

артеріальних і венозних судин. Никілеві іонні канали визначають в судинах інтрацелюлярний вхід іонів кальцію. На наш погляд, вміст у волоссі $Ni > 500$ нг/г є прогнознегативним чинником коморбідного перебігу АС та ВХ.

У хворих на АС без ВХ певне значення в патогенетичних побудовах відводиться Ве і Рb, які чинять виразну артеріотоксичну дію, викликають активацію δ -амінолевулінової кислоти дегідратази та стимуляцію синтезу вазальних прозапальних цитокінів, розвиток ендотеліальної дисфункції судин, а при ізольованій ВХ – гіперкоагуляцію крові через надпродукцію фосфатиділсерину та прооксидантний ефект, нівельований адреномедуліном. Кореляційний аналіз демонструє прямий інтегральний зв'язок ступеня ушкодження усіх груп периферійних судин із вмістом у волоссі Cd, Ni і Рb.

Тяжкість атеросклеротичного ураження периферичних артеріальних судин з коморбідною ВХ впливає на концентрації у волоссі Al, Li, Рb, Sr і V. Виходячи з результатів регресійного аналізу, від ступеня ушкодження артерій прямо залежать показники Ва і Рb, а обернено – Ві й Li. Встановлено, що параметри у волоссі таких хворих $Co < 4$ нг/г і $Pb > 800$ нг/г відбивають тяжкість атеросклеротичного ураження периферичних артерій. З показником ендотелійзалежної вазодилатації прямо корелює рівень Ni, а обернено – Ві, Cd, Со і Sr. Ендотелійнезалежна вазодилатація позитивно співвідноситься з концентраціями Ва, Li та Ni, а негативно – із Sb. У випадках наявності коморбідної ВХ параметри периферичного судинного опору мають обернені кореляційні зв'язки із вмістом у волоссі Со. Подані дані вказують на зв'язок мікроелементного складу в організмі хворих із станом судинної реактивності.

**Пирнепесова В.Ш.^{1,2}, Мамедов К.К.², Шапкин В.Е.²
ЯНДАК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С
ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО
ПИЕЛОНЕФРИТА**

**¹Серхетабадская городская больница, Серхетабад,
Марыйский велаят, Туркменистан**

**²Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина**

В настоящее время все больше внимания уделяется коморбидной патологии. Ее широкое повсеместное распространение и недостаточная эффективность применяемой терапии свидетельствуют о необходимости поиска дополнительных направлений лечения. Одним из них может быть фитотерапия. Мы выбрали такое нередкое сочетание патогенетически

связанных друг с другом заболеваний как наличие хронического бронхита на фоне хронического пиелонефрита. В обоих случаях речь идет об относительно интенсивном воспалительном процессе, связанном с недостаточной эффективностью работы иммунной системы, что приводит к персистенции неспецифической инфекции. В качестве дополнительного средства в терапии данной коморбидной патологии нами был выбран фитопрепарат яндак (лат. *Alhági*, верблюжья колючка) издавна использовавшийся в виде отвара в туркменской народной медицине как антисептик.

Материалы и методы исследования. Отвар яндака (верблюжьей колючки) применялся в составе комплексной терапии больных с обострением хронического бронхита на фоне хронического пиелонефрита в стадии нестойкой ремиссии. Было обследовано 53 пациента в возрасте от 21 до 58 лет (28 женщин и 25 мужчины). Лечение больных включало оптимизацию режима жизни, диету, применение защищенного полусинтетического пенициллина (амксициллин с клавулоновой кислотой), отхаркивающего средства амброксол) а также уросептика канефрон. Отвар яндака (верблюжьей колючки) дополнительно назначался 29 больным (первая группа) по пол стакана, за полчаса до приема пищи 3 раза в день. Вторая группа, состоящая из 24 пациентов, получала только традиционную терапию. Исследование проводилось в течение 4 недель.

Отвар яндака (верблюжьей колючки) готовился следующим образом: к двум чайным ложкам высушенной верблюжьей колючки (лат. *Alhági*) добавлялось 200 мл кипятка, после чего отвар готовился на слабом огне в течении 20 мин. Затем отвар настаивался в течении получаса. Отвар яндака оказывает целый ряд лечебных свойств в виде отхаркивающего, противовоспалительного, мочегонного, вяжущего, капилляроукрепляющего лечебного эффекта, восполняет дефицит в организме ряда макроэлементов и витаминов, а также способствует выведению из организма излишков солей и токсических веществ.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного лечения нормализация СОЭ отмечалась у 21 пациента первой группы (72,4) % и у 17 больных второй (70,8%). Уменьшился кашель у 24 пациентов первой группы (82,7) % и у 20 больных второй (83,3%). Улучшилось отхождение мокроты у 26 пациентов первой группы (89,7) % и у 20 больных второй (83,3%). Боли в поясничной области уменьшились у 19 пациентов первой группы (65,5) % и у 13 больных второй (54,2%). Побочные эффекты при приеме данного препарата не отмечались.

Таким, образом, при применении отвара яндак (лат. *Alhági*) имела место тенденция к более выраженному снижению воспалительного процесса у пациентов с наличием хронического бронхита и хронического пиелонефрита, что проявилось лучшей динамикой уменьшения СОЭ и

болей в поясничной области, а также более значительным улучшением отхождения мокроты.

Выводы. Проведенное исследование показывает, что отвар яндака (верблюжей колючки) может быть действенным дополнительным компонентом комплексной терапии пациентов с хроническим бронхитом на фоне хронического пиелонефрита. Удовлетворительная переносимость препарата, наряду с доступной ценой позволяют его широко использовать в клинической практике.

Самойлова Г.П.

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ОКОРУХОВИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА МІАСТЕНІЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Для ендокринологів та неврологів проблеми діагностики окорухових порушень у хворих на міастенію та ендокринну патологію представляють певний інтерес. За даними літератури, окорухові порушення присутні у 75% хворих на міастенію та у 40% хворих з патологією щитоподібної залози (ендокринна офтальмопатія). Клінічні прояви окорухових порушень у пацієнтів з міастенією і у хворих ендокринною офтальмопатією дуже схожі. Крім того, діагностичну складність представляють випадки міастенії з позитивною реакцією на введення антихолінестеразних препаратів і відсутністю дефекту нервово-м'язової передачі при електроміографії. Подібність клінічних ознак окорухового синдрому при обох нозологіях в ряді випадків ускладнює розуміння природи окорухових порушень, особливо у хворих з поєднанням міастенії і ендокринної патології, що призводить до труднощів верифікації очних проявів у таких пацієнтів.

Роботи по вивченню порівняльних характеристик окорухових порушень у хворих на міастенію і у хворих з ендокринною офтальмопатією в літературі нечисленні. У роботах деяких авторів висловлена гіпотеза про спільність генетичних детермінант міастенії, ендокринної офтальмопатії і захворювань щитоподібної залози, що обумовлює можливість коморбідності цих патологічних станів у одного хворого.

Так, у роботах Гнездинської О.В. і співавторів було встановлено, що у хворих на міастенію виявляється не тільки високі концентрації антитіл проти різних типів клітин тимуса (епітеліальні і міоїдні клітини та тільця Гасаля), але й підвищення рівню автоантитіл до інших органів і тканин