



оптимального комплексу вітамінів групи В: октогіаміну, піридоксину гідрохлориду, рибофлавіну та ціанкобаламіну.

Було обстежено 32 хворих на ХТГ з мінімальною активністю віком від 31 до 58 років з тривалістю захворювання 6-9 років та 10 практично здорових осіб відповідного віку. Основну групу склали 17 осіб, які на фоні базисної терапії отримували препарат Нейровітан по 1 таблетці 3 рази на добу. Групу порівняння склали 15 пацієнтів, які отримували базисне лікування. Тривалість лікування склала 3 тижні.

На початку лікування у всіх пацієнтів визначався астеновегетативний синдром, який проявлявся загальною слабкістю, підвищеною втомою, депресією, головним болем, порушенням сну. Диспептичний синдром спостерігався у 85,2% і проявлявся відрижкою, сухістю та гіркотою в роті, важкістю в епігастральній ділянці після їжі, вздуттям живота. Зниження маси тіла спостерігалось у 11,4% пацієнтів, атрофія м'язів у 14,7%. У всіх пацієнтів до лікування спостерігались наступні біохімічні зміни крові: підвищення активності АлАТ до $1,76 \pm 0,06$ ммоль/гхл, АсАТ до $0,97 \pm 0,03$ ммоль/гхл; загального білірубіну до $38,7 \pm 5,2$ мкмоль/л, переважно за рахунок прямої фракції. Одночасно спостерігається підвищення показників тимолової проби до $6,2 \pm 0,34$ од на фоні незначної гіпоальбумінемії $47,2 \pm 0,43\%$ та гіпермагглобулінемії.

Позитивний ефект від лікування був отриманий в обох групах. Але в першій групі він в середньому спостерігався на 5-7 днів раніше і проявлявся в першу чергу регресом деяких клінічних симптомів: зменшенням загальної слабкості, апатії, покращенням сну. Під кінець лікування різниця між групами мала вірогідний характер ($p < 0,05$). На фоні прийому Нейровітану порівняно з контрольною групою вже на 7 день лікування вірогідно зменшувались прояви диспепсії - зменшились скарги на нудоту, гіркоту та сухість в роті, вздуття живота ($p < 0,05$).

При аналізі біохімічних показників крові в обох групах було встановлено зниження показників АсАТ, АлАТ від початкових ($p < 0,05$), але більш суттєве в основній групі порівняно з контрольною. Так активність АлАТ в основній групі знизилась до $0,98 \pm 0,06$ ммоль/гхл, АсАТ до $0,67 \pm 0,04$ ммоль/гхл ($p < 0,05$); в контрольній групі у динаміці лікування вірогідно знижувалась тільки активність АлАТ. При цьому статистичної різниці між групами не було виявлено. Вірогідно знизилась та досягли норми показники пігментного обміну та тимолової проби в обох групах хворих. Показники протеїнограми відновились у пацієнтів основної групи вже на 14 день, що вірогідно відрізнялось від пацієнтів контрольної групи ($p < 0,05$).

Таким чином, використання в комплексному лікуванні пацієнтів з хронічним гепатитом токсичної етіології комплексних вітамінних препаратів групи В, зокрема Нейровітану, є ефективним доповненням до базисного лікування даної патології, що позитивно впливає як на клінічний перебіг так і на показники цитолітичного синдрому та білкового обміну.

Квасницька О.Б.

ЧАСТОТА ВИНИКНЕННЯ ГАСТРОПАТІЙ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ПРИ ЛІКУВАННІ ОСТЕОАРТРОЗУ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) - дуже важливий аспект у лікуванні хворих на остеоартроз, оскільки ці препарати виявляють протизапальну та знеболювальну дію і, як правило, призначаються на тривалий час – упродовж місяців і років. Це спричинює розвиток низки побічних ефектів, особливо з боку травного тракту. Частота розвитку ерозій і виразок у таких пацієнтів становить 10–30%, що значно вище середньої частоти цієї патології в популяції людей, що не приймають НПЗП. Літній вік є найбільш значимим фактором ризику. В процесі старіння ризик зростає лінійно на 4% щороку. Частота гастропатій у пацієнтів літнього віку, які приймають НПЗП, перевищує частоту ерозій і виразок у хворих гастроентерологічного профілю. У літніх людей є схильність не тільки до швидкого виникнення (протягом перших 30 днів) НПЗП-гастропатії, але і до швидкого розвитку її ускладнень – кровотеч і перфорацій

Метою дослідження було виявити вплив різних препаратів із групи НПЗП на верхні відділи шлунково-кишкового тракту (ШКТ) у осіб похилого та старечого віку при лікуванні остеоартрозу в перший місяць лікування.

Обстежено 39 хворих у віці від 65 до 79 років з остеоартрозом. В анамнезі у пацієнтів була відсутня патологія з боку ШКТ, а також відсутні клінічні та ендоскопічні дані, які свідчать про патологію верхніх відділів ШКТ на момент обстеження. Всі пацієнти були поділені на три групи: 1 група-12 пацієнтів які отримували неселективний інгібітор ЦОГ-2 диклофенак, 2 група-14 пацієнтів, які отримували селективний інгібітор ЦОГ-2 моваліс, 3 група – 13 пацієнтів, які в схемах лікування не отримували НПЗП. Лікування тривало протягом 1 місяця. Всім пацієнтам до та після лікування проводилась ГДФС, та всі були проконсультовані гастроентерологом.

Результати дослідження показали, що у пацієнтів 3 групи в 30,7% випадків під кінець лікування були виявлені зміни слизової оболонки шлунка, які не пов'язані з прийомом НПЗП та клінічно нічим не проявлялись. В 1-й групі препарати НПЗП викликали запальні, ерозивні та виразкові зміни слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки у всіх пацієнтів, а в 2-й – у 71,4% пацієнтів. У 5 пацієнтів, які отримували диклофенак були виявлені ознаки кровотечі з виразкових дефектів.



Таким чином, проведення базисної медикаментозної терапії у пацієнтів похилого та старечого віку з остеоартрозом може призвести до пошкодження слизової оболонки гастродуоденальної зони, що часто носить безсимптомний характер. Призначення НПЗП у даної категорії пацієнтів, навіть селективної дії і при нетривалому застосуванні, збільшує ризик розвитку гастро- та дуоденопатії і потребує одночасного призначення лікарських засобів із цитопротекторною дією.

Кушнір Л.Д., Багрій В.М.

ЕТИОПАТОГЕТИЧНЕ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ЛІКУВАННЯ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

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

Мета дослідження - удосконалити методику диференційованого лікування залежно від виявлених порушень і наявності *Helicobacter pylori* у хворих на ерозивно-виразкові ураження шлунка та дванадцятипалої кишки з хронічним обструктивним захворюванням легень.

Обстежено такі групи хворих: 1) хворі на НР-негативні ЕВУЩДПК на тлі ХОЗЛ (I група) - 38; 2) хворі на ХОЗЛ (II група) - 25; 3) хворі на НР-асоційовану ПВ шлунка та ДПК, поєднану з ХОЗЛ (III група) - 40; 4) хворі на НР-асоційовану ПВ шлунка та ДПК (IV група) - 30; 5) практично здорові особи (V група) - 35.

У результаті проведеного дослідження виявлено: вміст стабільних метаболітів NO (нітритів, нітратів) у плазмі крові при ЕВУЩДПК у хворих на ХОЗЛ: I група - 11 мкмоль/л; II група - 17 мкмоль/л; III група - 9 мкмоль/л; IV група - 13 мкмоль/л; V група - 24 мкмоль/л. Вміст ІЛ-6 (пг/мл) у плазмі крові при ЕВУЩДПК у хворих на ХОЗЛ: I група-4; II група- 2,8; III група - 5,9; IV група - 3; V група - 1,9. Вміст ІЛ-10 (пг/мл) у плазмі крові при ЕВУЩДПК у хворих на ХОЗЛ: I група-22 ; II група- 15 ; III група - 30; IV група - 18; V група - 9. За даними результатів було зроблено розподіл обстежених хворих з НР-негативними ЕВУЩДПК на тлі ХОЗЛ залежно від проведеного лікування : IA група - базисна терапія + амлодипін (нормодипін) - по 5 мг на добу перорально впродовж 4 тижнів (БТ+А) - 8 хворих; IB група - базисна терапія + ребаміпід (мукоген) - по 100 мг 3 рази на добу перорально впродовж 4 тижнів (БТ+Р) - 7 хворих; IC група - базисна терапія + амлодипін (нормодипін) - по 5 мг на добу + ребаміпід (мукоген) - по 100 мг 3 рази на добу впродовж 4 тижнів (БТ+А+Р) - 10 хворих; ID група - базисна терапія - 19 хворих. Розподіл обстежених хворих на НР-асоційовану ПВ шлунка та ДПК, поєднану з ХОЗЛ, залежно від проведеного лікування: IIIA група - альтернативна антигелікобактерна терапія - рабепразол, амоксицилін, левофлоксацин + амлодипін (нормодипін) + ребаміпід (мукоген). IIIB група - альтернативна антигелікобактерна терапія (рабепразол, амоксицилін, левофлоксацин). IIIV група - стандартна антигелікобактерна терапія - рабепразол, амоксицилін, кларитроміцин.

Отже, отримані дані в процесі лікування свідчать про виникнення НР-негативних ЕВУЩДПК та НР-асоційованої ПВ шлунка та ДПК у хворих на ХОЗЛ, характеризується істотним зменшенням вмісту NO (на 50% і 62% відповідно) як важливого показника функціонального стану ендотелію, підвищенням рівнів VEGF (в 2,8 і 3,4 рази), прозапальних цитокінів ІЛ-1 β (в 2,3 і 3,1 рази), ІЛ-6 (в 2,2 і 3,2 рази) та вираженого компенсаторного підвищення рівня протизапального ІЛ-10 (в 2,4 і 3,4 рази) в плазмі крові.

Лукашевич І.В.

ПРОФІЛАКТИКА УРАЖЕНЬ ГЕПАТО-БІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ В ПОХИЛОМУ ТА СТАРЕЧОМУ ВІСІ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Для пацієнтів з ішемічною хворобою серця (ІХС) похилого та старечого віку характерний розвиток поліморбідності системного та судинного характеру. Близько 90% таких пацієнтів мають ураженням гепато-біліарної системи. Тому вибір препаратів раціональної медикаментозної профілактики цієї патології є надзвичайно актуальним.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності включення препарату „Антраль” (трис[N(2,3-диметилфеніл) антранілато] алюміній) в комплексну терапію хворих на ІХС літнього та старечого віку з метою профілактики уражень гепатобіліарної системи.

Обстежено 28 хворих на ІХС та серцеву недостатність ФК II-III віком від 61 до 75 років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні. За даними амбулаторних карт та поточного клініко-інструментального і біохімічного обстежень у 27 (96,4%) пацієнтів було виявлено хронічний холецистит (некалькульозний, калькульозний), у 18 (64,3%) - стеатогепатоз, у 2(7,1%) - хронічний гепатит і у 11 (39,3%) - поєднана патологія гепатобіліарної системи. 18 пацієнтів, які склали основну групу, до стандартного комплексу лікування додатково отримували «Антраль» по 0,6 г на добу впродовж 28 днів. Хворі групи контролю (10 осіб) отримували тільки стандартний комплекс лікування.

Після закінчення стаціонарного курсу лікування пацієнти обох груп відмічали суттєве покращення самопочуття, у більшості зникли скарги з боку основного захворювання. Проте пацієнтів групи контролю продовжували турбувати періодичні болі в правому підребер'ї, нудота. Крім того, відмічались і позитивні