів несприятливого прогнозу, що посилюють важкість стану при багатьох хворобах, в тому числі, і при пневмоніях. Так, захворювання, що супроводжуються ушкодженням ендотелію і порушенням його функції, достовірно частіше супроводжуються вищою летальністю [14]. Вважають, що ЕД можуть викликати знижений чи підвищений рівень ліпідів і, зокрема, холестерину (ХС) крові, та прозапальні цитокіни (ПЦ). Крім того, ПЦ асоціюються із гіпохолестеринемією. Відомо, що рівень С-реактивного протеїну (СРП) може служити