



Етап скринінгу пройшло 60 хворих на ревматоїдний артрит за наявної інформованої згоди пацієнта про участь у дослідженнях та 20 практично здорових осіб. Середній вік пацієнта склав $(46,23 \pm 11,17)$ років. Тривалість захворювання коливалась від 1 до 32 років $(11,75 \pm 6,43)$. Дослідження T-786С поліморфізму гена eNOS проводили із застосуванням методу ПЛР у державному закладі «Референс-центр» з молекулярної-генетичної діагностики МОЗ України м. Київ. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою комп'ютерних програм Microsoft Excel 2007 та IBM SPSS Statistics® 23.0.

Нами було проведено всім пацієнтам 30-денне базисне лікування ревматоїдного артриту у вигляді метотрексату 7,5-10 мг/тиждень залежно від ступеня активності захворювання, фолієвої кислоти 5мг/тиждень, метилпреднізолону 4-12 мг/добу та корекція супутньої патології, зокрема артеріальної гіпертензії, абдомінального ожиріння та цукрового діабету типу 2 шляхом застосування статину – розувастатин у дозі 10-20 мг на добу, телмісартан (блокаторів рецептора ангіотензину –II) у дозі 80 мг 1 раз на добу під контролем тиску та L-аргінін аспарат у дозі 5 мл 3 рази на добу. Під впливом лікування вміст гострофазових показників запалення зазнавав суттєвих змін. СРБ у носіїв несприятливого СС-генотипу після лікування знижувався на 30,74 % ($p=0,002$), однак перевищував аналогічний показник у власників ТТ-генотипу в 1,83 рази ($p<0,001$), а у носіїв ТС-генотипу в 1,22 рази ($p<0,05$). Незважаючи на позитивну динаміку СРБ у контрольній групі був нижчий в 4,30-7,86 рази. При оцінці вмісту РФ, було виявлено його зниження у носіїв ТТ-генотипу на – 49,66 % ($p<0,001$), ТС – 26,46 % ($p<0,001$) та СС – 29,75 % ($p<0,001$). АСЛ-О після лікування вірогідно зменшився у всіх генотипах аналізованого гена зі статистично значимою різницею у власників Т-алеля на 14,07% ($p_{TT}=0,019$) і 21,44 % ($p_{TC}<0,001$), без статистично значимої переваги у носіїв СС генотипу ($p>0,05$). Встановлено, що рівні серомукоїда та сіалового тесту знизились із достовірно значимою перевагою у носіїв СС-генотипу на 19,52% ($p<0,05$) і 24,56 % ($p<0,05$), у носіїв ТТ-генотипу на 13,84 % ($p<0,001$) і 18,71 % ($p<0,001$) та ТС-генотипу на 18,49 % ($p<0,001$) і 22,89 % ($p<0,001$) відповідно. Рівень показника ранньої діагностики РА антитіла до циклічного цитрулінового пептиду (АЦЦП) знижувався лише серед носіїв ТТ-генотипу на 10,79 % ($p<0,05$).

Отже, отримані результати свідчать про доцільність комплексного підходу до лікування РА та необхідність його проведення при наявності коморбідної патології та у носіїв мутантного СС-генотипу, які відносяться до групи з високим ризиком виникнення ускладнень. Чим раніше вона буде проведена тим вища ефективність лікування, нижчий ризик розвитку ускладнень, кращий прогноз та якість життя пацієнта.

Васюк В.Л.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОКОМПЛЕКСУ «ІМУНО-ТОН» У ХВОРИХ НА РЕЦИДИВУЮЧИЙ СИНДРОМ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКУ З ЯВИЩАМИ ДИСБАКТЕРІОЗУ

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

Синдром подразненого кишечника (СПК) – є досить поширеним явищем (до 20% серед дорослого населення), додатком до численних захворювань внутрішніх органів та може мати спадкову схильність у окремих осіб незвичайний, впертий, часто рецидивуючий перебіг (Звягінцева Т.Д. і співавт., 2007). В таких випадках пацієнти впродовж ряду років відвідують різних лікарів з малоуспішною реалізацією призначеного лікування, починаючи від традиційних засобів для лікування СПК до психотропних ліків.

Наведені результати спостережень за 12 пацієнтами з СПК, рецидивуючим перебігом з явищами дисбактеріозу кишечника (ДК) з клінічно означеними явищами та бактеріологічно підтвердженого на різних етапах від кандидозного до ДК по типу біфідо-, лактодефіциту, ешерихіозу. Серед обстежених домінували жінки (9 з 12 осіб) у віці 32-49 років. За клінічними даними СПК вони вписувались в тип М (за Римськими критеріями III діагностики СПК), тобто, змішаний (закрепи-проноси), або А (альтернуючий тип), з більш тривалими епізодами чергування закрепів і проносів. На різних етапах хворим проводились верхня та нижня ендоскопії, бактеріологічне і лабораторне дослідження калу, ультрасонографічне, біотімичне, імунологічне дослідження, консультації різних спеціалістів, особливо гастроентерологів, психотерапевтів, імунологів. В клінічній картині у таких хворих окрім явищ СПК, суттєвими були явища астено-депресивного синдрому (АДС) та ознаки полінутрієнтної недостатності, прояви вторинного імунодефіциту – синдром хронічної втоми (СХВ), епізоди немотивованого субфебрилітету, схильність до респіраторних інфекцій, що підтверджувалось даними імунограми (I-II рівень імунодефіциту).

З урахуванням результатів лікування на попередніх етапах реабілітації та клініко-лабораторно-біохімічних, імунологічних даних в лікувальному комплексі до про- та пребіотиків, регуляторів кишкових випорожнень, дієтичних рекомендацій з акцентом на природні вітамінно-мікроелементні чинники. Замість антидепресантів і найбільш вживаних імуномодуляторів нами призначений імуно-тон по 2-3 чайних ложки ранком і 1-2 – в обід впродовж 2-3,5 тижнів (до досягнення відчутного ефекту) з переходом на одноразовий прийом вранці по 1-2 чайних ложки тривалістю 1,5-2 місяців. Критеріями ефективності вдосконалено були: динаміка клінічних проявів СПК, АДС та СХВ. Аналіз здійснювався по принципу випадок-контроль та суб'єктивна оцінка результатів лікування пацієнтом. З 2-5 дня найбільш помітним був регрес СХВ, на 1-3 дні пізніше – регрес проявів СПК та АДС. Такий самий курс про-пребіотика давав кращі результати, ніж на попередніх етапах. Через місяць зміни в імунограмі були ще на I рівні, тобто, можна говорити про ригідність зворотності імунологічних порушень. Майже непомітною була зворотність полінутрієнтної недостатності з



боку шкіри, її додатків як свідчення значних загально-соматичних та метаболічних порушень при тривалому та рецидивуючому існуванні СПК.

Наведені позитивні зміни в комплексному лікуванні цієї недуги при додатковому застосуванні «імуно-тону» можуть бути зумовлені чинниками його складових: елеутерококу, звіробію, ехіацеї. В цьому засобі вдало підібрані рослинні чинники, дія яких відповідає стану виснаженого організму за будь-яких неспецифічних обставин, як в нашому випадку – СПК. Лікування імуно-тоном добре переноситься при схильності до гіпотонії. Лише у хворих зі схильністю до гіпертензії та астено-невротичними явищами, на тлі домінуючого АДС на 10-12 день лікування можливі посилення гіпертензії, збудливості та порушення засипання. В таких випадках ми переходили на одноразовий прийом імуно-тону, зниженню на половину його разової дози, але подовженню тривалості застосування задля забезпечення належного імуномодуючого впливу.

Вівсяник В.В., Білоока Ю.В., Іванова Н.М., Воробей Н.Ю., Бейчук Н.Г.*
ДИНАМІЧНІ ЗМІНИ ІНТЕРЛЕЙКІНУ-10 У КРОВІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III
СТАДІЇ З УРАЖЕННЯМ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
ОКУ «Обласна клінічна лікарня», м. Чернівці**

У пацієнтів з наявністю хронічної хвороби нирок (ХХН) ураження зазнають практично всі органи і системи. Найчастіше у таких хворих страждають органи травлення, що частково пов'язано з високою розповсюдженістю в популяції захворювань травного каналу.

Метою нашого дослідження було вивчити концентрацію ІЛ-10 в сироватці крові у хворих на ХХН II-III стадії у поєднанні з ерозивно-виразковими ураженнями шлунка та дванадцятипалої кишки (ЕВУШДПК).

Обстежено 66 хворих (52 жінки та 24 чоловіки) у віці $67,5 \pm 1,4$ років (дані представлені як середні \pm стандартна помилка), яких було поділено на дві групи: I група з ХХН II-III стадії (n=52) з наявністю ЕВУШДПК. II групу склали 34 хворих з ХХН II-III стадії без ЕВУШДПК. Діагноз ХХН виставляли згідно з класифікацією ХХН за швидкістю клубочкової фільтрації (ШКФ). У всіх пацієнтів було розраховано ІМТ (індекс маси тіла). Концентрацію ІЛ-10 в сироватці крові визначали імуноферментним методом (ELISA). Статистичну обробку проводили за допомогою t-критерія Стьюдента.

Нами виявлено зниження рівня ІЛ-10 в I групі – $(83,9 \pm 4,1)$ пг/мл у порівнянні з показниками II групи обстежених без ЕВУШДПК ($101,9 \pm 4,6$) пг/мл при нормі $200,0 \pm 4,89$ пг/мл ($p < 0,05$). При вивченні кореляційних взаємозв'язків в загальній групі обстежених хворих знайдено наявність оберненого кореляційного взаємозв'язку рівня ІЛ-10 з ІМТ ($r = -0,76$) ($p < 0,05$).

Таким чином, у хворих з поєднаною патологією спостерігається зниження рівня ІЛ-10 в сироватці крові, який ще більше знижується при підвищенні ІМТ, що в подальшому може сприяти погіршенню перебігу ХХН II-III стадії у поєднанні з ЕВУШДПК та потребує дієтичної та медикаментозної корекції.

Вівсяник В.В., Проскурняк І.М., Галиш І.В., Бойко Л.Д.*, Сажин Н.І.*
ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ ЛІПІДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ II
ТИПУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
ОКУ «Обласна клінічна лікарня», м. Чернівці**

Порушення ліпідного обміну у хворих на цукровий діабет другого типу значно ускладнює перебіг ішемічної хвороби серця. Лікування таких хворих завжди є серйозним завданням.

Метою дослідження була оцінка ефективності аторвастатинів в лікуванні порушень ліпідного обміну в хворих на 2 тип цукрового діабету (ЦД) з ішемічною хворобою серця (ІХС).

Обстежено 63 пацієнти на 2 тип ЦД з стабільною стенокардією напруги II-III функціонального класу (ФК) з гіперхолестеринемією (ГХ). Вік хворих, які отримували аторвастатини становив $59,2 \pm 3,4$ років, тривалість захворювання $6,1 \pm 2,1$ років. З метою контролю отримані дані про стан досліджуваних показників у 19 практично здорових людей. Вік хворих на ЦД 2 типу і контрольної групи практично не відрізнявся ($P > 0,05$).

Встановлено, що у хворих на 2 тип ЦД з стабільною стенокардією напруги II-III ФК спостерігалось значне підвищення показників концентрації толерантності глюкози ($4,89 \pm 0,17$ і $2,97 \pm 0,64$ ммоль/л, $P > 0,001$), концентрації холестерину ліпопротеїдів низької щільності (ХС ЛПНЩ) ($2,78 \pm 0,34$ і $2,97 \pm 0,57$ ммоль/л, $P > 0,001$), Коефіцієнт атерогенності ($6,87 \pm 0,74$ і $3,78 \pm 0,78$, $P > 0,001$); зменшення вмісту холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПНЩ) ($0,73 \pm 0,04$ і $0,98 \pm 0,09$ ммоль/л, $P > 0,001$).

Отже, встановлено, що при ЦД існує чіткий корелятивний взаємозв'язок між показниками концентрації ЛПНЩ та загального холестерину та розвитком ІХС.