



**Гайдуков В.А.**

### **ВИКОРИСТАННЯ ГОРОБЕЙНИКА ЛІКАРСЬКОГО (LITHOSPERMUM OFFICINALE) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

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

Обстежено 58 хворих на холецистит (37 жінки і 21 чоловіки) віком 20-66 років; тривалість захворювання складала 0,5-20 років. Діагноз підтверджували загально-клінічними даними, результатами сонографії жовчного міхура (об'єм жовчного міхура вираховували за формулою Everson G.T., ефективність його моторики оцінювали за коефіцієнтом скорочення (КС); мікроскопії жовчі та її біохімічним складом (вмістом холатів, холестерину, білірубіну, визначення холатохолестеринового коефіцієнту). Горобейник лікарський (ГЛ) використовували в комплексному лікуванні у вигляді розчину спиртової 40° настоянки (1:10) по 20 крапель на 60 мл теплої дистильованої води.

Як показали результати дослідження, використання ГЛ у багатьох хворих прискорювало нормалізацію біохімічного складу жовчі - зростав вміст жовчних кислот, зростав холато-холестериновий коефіцієнт. Вживання настоянки ГЛ приводило до холецистокінетичного ефекту. У пацієнтів із нормальним об'ємом жовчного міхура скорочення відбувалося на 56 хвилині і КС був максимальним –  $64,0 \pm 2,3\%$ , тоді, як у хворих з гіпотонічною дискінезією холецистокінетичний ГЛ ефект був слабшим (КС –  $38,2 \pm 2,1$ ) ( $p < 0,05$ ).

Застосування ГЛ сприяло зникненню важкості у правому підбер'ї, менше турбувала гіркота у роті, нормалізувались випорожнення. Вище зазначені зміни перебігу хвороби дозволили скоротити час перебування пацієнтів у стаціонарі на 2 дні. Застосування настоянки ГЛ на амбулаторному етапі лікування пацієнтів в осінньо-весняний період зменшувало кількість загострень при хронічному перебігу хвороби.

**Гайдуков В.А.**

### **ВПЛИВ ГОРОБЕЙНИКА ЛІКАРСЬКОГО (LITHOSPERMUM OFFICINALE) НА СЕКРЕТОРНУ ФУНКЦІЮ ШЛУНКА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРОДУОДЕНІТ**

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

Обстежено 52 хворих, на безмедикаментозному фоні використовували горобейник лікарський (ГЛ) у вигляді спиртової (50%) настойки (1:10) по 10 крапель на 60 мл теплої дистильованої води. Кислотоутворюючу функцію шлунка вивчали методом інтрагастральної мікросондової рН-мертїї, а морфологічні зміни слизової шлунка з допомогою гастродуоденофіброскопії з прищільною біопсією на рівні тіла і антрального відділу шлунка. Під час фармакологічної проби досліджували латентний період, період наростання дії ГЛ, період плато, загальну тривалість дії препарату.

Прийом ГЛ викликав статистично достовірний зсув рН у кислу зону на рівні тіла шлунка при початковій нормаацидності та помірно зниженій інтенсивності кислотоутворення. Посилення кислотостимулюючого ефекту спостерігали у хворих з помірною селективною гіпоацидністю, менший – з абсолютною і субтотальною. У 66% хворих прийом настойки ГЛ стимулював шлункове кислотоутворення незалежно від показників базального рН. У 14 пацієнтів не відмічали подібної реакції, що було пов'язано з наявністю атрофічних змін слизової оболонки шлунка і вираженою (гістамінорезистентністю) гіпохлоргідрією.

Отримані дані вказують на необхідність диференційованого підходу до часу прийому ГЛ – при гіпоацидності – за 40 хв. до їди, при нормаацидності – за 20 хв. до їди, при гіперацидності – за 10 хв. За результатами проведених досліджень можна припустити, що ГЛ посилює гастринний механізм дії на процес кислотоутворення.

**Гончарук Л.М., Федів О.І., Гресько С.О.\***

### **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ HELICOBACTER PYLORI-АСОЦІЙОВАНИХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТІЙ, ІНДУКОВАНИХ НЕСТЕРОЇДНИМИ ПРОТИЗАПАЛЬНИМИ ПРЕПАРАТАМИ, У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ**

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

Старіння населення в усьому світі протягом останніх десятиріч призвело до зростання захворюваності на остеоартроз (ОА). Захворювання, як правило, виявляють у пацієнтів старше 50 років. 80% людей старше 75 років страждають цією патологією. Серед фармакотерапевтичних засобів непохитні позиції при лікуванні ОА на сьогодні утримають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Виразки шлунка або дванадцятипалої кишки виявляють у 10-15% пацієнтів, що регулярно приймають НПЗП, а шлунково-кишкова кровотеча та перфорація впродовж року може розвинути в 1-1,5% випадків.

Мета роботи - підвищити ефективність лікування Helicobacter pylori-асоційованих гастродуоденопатій, індукованих НПЗП, у хворих на остеоартроз.



Обстежено 48 хворих на ОА із супутніми *Helicobacter pylori* (Hр) - асоційованими гасстроуденопатіями (ГДП), індукованими НПЗП та 30 практично здорових осіб (ПЗО). Хворі із Hр-позитивними НПЗП-індукованими ГДП за призначеними схемами лікування були поділені на такі групи: I група - 25 хворих, які на фоні базисної терапії ОА отримували потрійну антигелікобактерну терапію (АГТ) згідно з Маастрихтським консенсусом – 2005 (рабепразол 20 мг 2 р/добу, впродовж 28 днів, кларитроміцин 500 мг двічі на добу, впродовж 7 днів, амоксицилін 1000 мг 2 р/день, 7 днів). II група - 23 пацієнта, які на тлі АГТ приймали ребаміпід («Мукоген», Macleods Pharmaceuticals Limited, номер реєстраційного посвідчення UA/5547/01/01) по 1 таблетці (100 мг) тричі на добу впродовж 4 тижнів. Всім хворим на початку та в кінці лікування для діагностики ГДП було проведено фіброгастроуденоскопію (ФГДС) з прищільною біопсією за загальноприйнятною методикою за допомогою фіброгастроуденоскопа «Olimpus». Наявність Hр визначали шляхом інвазивної експрес-діагностики інфекції за уреазною активністю біоптату, отриманого під час ендоскопічного дослідження СОШ за допомогою діагностичних наборів ХЕЛПІЛ®-тест («АМА», Санкт-Петербург), морфологічними дослідженнями (забарвлення азур-П-еозином) та за допомогою імунохроматографічного тесту на виявлення антигенів Hр у зразках фекалій (CerTest Biotec, S.L., Іспанія, «Фармаско»). Досліджували також вміст продуктів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) – маіонового альдегіду - в плазмі крові (МАпл) та еритроцитах (МАер) за Ю.А. Владимировим, О.Г. Арчаковим, вміст церулоплазміну (ЦП) - за методом В.Г. Колба, В.С.Камишнікова.

При дослідженні оксидантно-протиоксидантного гомеостазу після лікування у всіх групах спостерігали зменшення процесів ПОЛ та покращання показників антиоксидантної системи. Однак, у хворих II групи відмічали істотніше зниження інтенсивності ПОЛ і, як наслідок, ефективніше покращання функціонування протиоксидантних систем. Так, рівні МАпл та МАер у хворих I групи після лікування були достовірно вище на 54,4% та 39,1% порівняно із ПЗО. Серед пацієнтів II групи вміст МАпл та МАер достовірно знижувались на 33,3% та 25,5%, що достовірно нижче, ніж у I групі після лікування. В II групі МА пл. та ер. були вищими лише на 21,5% ( $p < 0,05$ ) та 20,1% ( $p > 0,05$ ) порівняно із ПЗО. Ймовірно, під впливом ребаміпиду спостерігається більш виражене зниження показників ПОЛ порівняно із стандартним лікуванням.

Про зменшення дисбалансу оксидантно-протиоксидантного гомеостазу і, як наслідок, зменшення запального процесу свідчить також зниження рівня ЦП після проведеного лікування. На тлі стандартного лікування рівень ЦП майже не змінювався та на 35,6% ( $p < 0,05$ ) був вище від здорових. Після додаткового включення ребаміпиду рівень ЦП знижувався на 19,5% ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, після лікування показники оксидантно-протиоксидантного гомеостазу покращувались ефективніше на тлі прийому ребаміпиду, що було достовірно краще порівняно зі стандартною антигелікобактерною терапією.

**Горбатюк І.Б., Андрусак О.В.**

### **ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ, ЯК ПРЕДИКТОР РОЗВИТКУ ТА ПРОГРЕСУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІХС ТА ОЖИРІННЯМ**

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буквинський державний медичний університет»*

Істотну роль у патогенезі ішемічної хвороби серця (ІХС) відіграє ендотеліальна дисфункція, яка виникає внаслідок порушення структурно-функціональних властивостей ендотелію, і призводить до розладів місцевої регуляції тону судин унаслідок порушення ліберації ендотелійрелаксуючого фактора – монооксиду нітрогену (NO). За сучасними уявленнями, дисфункція ендотелію є головним чинником, що сприяє посиленню проникнення ліпопротеїнів низької щільності в інтиму артерій, розвитку та прогресуванню атеросклерозу.

Метою дослідження було встановити ступінь розвитку та роль ендотеліальної дисфункції у виникненні та прогресуванні хронічного некаменевого холециститу (ХНХ) у пацієнтів з ІХС та ожирінням.

Проведені дослідження у 136 хворих: 1 група (n=28) – ХНХ; 2 група (n=30) – ХНХ на тлі ІХС, кардіосклерозу із СН I-IIA стадії; 3 група (n=30) – ХНХ на тлі ІХС, кардіосклерозу із СН I-IIA стадії та ожиріння 1-2 ступеня; 4 група (n=30) – ХНХ, холестероз жовчного міхура (ХЗ ЖМ) на тлі ІХС, кардіосклерозу із СН I-IIA стадії та ожиріння 1-2 ступеня; 5 група (n=18) – ХНХ та ХЗ ЖМ. Функціональний стан ендотелію вивчали за вмістом у крові стабільних метаболітів монооксиду нітрогену (NO), активністю ендотеліальної (eNOS) та індукційної (iNOS) NO-синтази та ендотеліну-1 (ET-1) методом імуноферментного аналізу.

Результати проведеного дослідження показали, що у 97,8% обстежених хворих на ХНХ було встановлено істотне зростання вмісту стабільних метаболітів NO у крові у порівнянні з показником у ПЗО ( $p < 0,05$ ). Причому, у пацієнтів 3-ї групи спостерігалось істотніше зростання вмісту NO у крові (у 2,4 раза,  $p < 0,05$ ) у порівнянні з 1-ю групою (у 1,9 раза,  $p < 0,05$ ) та з 2-ю групою (у 1,6 раза,  $p < 0,05$ ). Встановлено, що інтенсивність нітрозитивного стресу зростала за мірою приєднання ІХС та ожиріння до ХНХ та холестерозу (зростання в 2,8 раза проти 2,1 раза відповідно  $p < 0,05$ ). У хворих 4-ї групи вміст NO у крові перевищив показник у порівнянні з 1-ю групою на 17,7% ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів 4-ї групи встановлено максимально виражені показники: гіперпродукції iNOS (зростання у 5,2 раза) та дефіциту eNOS (зниження на 53,0 %) у порівнянні з ПЗО ( $p < 0,05$ ).