

IgA в 2,2 рази, рівня IgM в 1,6 рази і тенденційно, щодо КП, підвищенням вмісту IgG в 1,2 рази. ЕТЛП в дозі 25 мг/кг проявляє імуномодулюючу та імуностимулюючу дію і по активності перевершує препарат порівняння таблетки «Ехінацея-ратіофарм» у дозі 36 мг/кг у 1,1-1,5 разів, що свідчить про перспективність застосування ЕТЛП в комплексній терапії та з метою попередження імунодефіцитних станів, що розвиваються внаслідок застосування цитостатиків, антибіотиків та інших лікарських засобів, що порушують білковий обмін і функції імунної системи.

Ключові слова: імунітет, екстракт з трави люцерни посівної, імуноглобуліни.

Summary

Eremenko R.F., Maloshtan L.N., Yatsenko E. Yu. *The effect of extract Medicago sativa sowing grass on immunoglobulin levels in rats with experimental immunodeficiency.*

It has been established that in the context of immunosuppression caused by the introduction of cyclophosphamide cytotoxin in rats of the group CP there was a significant, compared to the IC group, reduction of the concentration of immunoglobulins: IgA in 2,7 times, IgM – 1,9 times and IgG – 1,4 times. The introduction to the animal with the protein metabolism corrector EGMS at a dose of 25 mg/kg in the preventive and therapeutic regime hindered the development of immunosuppression, which was reflected in significant, compared to the group CP, increase of levels of IgA at 2,2 times the level of IgM 1,6 times tendencial relative to the group CP, increase of the content of IgG in 1,2 times. EGMS at a dose of 25 mg/kg exhibits immunomodulatory and immunostimulating actions and its activity was superior to the reference the pills "Echinacea-ratiopharm" at a dose of 36 mg/kg to 1,1-1,5 times, which shows the prospect of applying EGMS in the treatment and prevention of the immunodeficiency which occurs from the use of cytotoxic drugs, antibiotics and other drugs that violate the protein metabolism and function of the immune system.

Key words: immunity, the extract Medicago sativa sowing grass, immunoglobulins.

Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Гладченко

УДК 616.37-002.2-08:616.34-008.6

КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ СИНДРОМУ ПОДРАЗНЕНОГО КИШЕЧНИКА, ПОЄДНАНОГО З НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЮ ДИСТОНІЄЮ

І.Г. Кривуля

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

За даними сучасних статистичних досліджень в останні роки у більшості країн світу спостерігається збільшення рівня захворюваності на синдром подразненого кишечника (СПК). При вивченні патогенетичних особливостей розвитку СПК було встановлено, що СПК - одне з найбільш поширених захворювань людини в сучасних умовах, що широко розповсюджене у світі [2, 17]. Згідно епідеміологічних досліджень останніх років, частота СПК в світі перевищує 20% від загальної кількості хворих гастроентерологічного профілю, з коливаннями в широких межах від 1 % (Сенегал) до 15-28 % (країни Європейського Союзу). СПК протягом останніх 15 років інтенсивно досліджується, однак, незважаючи на відомий прогрес, як і раніше залишається недостатньо вивченим в патогенетичному плані захворюванням, яке важко піддається лікуванню [3, 4].

За сучасними літературними даними останніми роками, як найважливішим чинником в розвитку СПК, обговорюється значення порушень в рамках осі "головний мозок – кишечник", [15, 16]. З одного боку, стреси, що повторюються, супроводжуються моторними розладами ШКТ, з другого боку на фоні підвищеної рецепторної реакції в кишечнику виробляються аферентні стимули, що досягають по п. coeliacus та п. vagus центральних підкіркових і кіркових відділів ЦНС та суттєво змінюють їх функціональну діяльність. В аспекті висловленого в теперішній час багато хто надає важливе значення так званій "кишкковій нервовій системі", представлений в стінці кишечника нейронами, міжм'язовими сплетіннями та рецепторами, які як би в "дзеркальному відображенні" представляють аналогічні нервові структури ЦНС. Слід зазначити, що СПК часто поєднується з нейроциркуляторною дистонією (НЦД). При цьому в ряді досліджень відмічено погіршення якості життя хворих з СПК

та більш тяжкий перебіг цього захворювання [8, 9]. Тому ми вважали актуальним вивчити клінічні прояви СПК на тлі НЦД та вплив комбінації сучасних препаратів атоксілу та лінекс форте.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: Робота виконана відповідно до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і являє собою фрагмент теми НДР: «Клініко-патогенетична характеристика, лікування та медична реабілітація хворих на синдром подразненого кишечника, поєднаний з нейроциркуляторною дистонією» (№ держреєстрації 0113U004381).

Метою роботи було вивчення особливостей клінічного перебігу СПК, на тлі НЦД та ефективність лікування сучасними препаратами атоксілу та лінекс форте.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 148 хворих на СПК, на тлі НЦД. Вік обстежених пацієнтів складав від 20 до 59 років, з них було 70 чоловіків (47,3%) та 78 жінок (52,7%). Слід відмітити, що усі хворі, які були під наглядом, постійно мешкали у великому промисловому регіоні Донбасу при наявності екологічно шкідливих факторів довкілля [4]. Для реалізації мети дослідження обстежені пацієнти були розподілені на дві групи – основну (75 особи) та групу зіставлення (73 хворих), які були рандомізовані за віком, статтю, тяжкістю перебігу СПК і НЦД.

Розподіл обстежених хворих за віком, статтю та клінічною картиною захворювання відображено в табл. 1 та 2.

Таблиця 1

Розподіл хворих на СПК на тлі НЦД по віку

Групи хворих	Вік (роки)							
	20 – 29 р.		30 – 39 р.		40 – 49 р.		50 – 59 р.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
основна (n=75)	5	6,7	31	41,3	33	44,0	6	8,0
зіставлення (n=73)	6	8,2	32	43,8	31	42,5	4	5,5

Із наведених у таблиці 1. даних видно, що більша частина хворих – це особи середнього віку. Так, у віці від 20 до 29 років було 5 (6,7%) хворих на СПК на тлі НЦД, в основній групі та 6 (8,2%) у групі зіставлення; у віці від 30 до 39 років – 31 (41,3%) особа з основної групи та 32 (43,8%) пацієнта із групи зіставлення; у віці від 40 до 49 років даний діагноз був виставлений у 33 (44,0%) хворих із основної групи та у 31 (42,5%) – із групи зіставлення.

У віці 50 років та старше було лише 8,0% хворих основної групи та 5,5% пацієнтів групи зіставлення.

Серед обстежених хворих на СПК на тлі НЦД, жінок було 78 (52,7%), чоловіків – 70 (47,3%) (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл обстежених хворих на ХНХ за статтю

Групи обстежених хворих	Жінки, абс. / %		Чоловіки, абс. / %	
основна (n=75)	39	52,0	36	48,0
зіставлення (n=73)	39	53,4	34	46,6
Усього (n=148)	78	52,7	70	47,3

Отже, в обох групах серед хворих, які нами спостерігалися, переважали особи жіночої статі. Дійсно, згідних даних літератури, на СПК та НЦД частіше страждають жінки [14].

Клінічний діагноз СПК базувався з урахуванням Римських критеріїв III [18]. До них відносяться: дискомфорт або абдомінальний біль, що продовжуються протягом 3-х останніх місяців з початком симптомів не менш 6 місяців тому і мають хоча б дві з наступних ознак: полегшення після дефекації; поява одночасно із зміною частоти стільця; поява одночасно з зміною вигляду і консистенції стільця. Діагноз СПК підтверджено наступними ознаками, що виникають протягом більш ніж 25% часу однієї доби: зміни частоти стільця: закріп (стілець рідше 3 разів на тиждень) або пронос (стілець частіше 3 раз на день); зміна консистенції калу (твердий або навпаки рідкий водянистий); порушення процесу дефекації (надмірне натуження, раптові позиви на дефекацію, відчуття неповного спорожнення кишечника); виділення слизу з калом; здуття живота, метеоризм; відчуття розпирання і урчання в животі. Критеріями виключення з'явилися: наявність крові в калі; лихоманка; нез'ясовне схуднення; анемія; прискорення ШОЕ; органічні зміни при інструментальних і інших дослідженнях.

Діагноз НЦД було встановлено у відповідності до Стандартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» (Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р.) [11] картина була типова та характеризувалася лабільністю пульсу, АТ, кардіалгіями, дихальним дискомфортом, вегетативними та психоемоційними порушеннями, порушенням судинного тону, низькою толерантністю до фізичного навантаження і стресовим факторам.

Хворі на СПК, поєднаний з НЦД, отримували загальноприйняте лікування виявленої хронічної патології ШКТ у відповідності до Стан-

дартизованих протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» (Наказ МОЗ України № 271 від 13. 06. 2005 р.) [10].

Лабораторні засоби дослідження включали загальні клінічні та біохімічні аналізи, не менше ніж триразове дослідження калу на приховану кров, яйця глистів, паразити, лейкоцити, вільний жир. Для виключення інфекційної патології – посів калу на патогенну мікрофлору. За допомогою ендоскопічних методів дослідження були виключені органічні пошкодження шлунково-кишкового тракту (ФГДС, колоноскопія, ректороманоскопія). Для сонографічної оцінки стану ОБП та ЗП проводили УЗД органів черевної порожнини з використанням апарату “Aloka SSD-630” (Японія) та абдомінальних датчиків. При цьому враховували розміри, положення, лунощільність та рівномірність луноструктури ЖМ та печінкової паренхіми.

Критеріями виключення з'явилися: наявність крові в калі; лихоманка; нез'ясовне схуднення; анемія; прискорення ШОЕ; органічні зміни при інструментальних і інших дослідженнях; наявність супутньої функціональної та самотичної патології у стадії загострення.

Збиралися дані анамнезу щодо тривалості коморбідної патології у пацієнтів. Усі хворі обов'язково оглядалися лікарем-проктологом, невропатологом, за показаннями також були проконсультовані гінекологом, урологом, та психоневрологом і/або психіатром [12, 13].

Пацієнти основної групи також додатково отримували ентеросорбент атоксил по 4 грама 3 рази на день, розведених у ½ стакана негазованої води за одну годину до їжі протягом 20-30 днів поспіль та Лінекс форте по 1 капсулі 3 рази на день протягом 25-30 днів поспіль.

Атоксил - ентеросорбент, який ефективно адсорбує з кишечника і крові токсичні речовини незавершеного метаболізму. За літературними джерелами цей ентеросорбент сприяє послабленню токсико-алергічних реакцій, зниженню метаболічного навантаження на органи детоксикації (в першу чергу – печінку та нирки), корекції обмінних процесів та імунного статусу, усуненню дисбалансу біологічно активних речовин в організмі, посиленню перистальтики кишечника, та тому не викликає закрепів. Для нього характерна нетоксичність, гіпоалергенність та селективна дія, внаслідок чого в процесі ентеросорбції досягається мінімізація втрат корисних мікронутрієнтів. Препарат зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення UA/2616/01/01) та дозволений до клінічного використання (Наказ МОЗ України № 937 від 10.12.2009 р.) [1].

Лінекс форте – це препарат, до складу якого входять біфідобактерії і лактобацили, які підтримують і регулюють фізіологічну рівновагу кишкової мікрофлори (мікробіоценоз) і забезпечують її фізіологічні функції (антимікробну, вітамінпродукуючу, травну) у всіх відділах кишечника - від тонкої кишки до прямої (лактобактерії частіше зустрічаються в тонкому, а біфідобактерії - у товстому кишечнику). Потрапляючи в кишечник, компоненти Лінекс форте виконують всі функції власної нормальної кишкової мікрофлори: створюють несприятливі умови для розмноження та життєдіяльності патогенних мікроорганізмів, шляхом вироблення метаболітів, які є токсичними для патогенних бактерій, а також шляхом конкуренції з патогенними бактеріями за поживні речовини і блокування адгезивних рецепторів, що перешкоджає колонізації потенційно патогенних мікроорганізмів; беруть участь у синтезі вітамінів B₁, B₂, B₃, B₁₂, PP, фолієвої кислоти, вітамінів K і E, аскорбінової кислоти, нормальна мікрофлора повністю забезпечує потреби людини у вітамінах B₆ і H (біотин); продукуючи молочну кислоту і знижуючи рН кишкового вмісту, створюють сприятливі умови для всмоктування заліза, кальцію, вітаміну D; молочнокислі мікроорганізми, що заселяють тонку кишку, здійснюють ферментативне розщеплення білків, жирів і складних вуглеводів (у тому числі при лактазній недостатності у дітей), білки і вуглеводи, які не всмокталися в тонкій кишці піддаються більш глибокому розщепленню в товстій кишці анаеробами (у тому числі біфідобактеріями); беруть участь у метаболізмі жовчних кислот (стеркобіліну, копростерину, дезоксихолевої і літохролевої кислоти; сприяють реабсорбції жовчних кислот). Препарат зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату (реєстраційне посвідчення UA 11/300200000) та дозволений до клінічного використання (Наказ МОЗ України № 834 від 21.02.2011р.) [7].

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження обробляли математично за допомогою стандартних пакетів прикладних програм (Microsoft® Windows® Professional, Microsoft® Office 2007, Statistica 6,0) на персональному комп'ютері Intel Core Duo 2,0 GHz та порівнювали між собою в основній групі та групі зіставлення [5, 6].

Отримані результати та їхнє обговорення

В період чергового епізоду загострення СПК пацієнти, що були під наглядом, спостерігалися в амбулаторних умовах.

Дані щодо суб'єктивної симптоматики (скарги хворих на стан здоров'я) було проаналізовано окремо у обох групах хворих з СПК на тлі НЦД (основній та зіставлення) (табл. 3).

**Суб'єктивна симптоматика у обстежених хворих
з СПК на тлі НЦД (абс. і %)**

Скарги хворих на стан здоров'я	Групи обстежених хворих				Р
	основна (n=75)		зіставлення (n=73)		
	абс.	%	абс.	%	
Загальна слабкість	74	98,7	71	97,3	<0,01
Нездужання	75	100	72	98,6	<0,01
Головний біль	59	78,7	55	75,3	<0,01
Озноб	49	65,3	50	68,5	<0,01
Зниження апетиту	71	94,7	72	98,6	<0,01
Зниження працездатності	70	93,3	69	94,5	<0,01
Почуття неповного випорожнення кишечника	72	96,0	70	95,9	<0,01
Тяжкість або біль в епімезогастрії	65	86,7	63	86,3	<0,01
Метеоризм	63	84,0	64	87,7	<0,01
Чергування закрепів та проносів	73	97,3	71	97,3	<0,01
Порушення сну	52	69,3	49	67,1	<0,01
Дрож у тілі	46	61,3	43	58,9	<0,01
Дифузні міальгії	32	42,7	31	42,5	<0,01
Нестійкість пульсу	48	64,0	47	64,4	<0,01
Нестійкість АТ	50	66,7	49	67,1	<0,01
Дихальний дискомфорт	34	45,3	31	42,5	<0,01
Кардіалгії	29	38,7	30	41,1	<0,01
Емоційна лабільність	52	69,3	53	72,6	<0,01
Коливання настрою	58	77,3	57	78,1	<0,01
Підвищена дратівливість	62	82,7	63	86,3	<0,01

В цілому клінічна картина СПК на тлі НЦД, у обстежених хворих характеризувалася наявністю загальної слабкості у 74 осіб (98,7%) основної групи та у 71 хворого (97,3%) на СПК на тлі НЦД групи зіставлення; на нездужання скаржилися 75 хворих (100 %) основної групи та 72 пацієнта (98,6%) групи зіставлення; головний біль мав місце у 59 пацієнтів (78,7%) основної групи та 55 хворих (75,3%) групи зіставлення. На озноб з'являлися скарги 49 обстежених (65,3%) основної групи та 50 осіб (68,5%) групи зіставлення, на зниження апетиту скаржилися 71 хворий (94,7%) основної групи та 72 пацієнти (98,6%) групи зіставлення. Зниження працездатності був констатований у 70 осіб (93,3%) основної групи та у 69 пацієнтів (94,5%) групи зіставлення, почуття неповного випорожнення кишечника - відповідно у 72 (96,0%) та 70 (95,9%) обстежених, тяжкість або біль в епімезогастрії мала місце у 65 осіб (86,7%) основної групи та у 63 пацієнтів (86,3%) групи зіставлення. На метеоризм мали скарги 63 обстежених (84,0%) основної групи та 64 осіб (87,7%) групи зіставлення, на чергування закрепів та проносів скаржилися 73 хворих (97,3%) основної групи та 71 пацієнт (97,3%) групи зіставлення. На порушення сну мали скарги 52 обстежених (69,3%) основної групи та 49 осіб (67,1%) групи зіставлення. Дрож у тілі був констатований у 46 осіб (61,3%) основної групи та у 43 пацієнтів (58,9%) групи зіставлення, дифузні міальгії - відповідно у 32 (42,7%) та 31 (42,5%) обстежених. Нестійкість пульсу був констатований у 48 осіб (64,0%) основної групи та у 47 пацієнтів (64,4%) групи зіставлення, нестійкість АТ - відповідно у 50 (66,7%) та 49 (67,1%) обстежених. Дихальний дискомфорт був констатований у 34 осіб (45,3%) основної групи та у 31 пацієнтів (42,5%) групи зіставлення, кардіалгії - відповідно у 29 (38,7%) та 30 (41,1%) обстежених. Емоційна лабільність була констатована у 52 осіб (69,3%) основної групи та у 53 пацієнтів (72,6%) групи зіставлення, коливання настрою - відповідно у 58 (77,3%) та 57 (78,1%) обстежених. Підвищена дратівливість була констатована у 62 осіб (82,7%) основної групи та у 63 пацієнтів (86,3%) групи зіставлення. Таким чином, у більшості обстежених астенічна, астено-невротична або астено-депресивна симптоматика мала виражене емоційне забарвлення.

Повторне обстеження після завершення курсу лікування в амбулаторних умовах дозволило встановити, що в основній групі (хворі якої додатково отримували комбінацію атоксілу та лінекс форте), в більшості випадків - у 70 пацієнтів (93,3%) - досягнута стійка клінічна ремісія, у 5 хворих (6,7%) відмічено значне покращення стану здоров'я, однак залишався помірно виражений астенічний синдром. У групі зіставлення стійка клінічна ремісія досягнута у 41 особи (56,2%), покращення стану здоров'я зі збереженням помірно вираженого астенічного синдрому - у 20 пацієнта (27,4%), наявність нестійкої ремісії СПК на тлі НЦД мало місце у 12 хворих (16,4%).

Дійсно, під впливом лікування, що включало додаткове введення комбінації атоксілу та лінекс форте, скорочувалася тривалість збереження загальної слабкості в основній групі хворих з СПК на тлі НЦД,

відносно групи зіставлення, в середньому на $(4,9 \pm 0,5)$ дні ($P < 0,05$), складаючи $(6,5 \pm 0,4)$ діб та $(11,4 \pm 0,7)$ діб відповідно. У хворих в основній групі нездужання відмічалася протягом $(12,3 \pm 0,5)$ діб, а у групі зіставлення – в середньому протягом $(16,6 \pm 0,9)$ діб, тобто на $(4,3 \pm 0,4)$ дні менше ($P < 0,01$). Головний біль у пацієнтів основної групи ліквідувалася у середньому на $(5,1 \pm 0,4)$ день, у групі зіставлення – на $(9,4 \pm 0,6)$ день, тобто в середньому на $(4,3 \pm 0,4)$ день пізніше ($P < 0,01$). Озноб у хворих основної групи відмічався протягом $(4,5 \pm 0,6)$ діб, а у групі зіставлення – $(8,3 \pm 0,5)$ діб, що було на $(3,8 \pm 0,4)$ ($P < 0,01$) діб довше. Зниження апетиту ліквідувалося у пацієнтів, які отримували додатково комбінацію атоксілу та лінекс форте, на $(7,1 \pm 0,4)$ добу, а у тих, які лікувалися лише за допомогою загальноприйнятих засобів, – на $(13,0 \pm 0,6)$ добу, тобто на $(5,9 \pm 0,5)$ діб пізніше ($P < 0,01$) (табл. 4).

Зниження працездатності в основній групі зникло на $(8,6 \pm 0,2)$ добу, а у групі зіставлення – на $(13,9 \pm 0,6)$ добу, різниця між даними термінами становила $(5,3 \pm 0,4)$ доби ($P < 0,01$), почуття неповного випорожнення кишечника були присутні в основній групі на $(5,3 \pm 0,6)$ доби менше $(6,6 \pm 0,5)$, ніж у групі зіставлення, де цей симптом був присутнім протягом $(11,9 \pm 0,6)$ діб ($P < 0,01$). Тяжкість або біль в епімезогастрії обстежені основної групи відмічали протягом $(8,4 \pm 0,5)$ доби, що було по тривалості менше на $(5,5 \pm 0,3)$ доби (у групі зіставлення цей симптом тривав $(13,9 \pm 0,5)$ діб; $P < 0,01$). Метеоризм у хворих, які отримували запропоноване лікування, ліквідувався скоріше на $(4,3 \pm 0,6)$ доби ($P < 0,01$), ніж у групі зіставлення, становивши відповідно $(7,1 \pm 0,3)$ доби та $(11,4 \pm 0,4)$ доби. Чергування закрепів та проносів в основній групі відмічалася протягом $(7,2 \pm 0,4)$ доби, що було коротше, ніж у групі зіставлення $(12,5 \pm 1,1)$ доби на $(5,3 \pm 0,4)$ доби ($P < 0,01$). Порушення сну в основній групі зникли на $(6,1 \pm 0,4)$ добу, а у групі зіставлення – на $(9,0 \pm 0,5)$ добу, різниця між даними термінами становила $(2,9 \pm 0,6)$ доби ($P < 0,01$), дроз у тілі була присутня в основній групі на $(2,3 \pm 0,4)$ доби менше $(5,6 \pm 0,2)$, ніж у групі зіставлення, де цей симптом був присутнім протягом $(7,9 \pm 0,5)$ діб ($P < 0,01$). Дифузні міалгії обстежені основної групи відмічали протягом $(5,6 \pm 0,4)$ доби, що було по тривалості менше на $(3,3 \pm 0,5)$ доби (у групі зіставлення цей симптом тривав $(8,9 \pm 0,8)$ діб; $P < 0,01$). Нестійкість пульсу, у хворих, які отримували запропоноване лікування, ліквідувався скоріше на $(3,4 \pm 0,4)$ доби ($P < 0,01$), ніж у групі зіставлення, становивши відповідно $(8,5 \pm 0,5)$ доби та $(11,9 \pm 0,7)$ доби.

Динаміка суб'єктивної симптоматики показників у хворих з СПК на тлі НЦД, під впливом лікування ($M \pm m$)

Клінічні показники	Тривалість збереження (діб):		Різниця (діб)	P
	основна (n=75)	зіставлення (n=73)		
Загальна слабкість	$6,5 \pm 0,4$	$11,4 \pm 0,7$	$4,9 \pm 0,5$	$< 0,05$
Нездужання	$12,3 \pm 0,5$	$16,6 \pm 0,9$	$4,3 \pm 0,4$	$< 0,01$
Головний біль	$5,1 \pm 0,4$	$9,4 \pm 0,6$	$4,3 \pm 0,3$	$< 0,01$
Озноб	$4,5 \pm 0,6$	$8,3 \pm 0,5$	$3,8 \pm 0,4$	$< 0,01$
Зниження апетиту	$7,1 \pm 0,4$	$13,0 \pm 0,6$	$5,9 \pm 0,5$	$< 0,01$
Зниження працездатності	$8,6 \pm 0,2$	$13,9 \pm 0,6$	$5,3 \pm 0,4$	$< 0,01$
Почуття неповного випорожнення кишечника	$6,6 \pm 0,5$	$11,9 \pm 0,6$	$5,3 \pm 0,6$	$< 0,01$
Тяжкість або біль в епімезогастрії	$8,4 \pm 0,5$	$13,9 \pm 0,5$	$5,5 \pm 0,3$	$< 0,01$
Метеоризм	$7,1 \pm 0,3$	$11,4 \pm 0,4$	$4,3 \pm 0,6$	$< 0,01$
Чергування закрепів та проносів	$7,2 \pm 0,4$	$12,5 \pm 1,1$	$5,3 \pm 0,4$	$< 0,01$
Порушення сну	$6,1 \pm 0,4$	$9,0 \pm 0,5$	$2,9 \pm 0,6$	$< 0,01$
Дроз у тілі	$5,6 \pm 0,2$	$7,9 \pm 0,5$	$2,3 \pm 0,4$	$< 0,01$
Дифузні міалгії	$5,6 \pm 0,4$	$8,9 \pm 0,8$	$3,3 \pm 0,5$	$< 0,01$
Нестійкість пульсу	$8,5 \pm 0,5$	$11,9 \pm 0,7$	$3,4 \pm 0,4$	$< 0,01$
Нестійкість АТ	$8,3 \pm 0,4$	$13,5 \pm 1,1$	$5,2 \pm 0,1$	$< 0,01$
Дихальний дискомфорт	$6,1 \pm 0,4$	$10,5 \pm 0,3$	$4,4 \pm 0,4$	$< 0,01$
Кардіалгії	$7,3 \pm 0,3$	$12,7 \pm 1,1$	$5,4 \pm 0,5$	$< 0,01$
Емоційна лабільність	$7,1 \pm 0,4$	$11,0 \pm 0,8$	$3,9 \pm 0,5$	$< 0,01$
Коливання настрою	$6,5 \pm 0,3$	$9,9 \pm 0,6$	$3,4 \pm 0,5$	$< 0,01$
Підвищена дратівливість	$5,6 \pm 0,6$	$9,9 \pm 0,4$	$4,3 \pm 0,6$	$< 0,01$

Нестійкість АТ в основній групі відмічалася протягом $(8,3 \pm 0,4)$ доби, що було коротше, ніж у групі зіставлення $(13,5 \pm 1,1)$ доби на $(5,2 \pm 0,1)$ доби ($P < 0,01$). Дихальний дискомфорт в основній групі зникли на $(6,1 \pm 0,4)$ добу, а у групі зіставлення – на $(10,5 \pm 0,3)$ добу, різниця між даними термінами становила $(4,4 \pm 0,4)$ доби ($P < 0,01$), кардіалгії були присутні в основній групі на $(5,4 \pm 0,5)$ доби менше $(7,3 \pm 0,3)$, ніж у групі зіставлення, де цей симптом був присутнім протягом $(12,7 \pm 1,1)$ діб ($P < 0,01$). Емоційну лабільність основної групи відмічали протягом

(7,1±0,4) доби, що було по тривалості менше на (3,9±0,5) доби (у групі зіставлення цей симптом тривав (11,0±0,8) діб; $P<0,01$). Коливання настрою у хворих, які отримували запропоноване лікування, ліквідувався скоріше на (3,4±0,5) доби ($P<0,01$), ніж у групі зіставлення, ставивши відповідно (6,5±0,3) доби та (9,9±0,6) доби. Підвищена дратівливість в основній групі відмічалася протягом (5,6±0,6) доби, що було коротше, ніж у групі зіставлення (9,9±0,4) доби на (4,3±0,5) доби ($P<0,01$).

Таким чином, в основній групі хворих з СПК на тлі НЦД, які додатково до загальноприйнятого лікування отримували комбінацію атоксілу та лінекс форте, відмічена більш швидка ліквідація симптоматики захворювання та досягнення стійкої клінічної ремісії, чого не можна сказати про пацієнтів із групи зіставлення. У цих хворих також відмічена позитивна динаміка симптомів захворювання, однак дані ознаки зменшувалися значно повільніше, а тому хворих із стійкою клінічною ремісією з СПК на тлі НЦД, була невелика кількість.

Таким чином, отримані дані свідчать про позитивний вплив комбінації атоксілу та лінекс форте на клінічні показники у хворих з СПК на тлі НЦД, що робить доцільним та перспективним застосування цієї комбінації при лікуванні хворих з даною патологією в амбулаторних умовах.

Висновки

1. До лікування обстежені пацієнти мали однотипові скарги на загальну слабкість, нездужання, головний біль, озноб, зниження апетиту, зниження працездатності, почуття неповного випорожнення кишечника, тяжкість або біль в епімезогастрії, метеоризм, чергування закрепів та проносів, порушення сну, нестійкість пульсу, нестійкість АТ, дихальний дискомфорт, кардіалгії, емоційну лабільність. Таким чином, у більшості обстежених астенічна, астено-невротична або астено-депресивна симптоматика мала виражене емоційне забарвлення.

2. В основній групі хворих з СПК на тлі НЦД, які додатково до загальноприйнятого лікування отримували комбінацію атоксілу та лінекс форте, відмічена більш швидка ліквідація симптоматики захворювання та досягнення стійкої клінічної ремісії, при цьому в групі зіставлення також відмічена позитивна динаміка симптомів захворювання, однак вони зменшувалися значно повільніше, а тому хворих із стійкою клінічною ремісією СПК та НЦД, була невелика кількість.

3. В подальшому при лікуванні хворих з СПК на тлі НЦД планується вивчити ефективність використання сучасних препаратів атоксілу та лінекс форте на показники гуморальної ланки імунітету.

Література

1. Атоксіл: інструкція для медичного застосування / Затверджено 10.12.2009 р Наказ МОЗ України № 937, № реєстраційного посвідчення: УА/2616/01/01.
2. Ардатская М.Д. Синдром раздраженного кишечника: эпидемиология, этиопатогенез, диагностика и лечебная коррекция / М.Д. Ардатская // Фарматека. - 2010. - № 15. - С. 10-16.
3. Звягинцева Т.Д. Синдром раздраженного кишечника: современные аспекты диагностики и лечения / Т.Д. Звягинцева // Здоров'я України. - 2007. - №7/1. - С. 3-5.
4. Иванова Л.Н. Патология пищеварительной системы в условиях экологического прессинга / Л.Н. Иванова. - Луганск: изд-во ЛГМУ, 2000. - 170 с.
5. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2000. - 320 с.
6. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.
7. Лінекс форте: інструкція для медичного застосування / Затверджено 21.02.2011р. Наказ МОЗ України №834, номер реєстраційного посвідчення: УА 11/300200000.
8. Прилуцкая О.А. Влияние нейрорегуляторной дистонии на отдельные показатели тяжести течения СРК / О.А. Прилуцкая, Д.А. Лесниченко // Украинский медицинский альманах. - 2009. - Т. 12, № 1. - С. 134-136.
9. Прилуцкая О.А. СРК, сочетающийся с нейрорегуляторной дистонией: воспаление, клиническое течение, эффективность лечения / О.А. Прилуцкая, Д.А. Лесниченко // Таврический медико-биологический вестник. - 2009. - Т. 12, № 1 (45). - С. 70-75.
10. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія» // Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.05. - К., 2005. - С. 45-48.
11. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» // Наказ МОЗ України № 436 від 03.07.2006 р. - К., 2006. - 146 с.
12. Стандартизовані протоколи діагностики та лікування хвороб органів травлення: методичні рекомендації / Н.В. Харченко, Г.А. Анохіна, Н.Д. Опанасюк [та інші.] - Київ, 2005. - 56 с.
13. Унифицированные биохимические методы обследования больных: методич. рекомендации / Под. ред. Л.Л. Громашевской. - Киев: МЗ Украины, 1990. - 64 с.
14. Філіппов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіппов, І.Ю. Скірда, Л.М. Петренчук // Гастроентерологія: міжвід. зб. - Дніпропетровськ, 2006. - Вип. 37. - С. 3-9.
15. Elshtein N. Polymorbidity in gastroenterological practice / N. Elshtein // Acta Medica. - 2006. - № 5. - P. 70-73.

16. Osipenko M.F. Clinical manifestations of vegetative dysfunction in patients with irritable bowel syndrome / M.F. Osipenko, E.A. Bikbulatova // *Klin Med (Mosk)*. – 2005. – Vol. 83, № 10. – P. 36-40.

17. Wald A. Irritable bowel syndrome-diarrhoea / A. Wald // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol*. – 2012. – № 26(5). – P. 573-580.

18. Wang A.J. A comparison between Rome III and Rome II criteria in diagnosing irritable bowel syndrome / A.J. Wang, X.H. Liao, P.J. Hu // *Zhonghua Nei Ke Za Zhi*. – 2007. – Vol. 46, № 8. – P. 644-647.

Резюме

Кривуля І.Г. Клініко-патогенетична характеристика та оптимізація лікування в амбулаторних умовах синдрому подразненого кишечника, поєданого з нейроциркуляторною дистонією.

Обстежено 148 хворих на синдром подразненого кишечника (СПК) на тлі нейроциркуляторну дистонію (НЦД) в амбулаторних умовах. Поєднання СПК з НЦД свідчить про механізм так званого взаємообтяження, коли наявність одного захворювання сприяє клінічним проявам супутньої патології, що надалі визначає тактику лікування цієї групи хворих. Встановлено, що в патогенетичному плані застосування сучасних препаратів атосілу та лінекс форте забезпечує позитивну динаміку клінічних показників у хворих з СПК на тлі НЦД.

Ключові слова: синдром подразненого кишечника, нейроциркуляторна дистонія, атосіл, лінекс форте, лікування.

Резюме

Кривуля І.Г. Клинико-патогенетическая характеристика и оптимизация лечения в амбулаторных условиях синдрома раздраженного кишечника, на фоне нейроциркуляторной дистонии.

Обследовано 148 больных синдромом раздраженного кишечника (СРК) на фоне нейроциркуляторной дистонии (НЦД) в амбулаторных условиях. Сочетание СРК с НЦД свидетельствует о механизме так называемого взаимоотяжения, когда наличие одного заболевания способствует клиническим проявлениям сопутствующей патологии, что в дальнейшем определяет тактику лечения этой группы больных. Установлено, что в патогенетическом плане применение современных препаратов атосила и линекс форте обеспечивает положительную динамику клинических показателей у больных с СРК на фоне НЦД.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, нейроциркуляторная дистония, атосил, линекс форте, лечение.

Summary

Krivulya I.G. Clinico-pathogenetic characteristics, the optimization of treatment and rehabilitation on an outpatient basis for irritable bowel syndrome on the background neurocirculatory dystonia.

We examined 148 patients with irritable bowel syndrome (IBS) on the background neurocirculatory dystonia (NCD) in an outpatient setting. The combination of IBS on the background on the NCD indicates the mechanism of the so-called weighing when the presence of one disease contributes to the clinical manifestations of comorbidity, which further determines treatment of this group of patients. Found that in terms of the application of modern pathogenic agents atoxil and linex forte provides positive dynamics of clinical parameters in patients with IBS on the background on the NCD.

Key words: irritable bowel syndrome, neurocirculatory dystonia, atoxil, linex forte, treatment.

Рецензент: д.медн., проф. Л.М. Іванова

УДК 615.454.1:54.061/.062

ВИВЧЕННЯ СТАБІЛЬНОСТІ ГЕЛЮ КЛОТРИМАЗОЛУ

Н.П. Половко

Національний фармацевтичний університет (Харків)

Вступ

Широке розповсюдження мікозів серед населення різних вікових груп, тривалий та часто хронічний перебіг захворювання, певна стійкість навіть до найсучасніших методів лікування обумовлюють актуальність пошуку нових антимікотичних субстанцій, розробки та удосконалення технології антимікотичних препаратів [3]. Ефективними протигрибковими засобами для зовнішнього застосування є препарати групи азолів (клотримазол, кетоконазол, біфоназол та ін.). Для них характерна висока активність, достатньо високий рівень проникнення у роговий шар епідермісу, відносно низька токсичність, відсутність резистентності [4]. За результатами попередніх досліджень було розроблено склад та технологію лікарського засобу з клотримазолом у формі гелю, основа якого містить карбомер та комплекс гідрофільних неводних розчинників [7]. Одним з етапів впровадження у виробництво лікарських засобів є їх стандартизація, в тому числі визначення умов та терміну зберігання.

Враховуючи вищесказане, метою роботи є вивчення фізико-хімічних властивостей гелю та визначення його стабільності в процесі зберігання.

Матеріали та методи дослідження

Для вивчення стабільності гелю були використані методи фізико-хімічних та мікробіологічних досліджень у відповідності до вимог ДФУ по загальноприйнятним методикам: опис, рН, однорідність, маса вмісту контейнеру, тощо [3]. Ідентифікацію клотримазолу та пропіленгліколю проводили методом ТШХ по появі на хроматограмах плям, які за положенням та розміром відповідають хроматограмм препаратів порівняння (Rf 0,8 та 0,7 відповідно) [9]. Етанол, гліцерин та ПЕО-400 ідентифікували за якісними реакціями.

Для кількісного визначення клотримазолу використовується цілий ряд методів: титриметричний, ВЕРХ, УФ-спектрофотометрія, тощо [8, 10]. Кількісне визначення клотримазолу проводили після