



Метою роботи було виявити клінічні особливості пептичної виразки шлунка (ПВШ) та дванадцятипалої кишки (ПВДПК) у поєднанні з АГ і ЦД типу 2 з урахуванням гену *cagA* інфекції *H.pylori*.

Аналіз клінічної картини захворювання дозволив виявити найбільш характерні для хворих з поєднаною патологією особливості перебігу: поліморфізм клінічних проявів, важкість і тривалість больового синдрому, втрата характерного для пептичної виразки ритму виникнення болю, значне підсилення і постійність диспепсичних явищ, розлади випорожнень (переважно закрепи), метеоризм (табл.)

Таблиця

Особливості клінічного перебігу пептичної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки при наявності *cagA* *H.pylori* у поєднанні з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2. %.

Основні симптоми	ПВШ (n= 17)	ПВДПК (n= 11)	ПВШ із АГ і ЦД 2 (n= 13)	ПВДПК із АГ і ЦД 2 (n= 9)
	<i>cagA</i> +	<i>cagA</i> +	<i>cagA</i> +	<i>cagA</i> +
Больовий синдром	17 (57,89%)	11 (57,89%)	13 (38,24%)	9 (34,62%)
Локалізація:				
- епігастрій	9 (30%)	1 (3,33%)	10 (29,41%)	2 (7,79%)
- навколо-пупкова зона	4 (13,33%)	-	1 (2,94%)	1 (3,85%)
- праве підреб'я	-	7 (38,89%)	-	3 (11,54%)
Характер:				
- ниючі, тупі	13 (43,33%)	11 (61,11%)	8 (23,53%)	8 (30,77%)
- колючі, різучі	-	-	-	-
- зменшення болю після їжі	14 (46,67%)	9 (50%)	7 (20,59%)	7 (26,92%)
Диспепсичний синдром:				
- зміна апетиту	12 (40%)	9 (50%)	11 (32,35%)	6 (23,07%)
- нудота	-	-	12 (35,29%)	4 (13,58%)
- печія	9 (30%)	9 (50%)	7 (20,58%)	8 (30,77%)
- відрижка	4 (13,33%)	4 (22,22%)	5 (14,71%)	3 (11,54%)
- блювота	-	-	-	-
Астено-вегетативний синдром:				
- емоційна лабільність	12 (40%)	7 (38,89%)	12 (35,29%)	6 (23,07%)
- пітливість	4 (13,33%)	4 (22,22%)	10 (29,41%)	4 (13,58%)

Примітка: % - від загальної кількості хворих відповідно до групи

Таким чином, вплив гену *cagA* *H.pylori* обтяжує перебіг захворювання та призводить до згладження клінічної картини у хворих на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки у поєднанні артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом типу 2.

Хухліна О.С., Ляхович О.Д.

### ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ЗА КОМОРИДНОСТІ ОСТЕОАРТРОЗУ ТА ОЖИРІННЯ НА ФОНІ ПРИЗНАЧЕННЯ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

За даними National Health and Nutrition Examination Survey (NHANE), остеоартроз (ОА) – найбільш поширене та інвалідизуюче захворювання суглобів у світі. ОА вдвічі частіше розвивається при надмірній масі тіла, індекс маси тіла (ІМТ) >27 кг/м<sup>2</sup> підвищує ризик ОА на 15% (Шуба Н.М. та співавт., 2012). Невід'ємна частина при лікуванні хворих на ОА – нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) (Королев А., 2000; Насонова В.А., Насонов Е.Л., 2003; Коваленко В.М., Шуба Н.М., 2004; Мороз Г.З., 2004).

Метою дослідження було встановлення клінічних особливостей ураження печінки на тлі остеоартрозу та ожиріння залежно від призначеного НПЗП.

Обстежено 60 хворих на ОА колінних суглобів із ожирінням II-III ступеня, серед яких упродовж 2 тижнів 12 хворих отримували німесулід (група 1); 12 хворих отримували мелоксикам (група 2); 12 хворих отримували диклофенак (група 3); 12 хворих отримували ібупрофен (група 4); 12 хворих отримували парацетамол (група 5); групу контролю склали 20 практично здорових осіб (ПЗО). Вік хворих становив від 51-78 років.

За умов розвитку РС у хворих на ОА та ожиріння на тлі призначення НПЗП упродовж двох тижнів виникли класичні симптоми медикамент-індукованого гепатиту із зростанням активності амінотрансфераз: АсАТ у межах 35 - 67% (p<0,05), АлАТ - на 25 - 30% (p<0,05), із зростанням коефіцієнта де Рітіса в межах 1,2-1,5 рази (p < 0,05), явищ холестазу, мезенхімального запалення, системних токсичних впливів (зростання активності ГГТ, p<0,05). Максимальний токсичний вплив на функціональний стан печінки у порядку зростання інтенсивності впливу на маркери цитолітичного синдрому справляли наступні препарати: ібупрофен, диклофенак, німесулід, парацетамол (p<0,05). Мелоксикам справив мінімальний гепатотоксичний вплив (p<0,05). Синдром холестазу розвинувся внаслідок впливу усіх досліджуваних НПЗП, із максимальними проявами холестазу у групі хворих, що отримували ібупрофен та диклофенак (p<0,05), помірними проявами: у групах хворих, що отримували німесулід, парацетамол, мелоксикам (p<0,05). Ступені активності мезенхімального запалення у печінці переважали у хворих на ОА, що отримували парацетамол, диклофенак, німесулід (p<0,05), помірні прояви - у групах хворих, що отримували мелоксикам та ібупрофен (p<0,05).



Розвиток проявів недостатності білоксинтезувальної функції та порушення пігментного обміну спостерігалися внаслідок впливу усіх досліджуваних НПЗП ( $p < 0.05$ ) із максимальним пригніченням функцій печінки у групах хворих, що отримували німесулід, парацетамол, диклофенак ( $p < 0.05$ ).

Таким чином, максимальний гепатотоксичний вплив при призначенні упродовж 2-х тижнів хворим на ОА із РС на тлі ожиріння мали парацетамол, диклофенак, німесулід, ібупрофен, мінімальний – мелоксикам, який є рекомендованим до призначення за даної форми коморбідності.

**Чурсіна Т.Я., Міхалєв К.О.\***

### **КАТЕХОЛАМІНЗВ'ЯЗУВАЛЬНА ФУНКЦІЯ ЕРИТРОЦИТІВ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ТА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З ПОРУШЕННЯМ МЕТАБОЛІЗМУ ГЛЮКОЗИ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

*Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»*

*Державного управління справами (м. Київ)\**

Згідно з останніми епідеміологічними даними, поширеність есенціальної артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) в Україні та світі є високою і має тенденцію до зростання [Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2014; Roger V. et al., 2012; Mancía G. et al., 2013]. Перманентний вплив факторів ризику та неухильне зростання поширеності АГ, ІХС, цукрового діабету 2-го типу є патогенетичними компонентами серцево-судинного континууму (ССК) [Bonow R. et al., 2011; Dinh W. et al., 2011]. Коректний діагностичний підхід до АГ вимагає в рамках анамнезу пацієнта збору детальної інформації, проведення ретельного фізикального обстеження та лабораторних досліджень для виявлення супутніх факторів ризику, ураження органів-мішеней, порушень метаболізму глюкози.

Метою дослідження було встановити зв'язок катехоламінзв'язувальної функції еритроцитів (КЗФЕ) з порушенням метаболізму глюкози (ПМГ) та функціональним станом еритроцитів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією (АГ) та ішемічною хворобою серця (ІХС). У ретроспективному крос-секційному дослідженні включили 116 чоловіків середнього віку (60±9) років. АГ була у 110 (94,8%) пацієнтів. Клінічними формами ІХС, ознаки якої спостерігали у 79 (68,1 %) пацієнтів (73 випадки констеляції з АГ та 6 – ІХС без АГ), були наступні: стабільна стенокардія напруження – 50 пацієнтів; дифузний кардіосклероз – 13, постінфарктний – 16. Клінічні ознаки серцевої недостатності спостерігали у 29 пацієнтів (25,0 %). Реєстрували наступні типи ПМГ: порушення глікемії натще (ПГН) без порушення толерантності до глюкози (ПТГ) – 6 (5,2%) пацієнтів; ПТГ – 18 (15,5%); ЦД2 – 27 (23,3%). Визначали наступні показники функціонального стану еритроцитів: індекс деформабельності (ІДЕ) (у.о.); коефіцієнт відносної в'язкості еритроцитарної суспензії (КВЕС) (у.о.) та їх відношення (ІДЕ/КВЕС); і катехоламінзв'язувальна функція (КЗФЕ) (у.о.). Дані про ІДЕ/КВЕС були доступні у 103 (88,8%) пацієнтів (медіана [Ме] та міжквартильний інтервал [МКІ]: 0,44 [0,30-0,70]) (ІДЕ/КВЕС  $\geq$  Ме [n=52]; ІДЕ/КВЕС  $<$  Ме [n=51]). Відповідно до Ме ІДЕ/КВЕС, а також наявності ПМГ (ПГН, ПТГ і ЦД2), вибірка зі 103 пацієнтів була стратифікована на 4 кластери: К1 (ІДЕ/КВЕС  $\geq$  Ме [0,72 (0,63-0,99)]; немає ПМГ; n=26 [25,24%]); К2 (ІДЕ/КВЕС  $\geq$  Ме [0,67 (0,53-0,88)]; ПМГ; n=26 [25,24%]); К3 (ІДЕ/КВЕС  $<$  Ме [0,30 (0,18-0,34)]; немає ПМГ; n=30 [29,13%]); та К4 (ІДЕ/КВЕС  $<$  Ме [0,30 (0,24-0,36)]; ПМГ; n=21 [25,39%]). Дані представлені у вигляді Ме (МКІ). Кількісні показники порівнювали за допомогою непараметричного дисперсійного аналізу. Рівень статистичної значущості був  $p < 0,05$  з урахуванням поправки Бонферроні. Показник КЗФЕ був статистично значуще вищим серед пацієнтів з ПМГ порівняно з таким в осіб без порушення регуляції глікемії: 236,7 (184,3-312,2) у.о. проти 291,7 (218,6-332,2) у.о. ( $p=0,035$ ). Статистично значущих кореляційних зв'язків КАЗФ з ІДЕ, КВЕС та ІДЕ/КВЕС виявлено не було. Поряд з цим, КАЗФ була статистично значуще нижчою у К4 порівняно з К1, К2 і К3: 207,7 (120,0-265,9) у.о. проти 254,9 (196,4-318,0) у.о., 269 (205,7-318,8) у.о. і 297,6 (214,7-340,3) у.о., відповідно ( $p=0,036$ ; К4 проти К3:  $p=0,005$ ).

Таким чином, КЗФЕ знижується у пацієнтів з АГ, ІХС та ПМГ, зокрема за умови констеляції ПМГ з відносно гіршою величиною ІДЕ/КВЕС. Імовірно, ПМГ є додатковим патогенетичним чинником порушення стану мембрани еритроцитів (у вигляді зниження її здатності депонувати катехоламіни) за умови погіршення їх функціональних властивостей, що потребує подальших досліджень. Функціональний стан мембрани еритроцита є потенційним об'єктом фармакологічного впливу, спрямованого на покращання мікроциркуляції у пацієнтів з АГ та ІХС.

**Шумко Г.І.**

### **МОЖЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЛАЗЕРОТЕРАПІЄЮ ТА АНТИОКСИДАНТАМИ ПОРУШЕНЬ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ В ОСІБ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених різним аспектам БА, багато питань розвитку цього захворювання залишаються не вивченими. Метою дослідження є визначити деякі показники імунітокінового профілю осіб молодого віку, хворих на БА та провести комплексне лікування виявлених порушень. Обстежено 76 хворих на бронхіальну астму та 36 хворих на гострий бронхіт на фоні частих гострих