

## Резюме

**Бибик В.В.** Показники системи фагоцитуючих макрофагів у жінок, хворих на цервікальну інтраепітеліальну неоплазію легкого ступеню на першому рівні надання медико-санітарної допомоги.

Вивчені показники системи фагоцитуючих макрофагів (СФМ) шляхом дослідження фагоцитарної активності моноцитів (ФАМ) у жінок, хворих на цервікальну інтраепітеліальну неоплазію легкого ступеню. Встановлено, що до початку лікування у жінок, хворих на цервікальну інтраепітеліальну неоплазію мало місце зниження показників ФАМ, що свідчило про пригнічення СФМ. Застосування загальноприйнятої терапії не обумовлює повної нормалізації вивчених показників ФАМ.

**Ключові слова:** система фагоцитуючих макрофагів, цервікальна інтраепітеліальна неоплазія, легкий ступінь, загальноприйняте лікування.

## Резюме

**Бибик В.В.** Показатели системы фагоцитирующих макрофагов у женщин с цервикальной неоплазией легкой степени на первом уровне оказания медико-санитарной помощи.

Изучены показатели системы фагоцитирующих макрофагов (СФМ) путем исследования фагоцитарной активности моноцитов (ФАМ) у женщин с цервикальной интраэпителиальной неоплазией легкой степени тяжести. Установлено, что до начала лечения у женщин с цервикальной интраэпителиальной неоплазией легкой степени тяжести наблюдалось снижение показателей ФАМ, что свидетельствовало об угнетении функционального состояния СФМ. Применение общепринятой терапии не обуславливает полной нормализации изученных показателей ФАМ.

**Ключевые слова:** система фагоцитирующих макрофагов, цервикальная интраэпителиальная неоплазия, легкая степень тяжести, общепринятое лечение.

## Summary

**Bibik V.V.** Indexes of system of phagocytic macrophage in women with cervical intraepithelial neoplasia grade I on the first level of health care.

Indexes of system of phagocytic macrophage (SPM) by the study of phagocytic activity of macrophages (PAM) at the immunity in women with cervical intraepithelial neoplasia grade I was studied. It is set that before treatment of the immunity in women with cervical intraepithelial neoplasia grade I was reduced the indexes of PAM, that testified to oppression of a functional condition SPM. Application general treatment in complex of treatment don't provided normalisation of PAM indexes.

**Key words:** system of phagocytic macrophage, cervical intraepithelial neoplasia, grade I, general accepted treatment.

**Рецензент:** д.мед.н., проф. В.В. Сімрок

УДК 616.32.44-005/39

**ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЦИТОКІНОВОГО ПРОФІЛЮ КРОВІ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ НА ТЛІ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ**

О.В. Єрмоленко

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

## Вступ

Відомо, що для України в цілому, та зокрема великого промислового регіону Донбасу характерно підвищений рівень захворюваності на хронічну патологію шлунково-кишкового тракту, поперед усього серед людей молодого, найбільш працездатного віку, особливо тих, що працюють в шкідливих умовах виробництва або постійно мешкають поблизу індустріальних виробництв, які є джерелами екологічного забруднення довкілля. Однією з найбільш розповсюджених та актуальних хвороб сучасної гастроентерології є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) [11, 12]. За останні десятиліття спостерігається тенденція до зростання захворюваності та поширеності цієї патології. Супровідним захворюванням, яке може істотно впливати на перебіг та прогресування ГЕРХ, є хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) [9, 10]. Часте поєднання ХОЗЛ та ГЕРХ пояснюють формування наступного патогенетичного кола: ГЕРХ, унаслідок прямої дії соляної кислоти, пепсину та інших ферментів шлункового соку, та ініціювання езофагобронхіального рефлюксу, сприяє розвитку бронхоспазму і запального процесу в бронхах, а препарати, що застосовуються при ХОЗЛ, індукують прогресування ГЕРХ (сприяння релаксації нижнього сфінктера стравоходу) [13]. В сучасній літературі достатньо вивчене питання лікування хворих з ГЕРХ, але відсутні данні лікування даної сполученої патології. Тому нашу увагу привернуло питання терапії пацієнтів з ГЕРХ на тлі ХОЗЛ. При розробці раціональних підходів до лікування хворих зі сполученою патологією ШКТ та ХОЗЛ нами встановлена можливість використання препарату урсодезоксихолевої кислоти (УДХК) – урсофальк та інгібітор протонного насосу – езолонгу.

Урсофальк містить у своєму складі в якості діючого компоненту УДХК – третинну нетоксичну жовчну кислоту, що володіє гепатопротекторним, холекінетичним, літолітичним, гіпохолестеринемічним та антиоксидантним ефектами. Виявлено також, що препарати УДХК позитивно впливають на біохімічні параметри оксидативного стресу, зменшують активність ліпопероксидації й покращують ліпідний спектр крові. Підкреслюється, що урсофальк добре переноситься хворими й не викликає ніяких побічних ефектів, у тому числі алергічних. Урсофальк зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату та дозволений до клінічного застосування [7].

Езолонг – це інгібітор протонного насоса, знижує секрецію НСІ в шлунку шляхом специфічного інгібування протонного насоса в парієтальних клітинах. Переходячи в активну форму в кислому середовищі секреторних каналців парієтальних клітин СО шлунку, активується та пригнічує протонний насос –  $H^+/K^+$  АТФазу. Пригнічує базальну та стимульовану секрецію НСІ. Езолонг зареєстрований в Україні в якості лікарського препарату та дозволений до клінічного застосування [3].

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Стаття виконувалася 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 гастроєзофагальної рефлюксної хвороби у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень» (№ держ. реєстрації 0113U004379).

**Метою** роботи було вивчення впливу комбінації сучасних препаратів урсофальку та езолонгу на цитокіновий профіль крові у хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ при комплексному лікуванні в амбулаторних умовах.

#### **Матеріали та методи обстеження**

Під спостереженням знаходилося 78 хворих у віці від 21 до 59 років. Серед обстежених пацієнтів було 34 чоловіка (43,1%) і 44 жінок (56,9%). Всі обстежені хворі були розподілені на дві групи – основну (40 осіб) та зіставлення (38 пацієнтів). Для реалізації мети дослідження обидві групи хворих були рандомізовані за віком, статтю та характером перебігу поєднаної патології. Діагноз ГЕРХ був встановлений у відповідності до стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення (Наказ МОЗ України № 271 від 2005 р.) на підставі скарг хворих, даних анкетування та

верхньої ендоскопії відповідно до чинних рекомендацій. Ступінь ерозивного ураження стравоходу оцінювали за Лос-Анджелеською класифікацією [1]. Діагноз ХОЗЛ та ступінь тяжкості його перебігу був встановлений експертним шляхом на основі анамнестичних, клінічних та рентгенологічних даних і результатів спірографії, згідно з Наказом МОЗ України №128 від 19.03.2007 року. Пацієнти за показаннями були проконсультовані гінекологом, урологом, проктологом, неврологом, психоневрологом та/або психіатром.

Інструментальне обстеження органів травлення включало в себе проведення: ультразвукового дослідження органів травлення, езофагофіброгастроуденоскопії; рентгеноскопічного дослідження органів травлення; морфологічне дослідження біопатів слизової оболонки нижньої третини стравоходу; одномоментне фракційне зондування шлунка з наступним визначенням кислотоутворюючої і секретотворюючої функцій шлунка [6].

Інструментальне обстеження органів дихання включало в себе проведення: рентгенографії органів грудної клітини в 2 проєкціях; дослідження функції зовнішнього дихання.

Пацієнти обох груп (основної та зіставлення) отримували загальноприйняте лікування ГЕРХ на тлі ХОЗЛ у відповідності до «Стандартизованих протоколів діагностики та лікування хвороб органів травлення» [1, 8]. Крім загальноприйнятої терапії хворі основної групи додатково отримували урсофальк усередину по 500 мг 1 раз на день протягом 10–14 днів приймати наніч та езолонг по 20 мг 1 раз на добу на протязі 4 тижнів поспіль.

Крім загальноприйнятого клініко-лабораторного обстеження, у хворих, що були під наглядом, вивчали концентрацію цитокінів (ЦК) у сироватці крові, що проводилося за допомогою ІФА на лабораторному обладнанні виробництва фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція), в тому числі на імуноферментному аналізаторі PR 2100 на базі імунологічної лабораторії Луганського обласного центру по боротьбі та профілактиці СНІД. Концентрацію прозапальних (ІЛ-1 $\beta$ , ІЛ-2, ФНП $\alpha$ ) та протизапальних ЦК (ІЛ-4 та ІЛ-10) у крові визначали за допомогою сертифікованих в Україні реагентів виробництва ТОВ „Протеиновый контур” (ProCon) (РФ – СПб) [2, 5].

Статистичну обробку одержаних результатів досліджень здійснювали на персональному комп'ютері AMD Athlon 3600+ за допомогою дисперсійного аналізу із застосуванням стандартних пакетів

прикладних програм Microsoft Windows professional<sup>®</sup>, Microsoft Office 2007, Stadia 6.1/prof та Statistica [4].

#### Отримані результати та їх обговорення.

У результаті проведених імунологічних досліджень у хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, до початку лікування було встановлені вірогідні порушення з боку показників цитокинового профілю крові (ЦПК), що до початку проведення екстреної хіміопрофілактики були однотипові в обох групах обстежених, які знаходилися під наглядом – основній та зіставлення (табл. 1).

Таблиця 1

#### ЦПК у крові хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ до початку проведення лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи обстежених		P
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
ІЛ-1β, пг/мл	8,6±0,5	16,6±0,8**	16,4±0,7**	>0,05
ФНП $\alpha$ , пг/мл	5,4±0,3	10,6±0,5***	10,3±0,7***	>0,05
ІЛ-4, пг/мл	47,2±1,6	57,6±1,2*	58,2±1,3*	>0,05
ІЛ-10, пг/мл	1,28±0,05	1,52±0,07*	1,51±0,05*	>0,05
ІЛ-1β/ІЛ-10	6,72±0,04	10,9±0,19**	10,8±0,2**	>0,05
ФНП $\alpha$ / ІЛ-10	4,22±0,03	7,0±0,07**	6,8±0,09**	>0,05

**Примітки:** в таблицях 1-2 вірогідність різниці відносно норми \* - при P<0,05, \*\* - при P <0,01, \*\*\* - при P<0,001; стовпець P – вірогідність різниці між хворими основної групи та групи зіставлення.

Так, концентрація прозапальних цитокинів - ІЛ-1β та ФНП $\alpha$  була підвищена відносно норми: в основній групі концентрація ІЛ-1β перевищувала значення норми в середньому в 1,93 рази (P<0,001), складаючи при цьому в середньому (16,6±0,8) пг/мл, а у групі зіставлення – в 1,91 рази (P<0,001), дорівнюючи при цьому в середньому (16,4±0,7) пг/мл. Рівень ФНП $\alpha$  у крові був вище норми у осіб основної групи в 1,96 рази (P<0,001) та досягав значення в середньому (10,6±0,5) пг/мл, а у осіб групи зіставлення – в 1,91 рази (P<0,001), дорівнюючи (10,3±0,7) пг/мл. У той же час не було виявлено вірогідних розбіжностей між показниками ІЛ-1β та ФНП $\alpha$  в основній групі та групі зіставлення (P>0,05), що свідчить про однакове вираження зсувів концентрації прозапальних ЦК в обох обстежених групах.

До початку проведення лікування у хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ відзначалися різноспрямовані зсуви з боку концентрації протизапаль-

них ЦК. В цілому концентрація ІЛ-4 у крові обстежених до початку проведення лікування була збільшена у середньому в 1,22 рази у основній групі (P<0,05) і складала при цьому (57,6±1,2) пг/мл, в групі зіставлення кратність підвищення цього показника складала 1,23 рази стосовно норми (P<0,05) та він дорівнював (58,2±1,3) пг/мл. Вміст протизапального ЦК ІЛ-10 у сироватці крові був збільшений у 1,2 рази відносно норми у основній та групі та групі зіставлення (P<0,05).

До початку проведення лікування коефіцієнти, які відображають співвідношення цитокинів у крові з прозапальною та протизапальною активністю, були підвищеними. Так, кратність збільшення коефіцієнту ІЛ-1β/ІЛ-10 відносно норми складала в основній групі 1,62 рази (P<0,01), в групі зіставлення – в 1,61 рази (P<0,01), ФНП $\alpha$ /ІЛ-10 – відповідно в середньому в 1,65 рази в основній групі (P<0,01) та в 1,61 рази – в групі зіставлення (P<0,01). Таким чином, в обох групах обстежених ГЕРХ на тлі ХОЗЛ, до початку проведення лікування та відмічено переважання прозапальних властивостей крові над протизапальними.

При повторному проведенні імунологічного обстеження після завершення лікування було встановлено, що в основній групі (яка отримувала комбінацію урсосфальк та езолонг) мала місце чітка позитивна динаміка проаналізованих показників цитокинового профілю крові, що характеризувалася зниженням концентрації прозапальних цитокинів (ІЛ-1β та ФНП $\alpha$ ) на фоні помірною зменшення вмісту протизапальних цитокинів (ІЛ-4, ІЛ-10), у зв'язку з чим коефіцієнти ІЛ-1β/ІЛ-10 та ФНП $\alpha$ /ІЛ-10 підвищувалися до верхньої межі норми (табл. 2).

Таблиця 2

#### ЦПК у крові хворих на ГЕРХ на тлі ХОЗЛ після завершення лікування (M±m)

Показники	Норма	Групи обстежених		P
		основна (n=40)	зіставлення (n=38)	
ІЛ-1β, пг/мл	8,6±0,5	9,0±0,8	12,3±0,7**	>0,05
ФНП $\alpha$ , пг/мл	5,4±0,3	5,7±0,4	7,8±0,5**	>0,05
ІЛ-4, пг/мл	47,2±1,6	48,1±1,1	53,9±1,2*	>0,05
ІЛ-10, пг/мл	1,28±0,05	1,30±0,03	1,42±0,05*	>0,05
ІЛ-1β/ІЛ-10	6,72±0,04	6,92±0,06	8,66±0,08*	>0,05
ФНП $\alpha$ / ІЛ-10	4,22±0,03	4,38±0,05	5,49±0,07*	>0,05

Так, як відображено у таблиці 2, концентрація ІЛ-1β у крові осіб основної групи на момент завершення лікування дорів-

нювала в середньому  $(9,0 \pm 0,8)$  пг/мл, що вірогідно від норми не відрізнялося ( $P > 0,05$ ), вміст ФНП $\alpha$  –  $(5,7 \pm 0,4)$  пг/мл ( $P > 0,05$ ), ІЛ-4 –  $(48,1 \pm 1,1)$  пг/мл ( $P > 0,05$ ), ІЛ-10 –  $(1,30 \pm 0,03)$  пг/мл ( $P > 0,05$ ). Зниження індексів ІЛ-1 $\beta$ /ІЛ-10 та ФНП $\alpha$ /ІЛ-10 свідчило про нормалізацію співвідношення між прозапальним та протизапальним цитокінами у основній групі осіб.

У групі зіставлення мала місце незначна тенденція до відновлення показників ЦПК, однак суттєво менша, ніж у осіб основної групи. Так, вміст ІЛ-1 $\beta$  в осіб групи зіставлення в цей період обстеження залишався у 1,43 рази вище норми ( $P < 0,01$ ), концентрація ФНП $\alpha$  – в 1,48 рази вище норми ( $P < 0,01$ ). Концентрація протизапального цитокіну ІЛ-4 в осіб групи зіставлення на момент завершення лікування залишалася вище нормальних значень у 1,14 рази ( $P < 0,05$ ), вміст ІЛ-10 в крові осіб групи зіставлення залишався в 1,1 рази вище норми ( $P < 0,05$ ), коефіцієнт ІЛ-1 $\beta$ /ІЛ-10 у осіб групи зіставлення на момент завершення лікування був в 1,29 рази ( $P < 0,05$ ) та ФНП $\alpha$ /ІЛ-10 – в 1,37 рази вище норми ( $P < 0,05$ ). Отже, після завершення курсу лікування за допомогою комбінації урсофальку та езолонгу в основній групі відмічається практично повна нормалізація ЦПК.

Таким чином, одержані дані свідчать про патогенетичну обґрунтованість та перспективність використання комбінації сучасних препаратів урсофальку та езолонгу з метою оптимізації лікування хворих на GERX на тлі ХОЗЛ.

#### Висновки

1. У хворих на GERX на тлі ХОЗЛ при проведенні імунологічного дослідження до початку лікування був виявлений дисбаланс ЦПК у крові, що полягав у підвищенні рівня прозапальних ЦК одночасно зі незначним збільшенням концентрації протизапальних. Дійсно, у хворих на GERX на тлі ХОЗЛ основної групи концентрація прозапального ЦК ІЛ-1 $\beta$  – в 1,91-1,93 рази, ФНП $\alpha$  на момент початку лікування перевищувала норму в середньому в 1,91-1,96 рази, рівень протизапального ЦК ІЛ-4 перевищував норму в середньому в 1,22-1,23 рази, ІЛ-10 – в середньому у 1,2 рази. Коефіцієнти, які відображають співвідношення ЦК у крові з прозапальною та протизапальною активністю, були підвищеними: ІЛ-1 $\beta$ /ІЛ-10 – в 1,61-1,62 рази, ФНП $\alpha$ /ІЛ-10 – в 1,62-1,65 рази. Таким чином, у хворих на GERX на тлі ХОЗЛ до початку лікування відмічається суттєве переважання прозапальних властивостей крові над протизапальними.

2. При використанні загальноприйнятої терапії хворих на GERX на тлі ХОЗЛ спостерігалось покращення показників ЦПК, але концентрація ІЛ-1 $\beta$  залишалася у 1,43 рази вище норми ( $P < 0,01$ ), ФНП $\alpha$  – в 1,48 рази вище норми ( $P < 0,01$ ) пг/мл, ІЛ-4 – у 1,14 рази ( $P < 0,05$ ), ІЛ-10 – в 1,1 рази, коефіцієнт ФНП $\alpha$ /ІЛ-10 перевищував значення норми в 1,37 рази, ІЛ-1 $\beta$ /ІЛ-10 – в 1,29 рази.

3. Виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним і перспективним використання комбінації урсофальку та езолонгу в комплексі заходів лікування хворих з загостренням GERX на тлі ХОЗЛ в амбулаторних умовах.

#### Література

1. Бабак О.Я. Новые стандарты ведения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью / О.Я. Бабак // *Здоров'я України*. - 2008. - № 3. - С. 11–15.
2. Демьянов А.В. Диагностическая ценность исследований уровней цитокинов в клинической практике / А.В. Демьянов, А.Ю. Котов, А.С. Симбирцев // *Цитокины и воспаление*. - 2003. - Т. 2, № 3. - С. 20–33.
3. Езолонг: інструкція для медичного застосування / Затверджена 18.05.2011 р. Наказ МОЗ України №287, номер реєстраційного посвідчення: УА/11328/01/01.
4. 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.
5. Тест системы ProCon IL1 $\beta$  (ИЛ-1 $\beta$ ), TNF $\alpha$  унифицированные биохимические методы обследования больных: метод. рекомендации / Под. ред. Л.Л. Громашевской. - Киев: МЗ Украины, 1990. - 64 с.
6. Урсофальк: інструкція для медичного застосування / Затверджена від 10.08.2011 р., наказ МОЗ України №494.
7. Фадеенко Г.Д. Новый алгоритм медикаментозной терапии при ГЭРБ / Г.Д. Фадеенко, М.О. Бабак, Т.Л. Можина // *Сучасна гастроентерол.* - 2008. - № 4. - С. 4-7.
8. Agashe A. Study of pulmonary (lung) functioning at of Dust in India using spirometric testing / A. Agashe, V.S.Deshpande // *J. Environ. Sci. Eng.* - 2010. - Vol. 52, № 2. - P. 163-166.
9. Barnes P.J. Chronic obstructive pulmonary disease: molecular and cellular mechanisms / P.J. Barnes, S.D. Shapiro, R.A.Pauwerls // *Eur. Respir. J.* - 2003. - Vol. 22. - P. 672-688.
10. Casanova C. Increased gastro-esophageal reflux disease in patients with severe COPD / C. Casanova, J.S. Baudet, M. del Valle Velasco // *Eur. Respir. J.* - 2004. - Vol. 23, № 6. - P. 841–845.

11. Franciosi L.G. Markers of disease severity in chronic obstructive pulmonary disease / L.G. Franciosi, C.P. Page, B.R. Celli // *Pulm. Pharmacol. Ther.* - 2006. - Vol.19, № 3. - P. 189-199.

12. Leone A. The proton pump inhibitor test for gastroesophageal reflux disease: Optimal cut off value and duration / A. Leone, M. Tonini, P. Dominici // *Dig. Liver.* - 2010. - Vol. 42, № 11. - P. 785-790.

#### Резюме

**Єрмоленко О.В.** Вивчення показників цитокінового профілю крові у хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу на тлі хронічного обструктивного захворювання легень при комплексному лікуванні в амбулаторних умовах.

Вивчений вплив комбінації урсофальку та езолонгу на цитокіновий профіль крові хворих на гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу на тлі хронічного обструктивного захворювання легень. Встановлено, що застосування цих препаратів сприяє нормалізації концентрації протизапальних та прозапальних цитокінів у сироватці крові хворих з даною коморбідною патологією.

**Ключові слова:** урсофальк, езолонг, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, хронічне обструктивне захворювання легень, амбулаторне лікування.

#### Резюме

**Єрмоленко А.В.** Изучение показателей цитокінового профиля крови у больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне хронического обструктивного заболевания легких при комплексном лечении в амбулаторных условиях.

Изучено влияние комбинации урсофалька и эзолонга на цитокіновый профиль крови больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне хронического обструктивного заболевания легких. Установлено, что применение этих препаратов способствует нормализации концентрации противовоспалительных и провоспалительных цитокінов в сыворотке крови больных с данной коморбидной патологией.

**Ключевые слова:** урсофальк, эзолонг, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, амбулаторное лечение.

#### Summary

**Ermolenko A.V.** Study indicators of of blood cytokine profile in patients with gastroesophageal reflux disease with chronic obstructive pulmonary disease in the complex treatment in an outpatient setting.

Influence of combinations ursofalk and ezolong of cytokine profile in the blood of patients with gastroesophageal reflux disease with chronic obstructive pulmonary disease. It was established that the use of these medications helps to normalize the concentration of cytokines in the serum of patients with this comorbid diseases.

**Key words:** ursofalk, ezolong, gastroesophageal reflux disease, chronic obstructive pulmonary disease.

*Рецензент: д.мед.н., проф. В.О. Терьошин*

УДК 616.342 - 002.44+616.12

## СТАН КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ ТА ЙОГО КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ В УМОВАХ ПОЛІМОРБІДНОСТІ

**Л.М. Іванова, К.М. Компанієць, Ю.В. Сидоренко,  
М.В. Височин, В.Л. Васильєва**

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»  
Центральна міська клінічна лікарня №1 (Донецьк)*

### Вступ

Захворюваність на пептичну виразку дванадцятипалої кишки (ПВ ДПК), яка щорічно виникає у 0,2% мешканців України, складає 28,8% від загальної кількості хронічних захворювань органів травлення [2, 3, 4, 5]. Водночас серцево-судинні захворювання посідають перше місце за поширеністю, а смертність від них, в тому числі й ішемічної хвороби серця (ІХС), перевищує аналогічні показники в інших країнах Європи [7, 11]. У ряді досліджень показано достовірний взаємозв'язок між наявністю хронічної інфекції, обумовленої хелікобактером (НР), розвитком атеросклеротичного ураження судин та ІХС [9, 10, 11]. На сьогодні спостерігається ріст поліморбідності пацієнтів, в тому числі поєданого перебігу ПВ ДПК та ІХС (8-14%), що модифікує клінічну картину обох захворювань, утруднює діагностику, знижує ефект лікування [1, 8].

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами:** робота виконана згідно з основним планом науково-дослідних робіт (НДР) Луганського державного медичного університету і є фрагментом теми НДР кафедри пропедевтики внутрішньої медицини: «Реабілітація хворих зі сполученою терапевтичною патологією» (№ держреєстрації 0106U0010837).

**Мета** дослідження - дослідити зміни клітинної ланки імунітету у хворих на ПВ ДПК у сполученні з ІХС та ефективність впливу на них комбінації субаліну і тівортину аспартату.

### Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 120 хворих на ПВ ДПК у сполученні з ІХС (стабільна стенокардія II ФК), в тому числі 87 чоловіків (72,5%) та 33 жінки (27,5%) у віці від 23 до 63 років. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб (11 жінок та 19 чоловіків), середній вік яких становив 40,8±3,5 років.