

мкмоль/г\*хв., а у щурів з корекцією вірогідно знизився та склав  $0,33 \pm 0,04$  мкмоль/г\*хв ( $P \leq 0,05$ ). Натомість у групи який вводили мультипробіотик "Симбітер ацидофільний концентрований" загальна антитриптична активність склала  $23,61 \pm 2,48$  г/кг, що вірогідно вище ніж у щурів без корекції  $13,2 \pm 3,82$  г/кг.

Отже, застосування мультипробіотика "Симбітер ацидофільний концентрований" нормалізує дисбіоз, що виникає за умов ожиріння, сприяє нормалізації маси тіла та нормалізує протеїназно-інгібіторний дисбаланс у м'яких тканинах пародонта щурів за умов глутамат-індукованого ожиріння.

## РАЦІОНАЛЬНА ТЕРАПІЯ ОСТЕОАРТРИТУ

### RATIONAL PHARMACOTHERAPY OF OSTEOARTHRITIS

**Vasiliv I.T., Assoc. Prof. Kapustianska A.A.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

**Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією**

Не дивлячись на широкий арсенал терапії, остеоартрит (ОА) залишається актуальною медико-соціальною проблемою, переважно старіючого населення. Суглобові болі значно обмежують моторну активність, працездатність та, в цілому, погіршують якість життя пацієнтів. Початком хвороби є локалізація болю в крупних суглобах з подальшим розповсюдженням на інші суглоби. Розвиток болю при остеоартриті, а в подальшому деформацій суглобових поверхонь, тугорухомості та контрактур суглобів примушує до пошуку раціональної терапії.

Метою роботи було дослідження впливу препарату «Дона» в комплексному лікуванні хворих на остеоартроз.

У ревматологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні було проведено спостереження 21 пацієнта, жінок, з яких троє мали вік – 45 років, десять пацієток у віці 50 років, та 8 пацієток з віком 55 років. Діагноз остеоартриту встановлено за відповідними клініко-лабораторними критеріями.

У 12 пацієнтів (57 %) діагностовано ОА колінних суглобів, з ураженням тазо-стегнових суглобів - 5 пацієнтів (24 %), з приєднанням до ураження дрібних суглобів кистей – 4 пацієнти (19 %). Препарат «Дона» був призначений 21-й пацієнтці, в дозі одного саше, еквівалентний 1500 мг глюкозаміну сульфату, 1 раз на день, під час їди. Тривалість лікування склала 12 тижнів. У 19 пацієнтів біль в суглобах значно зменшився після першого місяця від початку лікування.

Встановлено що, у 21-ї пацієнтки спостерігалось покращення стану суглобового хряща після прийому препарату через 6 місяців.

За результатами спостережень можна зробити висновок що, препарат «Дона», діючою речовиною якого є глюкозамін сульфат, це просте і раціональне рішення медикаментозної терапії остеоартриту, а також структурно-модифікуючий ефект, що дозволяє уповільнити темпи прогресування деградації компонентів суглобу.

## ХРОНОФАРМАКОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА

### CHRONOPHARMACOLOGICAL ASPECTS OF TREATMENT OF GASTRIC ULCER

**Vietkina A.Yu., Shkodina A.D., Assoc. Prof. Chechotina S.Yu.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

**Кафедра експериментальної та клінічної фармакології з клінічною імунологією та алергологією**

Біоритмологічна організація живих систем є загальновідомим природним феноменом, що ставить людський організм на якісно новий рівень взаємозв'язків з оточуючим середовищем, зокрема, геліогеофізичними впливами (Сонник Т.Г., 2010). На сьогодні для органів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) циркадний ритм досліджено найкраще, оскільки це один з важливих показників їх нормального функціонування.

Метою роботи — за літературними джерелами дослідити хронофармакологічні особливості застосування антисекреторних препаратів для лікування виразкової хвороби шлунка (ВХШ).

Відомо, що моторна, секреторна та ферментативна активність органів травного тракту максимальна в активну фазу доби — денний час і мінімальна — вночі. При розвитку патології відбувається порушення показників ритмічної активності ШКТ (зміщення акрофаз, менора, зміни амплитуди). Зокрема, при ВХШ відбувається зміщення акрофази добового ритму секреції шлункового соку, його кислотності, моторики ШКТ на вечірньо-нічні години. Частота розвитку загострення ВХШ спостерігається вночі та вранці. Тому для підвищення ефективності лікування цієї патології необхідно дотримуватися превентивної хронотерапії. Слід призначати лікарські засоби за декілька годин до виникнення акрофази патологічних змін в органі. Для зниження секреції хлористоводневої кислоти хворим на ВХШ призначають наступні групи лікарських засобів: інгібітори протонного насосу, H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори, M-холінолітики. Максимальна ефективність препаратів цих груп — 19-20 години. Антацидні засоби при ВХШ необхідно приймати протягом дня через 1-2 години після вживання їжі та при виникненні болю (кислотність шлункового соку підвищується після кожного прийому їжі) та обов'язково на ніч. Досліджено, що в хворих на ВХШ навесні підвищена секреція гістаміну, серотоніну, кортизолу, влітку — гастрину та підвищена активність ацетилхолінерастери, в осінні місяці — знижені синтез гістаміну, серотоніну та активність ацетилхолінерастери. Тому навесні та влітку краще з профілактичною метою хворим на ВХШ краще призначити H<sub>2</sub>-гістаміноблокатори, в осінні місяці — M-холінолітики. Не зважаючи на загальновідомі аспекти хронофармакології в терапії захворювань ШКТ, актуальності набуває її індивідуалізація. Новітні дослідження довели, що з метою оптимального підбору лікарського препарату необхідно враховувати індивідуальні особливості біоритмів секреторної активності для кожного пацієнта, базуючись на даних рН-грами, для виявлення найбільш сприятливого часу введення засобу.

Таким чином, впровадження в гастроентерологічну практику хронофармакологічних схем дозволяє оптимізувати терапію ВХШ, знизити кількість побічних реакцій і витрати на лікування.