

рота. Пацієнти основної групи крім базової терапії з першого дня обстеження отримували препарат «Лецитин-2» виробництва НПА «Одеська біотехнологія» протягом 30 днів 3 рази на день за півгодини до їди по 1 таблетці до повного розсмоктування в порожнині рота. У пацієнтів в перший день обстеження, а потім через місяць збирали нестимульований ротову рідину [1, с. 4]. протягом 30 днів 3 рази на день за півгодини до їди по 1 таблетці до повного розсмоктування в порожнині рота. У пацієнтів в перший день обстеження, а потім через місяць збирали нестимульований ротову рідину [1, с. 4]. У надосадової рідини визначали концентрацію малонового діальдегіду (МДА) (Сталева І.Д., Гарішвілі Т.Г., 1977) [3], [4, с. 5], загальну протеолітичну активність (ОПА) визначали за методом Kunitz в модифікації Левіцького А.П. [4], [5, с. 34], активність каталази [4, 6]. За співвідношенням активності каталази та концентрації МДА розраховували антиоксидантних-прооксидантний індекс (АПИ) [4, с. 12], [7].

**Результати дослідження.** Як показали проведені дослідження, з двох маркерів запалення (МДА і ОПА) лише ОПА достовірно збільшується у осіб з карієсом і також достовірно повертається до норми після курсу лікування «Лецитин-2». У хворих карієсом зубів більш ніж в 2 рази знижується активність одного з антиоксидантних ферментів каталази, а після курсу прийому «Лецитин-2» цей показник практично повертається до норми. Індекс АПИ знижується у хворих в 2 рази, а після лікування повертається до норми. Оскільки цей індекс відображає стан однієї з захисних систем організму, то, отже, лецитин-кальцієвий комплекс у вигляді препарату «Лецитин-2» забезпечує відновлення захисних систем організму.

**Висновки.** В результаті проведених нами досліджень встановлено, що у хворих множинним карієсом зубів спостерігаються наявність ознак запалення, зниження рівня захисної антиоксидантної системи. Прийом протягом місяця лецитин-кальцієвого комплексу «Лецитин-2» підвищило до норми рівень антиоксидантних-прооксидантної системи.

#### Список використаних джерел:

1. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости: метод. рекомендації / [А.П. Левицкий, О.В. Денга, О.А. Макаренко и др.]. – Одесса : Ин-т стом. АМН Украины, 2010. – 16 с.
2. Експериментальне вивчення токсичної дії та специфічної ефективності засобів для логлялу за порожниною рота: метод. рекомендації / [Т.П. Терешина, К.М. Косенко, А.П. Левицкий та ін.] – Київ : Фарм. центр МОЗ України, 2003. – 42 с.

3. Стальная И.Д. Метод определения малонового диальдегида с помощью тиобарбитуровой кислоты / И.Д. Стальная, Т.Г. Гаршвили // Современные методы в биохимии. – М. : Медицина, 1977. – С. 66–68.

4. Биохимические маркеры воспаления тканей ротовой полости: метод. рекомендации / [А.П. Левицкий, О.В. Денга, О.А. Макаренко и др.]. – Одесса : Ин-т стом. АМН Украины, 2010. – 16 с.

5. Экспериментальные методы исследования стимуляторов остеогенеза: метод. рекомендации / [А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, О.В. Денга и др.]. – К. : ГФЦ МЗ Украины «Авиценна», 2005. – 50 с.

6. Ірин С.В. Модифікація метода определения активности каталазы в биологических субстратах / С.В. Гирин // Лабораторная диагностика. – 1999. – № 4. – С. 45–46.

7. Левицький А.П. Антиоксидантно-прооксидантний індекс сироватки крові щурів з експериментальним стоматитом і його корекція зубними еліксирами / А.П. Левицький, В.М. Почтар, О.А. Макаренко [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2006. – № 6. – С. 22–25.

### ЗАСТОСУВАННЯ БОБІВНИКА ТРИЛИСТОГО (MENYANTHES TRIFOLIATA) У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПОСІДНАЮЮ ПАТОЛОГІЄЮ ШЛУНКА І ЖОВЧНОГО МІХУРА

ГАЙДУКОВ В. А.

*кандидат медичних наук,*

*доцент кафедри догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

МАРИНЧИНА І. М.

*кандидат медичних наук,*

*асистент кафедри акушерства, гінекології та перинатології*

*ВДНЗУ «Бучковський державний медичний університет»*

*м. Чернівці, Україна*

**Вступ.** Захворювання жовчного міхура досить поширена патологія шлунково-кишкового тракту. Статистичні дослідження науковців стверджують, що з десяти хворих на гастроентерологічну патологію у кожного п'ятого з них відмічали захворювання жовчного міхура [1].

Разом з тим, рекомендації щодо застосування фітотерапевтичних засобів, у більшості випадків, є емпіричними і вимагають більш поглибленого вивчення механізму їх дії на сучасному науковому рівні [5, 6].

**Мета дослідження:** вивчити терапевтичну ефективність бобівника трилистого (БТ) у комплексному лікуванні хворих із первинними, вторинними гастро-дуодено- і холецистопатіями та обґрунтування вдосконалення методики їх застосування.

**Основна частина.** Усім пацієнтам проводили УЗД жовчного міхура на апараті «Аіока-280», вивчали кислотоутворюючу функцію шлунка та морфологічні зміни слизової оболонки гастродуоденальної системи. Моторну функцію жовчних шляхів вивчали за допомогою пристрою для дуоденального зондування (декларативний патент ІА14528, Гайдюков В.А. та ін.) [2]. «Гострі» фармакологічні проби [3] провели у 63 хворих (38 жінок і 25 чоловіків) на хронічний гастродуоденіт (ХГД) у останні з хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ) у перші три дні перебування в стаціонарі на безмедикаментозному фоні. Застосовували спиртову (40°) настоянку (1:5) по 60 крапель на 60 мл теплої дистильованої води та відвар листя (БТ) у кількості 60 мл, виготовлені згідно фармакопейних вимог.

Встановлено, що настойці та відвару БТ – притаманний стимулюючий ефект на процеси кислотоутворення шлунка за умови збереження функції обкладкових клітин. У хворих прийом відповідної дози настоянки або відвару БТ призводив до стимуляції шлункового кислотоутворення. У двох пацієнтів не було відмічено подібної реакції, що пов'язано з наявністю виражених атрофічних змін слизової оболонки шлунка і значною гістамінорезистентною гіпохлоридією. Під час фармакологічної проби досліджували латентний період, період наростання дії БТ (період кінетики рН), період «плато» (стабільного кислотостимулюючого ефекту), загальну тривалість дії препаратів [4].

Згідно даних досліджень, прийом препаратів БТ викликав статистично достовірний зсув рН у кислому напрямку на рівні тіла шлунка при початковій нормоацидності та помірно зниженій інтенсивності кислотоутворення. Найбільш значний кислотоутворювальний ефект спостерігали у хворих з помірно мінімальною і селективною гіпоацидністю, менший – з абсолютною і субтотальною.

Аналіз отриманих даних вказує на необхідність диференційованого підходу до часу призначення БТ – три гіпоацидності – за 30-40 хв., при нормоацидності – за 20-25 хв., при гіперацидності – за 10-15 хв. до їди.

Вивчаючи вплив препаратів БТ на моторно-евакуаторну функцію жовчного міхура визначено такі типи реакцій: 1) слабкий холекінетичний ефект; 2) холекінетичний ефект середнього ступеня вираженості; 3) холеретичний ефект; 4) змішаний ефект (холеретичний ефект із наступною холекінетичною реакцією).

У двох хворих із вираженими явищами гіпотонічної дискінезії початок холекінетичної реакції відмічали на 30-40 хв., а пік фіксували на 34,16 хв. і її тривалість дорівнювала 38,50 хв. У 12 хворих констатували холекінетичний ефект

середнього ступеня вираженості. Коефіцієнт скорочення (КС) в цих випадках дорівнював 49%, максимум реакції припадав на 47 хв. Щодо тривалості холекінетичної реакції, то вона становила 50-60 хв. Чітко простежували зменшення скорочувальної функції жовчного міхура із збільшенням його об'єму. У 7 хворих спостерігали холеретичний ефект. При цьому об'єм жовчного міхура збільшувався в середньому на 14,48% від початкового, що розцінювалось як помірний холеретичний ефект. Пік реакції фіксували на 50 хв. У 8 хворих, із виявленню холерезом, об'єм жовчного міхура складав 18 мл. У 4 пацієнтів виявили змішану реакцію жовчного міхура, при цьому на початку дослідження спостерігали холеретичний ефект, який тривав в середньому 40-50 хв. Об'єм жовчного міхура збільшувався на 13% від початкового. У подальшому у трьох хворих одразу ж після холерезу фіксували холекінетичну реакцію, яка тривала 20-30 хв. У двох пацієнтів впродовж 10-20 хв. була відсутня реакція жовчного міхура (період паузи), який згодом переходив у холекінетичну реакцію.

При застосуванні відвару БТ спостерігали аналогічні основні чотири типи реакцій жовчного міхура, але треба зауважити, що відвар володів дещо вираженою холеретичною реакцією, а холецистокінетичний ефект був слабшим, ніж при дії настойки БТ. Так, у п'яти хворих спостерігали слабкий холекінетичний ефект, причому у трьох з них була гіпотонія жовчного міхура. КС у цих випадках дорівнював 28%, тривалість скорочення жовчного міхура становила 38 хв., із піком реакції на 30 хв. Холекінетичний ефект середнього ступеня вираженості спостерігали у чотирьох пацієнтів, причому КС дорівнював 48%, пік реакції припадав на 45 хв. У 12 пацієнтів об'єм жовчного міхура збільшився в середньому на 15% від початкового об'єму, що розцінювали як помірний холеретичний ефект, дещо більший, ніж при дії настойки. Змішану реакцію жовчного міхура констатували у двох хворих. Початкове збільшення об'єму жовчного міхура впродовж 40-60 хв. складало 14%, яке в подальшому змінювалося нетривалою холекінетичною реакцією впродовж 10-20 хв.

Аналіз залежності реакції жовчного міхура від стану кислотоутворювальної функції шлунка, визначеного за допомогою одночасної топографічної рН-метрії, виявив, що змішаний тип реакції жовчного міхура здебільше фіксували у хворих з помірно селективною і абсолютною гіпоацидністю, з неглибокими структурними змінами слизової оболонки шлунка і давністю захворювання 5-8 років.

Холекінетичну реакцію здебільшого констатували у хворих зі збереженим станом секреторної функції шлунка та помірно мінімальною і селективною гіпоацидністю, з тривалістю захворювання 1-5 років.

Холеретичну реакцію спостерігали у пацієнтів з нормо- та гіперацидністю, з тривалістю захворювання 5-10 років. Виявлено зворотньо – пропорційну залежність скоротливості жовчного міхура від ступеня атрофічних змін слизової

оболонки шлунка. У пацієнтів із вираженими структурними ураженнями білярної системи (значне збільшення жовчного міхура в об'ємі, потовщення його стінки більше 4 мм, застійні явища і деформації в ньому), з гіпоацидністю (рН>5), значними структурними змінами слизової оболонки шлунка, давністю захворювання більше 10 років спостерігався слабкий, нетривалий холекінетичний ефект. Слабка реакція жовчного міхура при виражених структурних змінах слизової гастродуоденальної зони ймовірно обумовлена гіпофункцією інкреторного апарату ДПК, а точніше І-клітин, що синтезують холестистокінін, панкреозимін, який є основним регулятором моторики жовчного міхура.

Висновки. Таким чином, настійка та відвар БТ володіють суттєвим впливом на шлункове кислотоутворення, моторику жовчного міхура та процеси жовчовиділення. Одноразовий прийом препаратів БТ призводить до чіткої стимуляції шлункового кислотоутворення та проявляє холестистокінетичну і холеретичну дію. Швидкість появи цих впливів, їх інтенсивність і тривалість залежить від поширеності та глибини морфологічних змін гастродуоденальної слизової оболонки, початкового стану кислотоутворювальної функції шлунка, від виразності запалення та функціонально-структурних змін у жовчному міхурі. Хочемо зазначити, що аналогічне спрямування дії БТ на ХГД у поєднанні з ХНХ відмічали і інші дослідники [3].

Отримані результати дають підстави зробити припущення, що найбільш ймовірно під впливом препаратів БТ посилюється гастринний механізм дії на процеси шлункового кислотоутворення і жовчовиділення. За даними наших досліджень така патогенетична ланка спрацює в основному у хворих з початковою гіпоацидністю, у яких здебільшого констатувався холекінетичний ефект під дією фітопрепарату. З одного боку, збільшення продукції гастрину стимулює синтез холестистокініну, з другого – для гіпоацидних станів є характерне більш швидке попадання препарату в дуоденальну зону, а відповідно більша кількість біологічно-активних чинників БТ буде контактувати з рецепторною зоною дванадцятипалої кишки і сприяти синтезу того ж гормону і інших, які стимулюють моторику жовчного міхура. Гастринний механізм дії також може підтверджуватись тим, що при одночасному проведенні рН-моніторингування і ехохолестистографії у хворих раніше виявили кислотостимулюючу реакцію, а дещо пізніше реагував жовчний міхур.

#### Список використаних джерел:

1. Бостан М.Г. Поширеність захворюваності населення України на хронічний холестистит / М.Г. Бостан, В.М. Драчук, М.А. Ежнед // «Хист» Всеукраїнський медичний журнал студентів і молодих вчених. – 2013, вип.15. – С.60. 2.

2. Дек.пат. 14528 Україна, МІЖ (2006) А61М 25/00. Пристрій для дуоденального зондування / Гайдуків В.А., Пішак В.П., Пішак О.В. Бюл. № 5, 2006 р.
3. Волошин О.І. Корекція порушень шлункового кислотоутворення та жовчовиділення у хворих на хронічний гастродуоденіт із супутнім некаменевим холестиститом настійкою перстача прямоствоячого / О.І. Волошин, О.В. Глубоченко, Н.Б. Чернявська // Галицький лікарський вісник. – 2000. – № 3 – С. 21-24.

4. Волошин О.І. Хронічні гастродуоденіти: погляд крізь призму 35-річного дослідження проблеми / О.І. Волошин // Внутрішня медицина. – 2008. – № 2, – С. 30-35.
5. Волошин О.І. Роль і місце ліків рослинного походження в лікуванні мікстопатології внутрішніх органів / О.І.Волошин, В.Л.Васюк, Л.О.Волошина // Український науково-медичний молодіжний журнал. – 2008. – № 3. – С. 294.
6. Чекман І.С. Клінічна фітотерапія. Природа лікує / – К: Чекман І.С. Рада, 2000. – 510 с.

## СТАТЕВІ РОЗБІЖНОСТІ ЗВ'ЯЗКІВ СОНОГРАФІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ З ПОКАЗНИКАМИ БУДОВИ І РОЗМІРІВ ТІЛА В ПЕРШОМУ ЗРІЛОМУ ВІЦІ

ГНЕННА В. О.

*асистент кафедри гістології*

*Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова  
м. Вінниця, Україна*

Варіабельність окремих органів і систем позначається на мінливості всього організму, в тому числі і на його антропометричних показниках, тобто типові особливості різних ділянок тіла мають певну ступінь кореляції з варіантною анатомією внутрішніх органів в межах цих ділянок [2, с. 43; 5, с. 472]. Відомості про мінливість морфометричних характеристик щитоподібної залози у дорослих чоловіків і жінок з урахуванням їх взаємозв'язку з антропометричними параметрами складають особливий практичний інтерес, оскільки вони можуть служити критерієм, що забезпечує інтерпретацію даних клінічного обстеження та оптимізацію оперативно-технічних завдань [6, с. 7-8; 7, с. 36].

Доведено існування кореляційних зв'язків об'єму щитоподібної залози із зростом [9, с. 457-458; 3, с. 23], масою тіла і площею поверхні тіла [3, с. 23; 4, с. 84; 10, с. 262; 1, с. 25], ТШЖС, обхватами плеча, голілки, формою грудної