



Recommendations on Physical Activity for adults in the United States provide at least 150 minutes of moderate intensity exercise a week. Regular practice of physical activity appropriate levels among adults have the following positive effects on health: to reduce the risk of hypertension, coronary heart disease, stroke, diabetes, breast cancer and colon cancer, depression and risk of falls; help to strengthen bones and improve functional health; is the main determinant of energy expenditure and therefore fulfill a crucial role in energy metabolism and maintaining proper weight. The term "physical activity" should not be confused with "physical exercise". Exercise is one of the subcategories of physical activity, covering a planned, structured and repetitive physical activity aimed at improving or maintaining one or more components of physical fitness. In exercise physical activity also includes other types of active body movements, carried out during the Games, working, active transportation, household chores, and recreation and entertainment.

Modification of lifestyle is a priority in the treatment of hypertensive patients according to the recommendations of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC) in 2013. Clinical studies show that to reduce blood pressure changes in lifestyle can be equivalent efficacy the drug alone and able to safely and effectively prevent the development of hypertension or delay the use of drug therapy, to prevent, if necessary, the use of it by patients with hypertension 1- degree. In addition to effects blood pressure reduction, lifestyle changes contribute to the control of other factors of cardiovascular risk and clinical conditions. In the recommended approach to lifestyle changes regular exercise are envisaged, for example, at least 30 minutes of moderate physical activity within 5 - 7 days a week. Moderate aerobic exercise are walking, jogging, cycling, swimming.

The awareness of the need to maintain health on a personal level can reduce the incidence of complications and prevent diseases.

Сенюк Б.П., Борейко Л.Д.,* Юрнюк С.В.**

ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ "ГЕПАНАЗЕ" НА МОТОРНУ ФУНКЦІЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*
Кафедра судової медицини та медичного права**
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Фітотерапевтичні лікарські засоби за останні роки стали займати вагомим місцем в комплексній терапії захворювань внутрішніх органів, зокрема при патології гепатобіліарної зони. Рослинні лікувально-профілактичні препарати є більш біодоступні людському організму, ніж будь-які синтетичні види ліків. Вони надійно активують самотепегічні властивості організму людини, рідше дають ускладнення.

Метою дослідження було вивчення впливу препарату "Гепаназе" на моторику жовчного міхура у хворих на хронічний некаменевий холецистит в «гострих» клінічних дослідженнях за допомогою фармакодинамічної ехохолестистографії та при курсовому лікуванні.

Контрольні виміри об'єму жовчного міхура проводили кожні 10 хвилин впродовж 1-1,5 год. Об'єм жовчного міхура визначали за формулою G. T. Everson (1980), ефективність моторики міхура оцінювали за коефіцієнтом скорочення (КС).

Групу хворих склали 48 пацієнтів на хронічний некаменевий холецистит. Препарат "Гепаназе" в "гострих" клінічних дослідженнях призначали по 2 капсулі та по 1 капсулі тричі на добу під час їжі впродовж 21 дня при курсовому лікуванні. До складу вказаного препарату входять: екстракт плодів росторопши плямистої, кукурудзяні рильця і квіти календули лікарської.

За допомогою фармакодинамічної ехохолестистографії під впливом препарату "Гепаназе" відмічали холестистокінетичний ефект різного ступеня вираженості. Так, у пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура максимальне скорочення відбувалося на 50-60 хвилині (КС – 56,4±7,9 % p < 0,05).

У випадку гіпотонічної дисфункції максимальне скорочення жовчного міхура наступало на 20-30 хвилині і було нестривалим у часі. Аналіз ультрасонографічних даних органів черевної порожнини підтвердив позитивний ефект курсового лікування препаратом "Гепаназе" (зменшення розмірів печінки на 1-2см, зниження її ехогенності, відновленням розмірів жовчного міхура, значне зменшення осаду в порожнині жовчного міхура).

Оцінку переносимості препарату "Гепаназе" проводили, аналізуючи суб'єктивні симптоми і відчуття хворих у процесі лікування, об'єктивні дані та результати загальноклінічних досліджень. Негативних побічних реакцій не було, переносимість вказаного лікувального засобу була доброю.

Таким чином, препарат "Гепаназе" у хворих на хронічний некаменевий холецистит забезпечує гепатопротекторний ефект і відновлює порушену моторну функцію жовчного міхура і жовчовидільних шляхів, володіє спазмолітичною дією, що обґрунтовує його призначення даній категорії хворих.



Сидорчук Л.П., Урсуляк Ю.В., Яринич Ю.М., Соколенко А.А.

АСОЦІАЦІЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕПВ АСЕ (I/D) ТА ENOS (894G>T) ІЗ СИСТЕМНОЮ ЗАПАЛЬНОЮ ВІДПОВІДдю, ДИСФУНКЦІЮ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА, ЗМІНИ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ

*Кафедра сімейної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Метою дослідження було проаналізувати динаміку гуморальних факторів ендотеліальної дисфункції (sVCAM-1, сумарних метаболітів NO) і системної запальної відповіді – С-реактивного протеїну (СРП) у хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ) під впливом лікування з урахуванням поліморфізму генів апгіотензин-перетворювального ферменту (АСЕ, I / D) і ендотеліальної синтази окиду азоту (eNOS, T894G).

Скринінг пройшло 102 хворих на гострий інфаркт міокарда (ГІМ). Серед пацієнтів 92 (90,2%) – із Q-ІМ і стійкою елевациєю сегмента ST, 10 (9,8%) – із Q-ІМ без елевациї сегмента ST. Жінок 15 (14,7%), чоловіків 87 (85,3%); середній вік – 60,7±4,25 року (від 22 до 83 років). Клінічний діагноз ГІМ встановлювали на підставі даних клінічних, ЕКГ і біохімічних досліджень, біомаркерів пошкодження міокарда – тропоніну-Т (сТнТ), відповідно до ліочих рекомендацій. Сумарні стабільні метаболіти оксиду азоту (NO₂- і NO₃-) і sVCAM-1 визначали в плазмі крові хворих на ГІМ: метаболіти NO – калориметричним методом (Assay Kit), sVCAM-1 – методом ІФА. Вміст СРП вивчали в сироватці, методом ІФА (ELISA). Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб, які не були в родинних стосунках із хворими, без вірогідних відміщостей за статевим розподілом. Дослідження алелей поліморфних ділянок генів АСЕ (I/D) та eNOS (T894G) проводили методом якісної полімеразної ланцюгової реакції на ампліфікаторі «Amply-4L». Статистичну обробку проводили за допомогою прикладних програм MS® Excel® 2003™, Primer of Biostatistics® 6.05 та Statistica® 7.0 (StatSoft Inc., США). Достовірність даних для незалежних вибірок вираховували із застосуванням двовибіркового t-критерію Student, для залежних – парного t-критерію Student. Різницю вважали достовірною при p<0,05.

Медикаментозна базова терапія включала у дослідження хворих на ГІМ протягом усього періоду спостереження проводилась відповідно до діючих вітчизняних протоколів. 50 хворих отримали тромболітичну терапію (ТЛТ) альтаплазую, або стрептокіназою за схемами призначення для даних препаратів. Тривалість спостереження склала 12 місяців і 2-3 тижні.

Наявність у хворого Q-ІМ супроводжується зростанням гуморальних маркерів пошкодження ендотелію (sVCAM-1, сумарних стабільних метаболітів NO) і занахненням СРП на 18,6-47,1%, що посилюється при нижчій локалізації ІМ (за вмістом sVCAM-1 – на 33,8%). DD-гепотип гепА АСЕ і TT-гепотип гепА eNOS асоціюють із більш високими рівнями sVCAM-1 і СРП на 19,1-40,8% (p<0,001), а також метаболітів NO у носіїв TT-генотипу на 23,7% (p<0,05), що додатково засвідчує вагомішу ендотеліальну дисфункцію внаслідок надлишкового синтезу пітрит-аніону і відсутності адекватної компенсаторної відповіді коронарних судин. Підвищення sVCAM є потенційним фактором ризику Q-ІМ (OR=4,51, p<0,05), незалежно від його локалізації та черговості виникнення. Зростання метаболітів NO збільшує ризик ІМ у 4,43-4,80 рази (p<0,05), незалежно від його виду, розташування і черговості. СРП підвищує ризик появи Q-ІМ у 2,16 рази (OR=3,75, p<0,05), по передній стінці міокарда ЛПН – у 2,77 рази (OR=7,79, p<0,05), первинного виникнення – в 2,08 рази (OR=3,44, p<0,05).

Комплексна терапія ІМ сприяла достовірному зменшенню гуморальних маркерів дисфункції ендотелію та запалення через 27-28 днів лікування в 1,4-2,3 рази, через 6 місяців спостереження – в 1,5-2,0 рази. Застосування ТЛТ сприяло додатковому достовірному зниженню токсичних рівнів метаболітів NO на 17,2%. Наявність DD-гепотипу гепА АСЕ асоціює з достовірною більшим зменшенням рівнів sVCAM-1 і СРП під впливом лікування, як на 28 добу в стаціонарі, так і через 6 місяців спостереження (краще на тлі ТЛТ); у носіїв T-алеля гена eNOS рівень sVCAM-1 на тлі ТЛТ знизився на 30,7-31,2%. Вміст метаболітів NO зменшився сильніше після лікування з використанням ТЛТ у носіїв D-алеля гепА АСЕ (на 39,1% і 35,2%) і не залежав від алельного стану гена eNOS.

Сіцінська І.О., Федів О.І.

ЗАГАЛЬНИЙ КОАГУЛЯЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ КРОВІ У ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ПОЄДНОЇ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ І ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТИПУ 2

*Кафедра внутрішньої медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Пептична виразка (ПВ) залишається однією з найпоширеніших позологічних форм сучасної гастроентерології - показник захворюваності становить 38,4 % серед дорослого населення. Тривала втрата працездатності, зумовлена рецидивуючим перебігом, значна частота розвитку ускладнень (10-15 %), інвалідизація хворих роблять проблему ПВ однією з важливих соціально-економічних проблем. Останнім часом збільшилася частота поєднаної патології пептичної виразки шлунка (ПВП) та дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК) із захворюваннями інших органів і систем, зокрема серцево-судинної (ССС) і ендокриної. Так, майже 88 % пацієнтів із захворюваннями органів травлення виявляють супутні захворювання з боку ССС (у 22 % - артеріальну гіпертензію (АГ)), та ендокриної (близько 75% - цукровим діабетом типу 2 (ЦД2)). Поєднання