



Таким чином, проведення базисної медикаментозної терапії у пацієнтів похилого та старечого віку з остеоартрозом може призвести до пошкоджень 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 ЕВУШДПК 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 ЕВУШДПК 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 ЕВУШДПК 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 ЕВУШДПК 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 ЕВУШДПК на тлі ХОЗЛ залежно від проведеного лікування : IA група - базисна терапія + амлодіпін (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 + амлодіпін (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 + амлодіпін (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 ЕВУШДПК 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 $\beta$  (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 ВІЦІ**

*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 (нескалькульозний, калькульозний), у 18 (64,3%) етсатогепатоз, 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 підребр'ї, нудота. Крім того, відмічались і позитивні



біохімічні зміни крові: концентрація глюкози, рівень загального і прямого білірубину, холестерину та тригліцеридів до лікування були вищими порівнюючи із здоровими, та майже не відрізнялися між основною та контрольною групою. Стандартне лікування призводило лише до незначного зменшення досліджуваних показників, а додаткове призначення препарату «Антраль» в комплексному лікуванні призводило наближення параметрів плазми крові до норми. Активність АСТ, АЛТ, ЛДГ(заг.), ГГТП в основній групі після проведеного лікування також наближалася до нормального рівня, що свідчить про мембранстабілізуючу та імунокорегуючу дію препарату «Антраль». Значення вмісту в плазмі крові сечової кислоти, альбуміну, загального білку, сечовини, кальцію, заліза, неорганічного фосфору коливалися в межах норми як за стандартного лікування, так і з включенням в комплексне лікування препарату «Антраль». При ультразвуковому дослідженні основної групи осіб після лікування розміри печінки наближалися до норми, зберігалася підвищена ехогенність печінки та гетерогенність паренхіми, але зменшилось дорзальне поглинання ехосигналу, зменшилась товщина стінки жовчного міхура, чітко візуалізувалися судини системи ворітної вени з гетерогенними стінками.

Таким чином, включення препарату «Антраль» в комплексне лікування ІХС пацієнтів похилого та старечого віку запобігає розвитку ускладнень з боку гепатобіліарної системи.

**Микитюк О.П.**

### **ХРОНОРИТМОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ І ПРОГРЕСУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ ЛЮДИНИ**

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

Практично кожна функція людського тіла виявляє циркадіанний ритм з визначними точністю й стабільністю у здорових індивідів, тому циркадіанна фізіологія важлива для здоров'я та визначає вік-асоційовану захворюваність. Шишкоподібна залоза важлива у регуляції старіння – з віком пригнічується її секреторна активність зі зниженням нейроендокринних та метаболічних взаємодій, що супроводжується втратою координації між взаємозалежними периферійними осцилюючими системами та втраті керуючої функції центральною, розбалансуванням (дисфазія), і експоненціальним збільшенням ймовірності захворюваності.

Ріст та моделювання суглобового хряща в молодому віці виявляє чіткий циркадіанний ритм. Проліферація хондроцитів людини, диференціація є активнішими вночі (фаза спокою). Попередні висновки щодо значимості добових ритмів у зменшенні оксидативного стресу отримано при вивченні зв'язку вільнорадикальних процесів та стану хроногенів. Важлива участь CLOCK-гена в регуляції вільнорадикального статусу. Гіперактивність вільно радикальної модифікації макромолекул з пошкодженням структури ряду білків сполучної тканини аж до порушення тканинної цілісності та за недостатньої компенсаторної активації антиоксидантних ензимів спостерігали в чутливих органах сірійських хом'ячків із подібною короткоперіодовою мутацією tau. Допускають існування зворотного зв'язку в системі мелатонін-ритмічність-оксидантні процеси: засоби, що індукують вільнорадикальні процеси, пригнічують утворення мелатоніну та вторинно впливають на ритмічність.

G. Labrecque та ін (1982) виявили добові особливості прояву запальної реакції. Механізм циркадіанних варіацій швидкості та інтенсивності розвитку її пов'язують зі змінами систем медіаторів судинної фази запалення (гістамін, брадикінін). Описаний циркадіанний ритм простагландину E2 у плазмі та хрящі шурів із вищим вмістом у обідньо-вечірній годині. Чутливість тканини до прозапального агента теж варіює залежно від години дня та пори року. Час-залежні зміни постачання крові до місця розвитку запальної реакції також пояснюють наявність ритму інтенсивності її розвитку. Периферійний кровообіг виражений вночі і найнижчий вранці, а в'язкість крові – протифазна. Важливою є нестачість міграції поліморфно-ядерних клітин у патологічне вогнище - Bureau та ін.(1984) виявили, що вона більша в 5.00-9.00 порівняно із вечірнім періодом, проте, детальний механізм цього не розкритий. Існує добова та сезонна варіабельність факторів, що є визначальними в розвитку та підтримці запалення - мРНК інтерлейкіну-1 $\beta$ : він сягає пікових значень у гіпоталамусі, гілокампі і корі головного мозку за освітлення, далі дещо зменшується, залишаючись незначною упродовж темної фази. Плазмові рівні та ІЛ-1 $\beta$ -продукуюча здатність моноцитів людей максимальні з настанням сну. Вміст тумор-некротизуючого фактору  $\alpha$  у крові здорових людей виявляє два піки – о 7.30 і 13.30. Секреція цих речовин зростає з неспанням, а також прогресивно збільшується з віком.

Антианальгетична система також організована ритмічно. Ендогенні опіюїдні пептиди мають циркадіанний ритм в плазмі й мозку: пікові значення  $\beta$ -ендорфіну та енкефалінів спостерігають наприкінці фази спокою і на початку активності. (G. Labrecque, 1997). Наслідком є те, що больова чутливість у нічний час здебільшого вища за таку у денний. Важливим фактором порушення якості життя за ОА є розлади сну, що супроводжують нічний больовий синдром. Старші за віком особи, що за звичайних для них умов мали порушення сну вночі, виявляли вищі середньодобові рівні означених цитокінів

Отже, ритмічність факторів, що визначають розвиток патологічних станів, і часової організації організм-мішеней патологічного процесу зумовлює варіабельність суб'єктивних та об'єктивних клінічних проявів захворювань.