

визначається її терапевтичним індексом або співвідношенням (TD50/ED50). Виходячи з цього, антидот також визначено як агент, який «збільшує середню смертельну дозу токсину».

Необхідно підкреслити, що очікувана користь від антидоту повинна бути визначена та зважена з потенційними побічними ефектами та токсичністю самого антидоту. При тяжкому отруєнні антидот є лише доповненням до підтримуючої терапії, і його застосування не повинно перекривати дії лікаря стосовно дихальних шляхів, дихання, кровообігу та деконтамінації. Якщо антидоти вводять належним чином, вони можуть обмежити захворюваність і смертність. З іншого боку, якщо вони недоступні або використовуються неналежним чином, пацієнт може зазнати побічних ефектів від отрути чи протидоту відповідно.

Існує чотири основні механізми, які лежать в основі антидотної терапії, що призводить до зміни токсинового навантаження, тривалості впливу та підвищення порогу токсичності для пацієнта. Це зниження рівня активного токсину (активоване вугілля, димеркапрол, Digi-Fab та ін.), блокування місця дії токсину (налоксон, фомепазол та ін.), зменшення токсичних метаболітів (N-ацетилцистеїн, тіосульфат натрію) і протидія впливу токсину (атропін, вітамін К, піридоксин та ін.).

Важко встановити правильний підхід щодо введення антидоту при отруєнні, оскільки це залежить від lag-періоду дії отрути, токсикокінетичних властивостей та механізму дії антидоту. Антидоти, які знижують рівень токсину шляхом зменшення абсорбції або адсорбції (зв'язувальні агенти) на рівні рецептора/ферменту, як правило, мають значний ефект, якщо їх ввести рано. З іншого боку, антидоти, які модифікують токсичні метаболіти або модулюють ефекти (до прикладу, прямий антагонізм до токсину або симптоматична дія), можна вводити в різний час.

Отже, позитивний результат лікування отруєння вимагає не тільки належного впливу на стан дихальних шляхів, дихання і кровообігу, але й знання та коректне застосування відповідної антидотної терапії. Останнє може призвести до зменшення інтенсивності отруєння та покращення результатів, рівно як і призвести до погіршення стану пацієнта та навіть його смерті.

РЕЗУЛЬТАТИ ОСНОВНИХ КЛІНІЧНИХ СИНДРОМІВ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ГЕПАДИФУ, ЕЗЕТИМІБУ ТА ФОЗИНОПРИЛУ У ХВОРИХ НА НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕПАТИТ, ОЖИРІННЯ ТА ГХ II СТ.

Мандрик О.Є., Хухліна О.С., Смандич В.С., Олійник І.В., Яковлєв В.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

oliinyk.ivanna.mf2@bsmu.edu.ua

Актуальність проблеми зумовлена істотним зростанням у останній час частоти коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ) на фоні ожиріння із

розвитком неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), який характеризується синдромом взаємообтяження.

Мета дослідження – вивчити вплив комплексу засобів гепадифу, езетимібу (езетролу) та фозиду (фозиноприлу) на перебіг НАСГ, ГХ II стадії, ожиріння.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 120 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ II стадії та ожирінням I ступеня. Для визначення ефективності лікування було сформовано 2 групи пацієнтів, які були рандомізовані віком, статтю, ступенем ожиріння, та активністю цитолітичного синдрому.

Контрольна група (К) (60 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, ессенціале Н по 1 капсулі 3 рази на день (як гепатопротекторний препарат), аторвастатин (атокор) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та еналаприлу малеат по 10 мг на добу під контролем АТ упродовж 30 днів. Основна група (О) (60 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, гепадиф (Г) по 1 капсулі 3 рази в день (як гепатопротекторний препарат), езетиміб (Е) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та фозиноприл (Ф) по 10 мг на добу для контролю АТ упродовж 30 днів. Під час дослідження випадків побічної дії ліків не було.

Результати дослідження. На підставі порівняльної динаміки інтенсивності основних клінічних синдромів О та К груп на 30-й день лікування. Загальна слабкість, у О групи зі схемою лікування: гепадиф, езетиміб, фозиноприл становила - 4,8 бала. А в К групи зі схемою лікування: ессенціале Н, аторвастатин, еналаприлу малеат становила - 3 бали. Працездатність, у О групи зросла до - 4,9 бала. Тоді, як у К групі істотного зростання працездатності не відмічалось - 2,8 бала.

Гіркота у роті, у О групи зменшилась і становила - 4,5 бала. У К групи прояв даного симптому зменшився незначно та становив - 1, 4 бала. Сухість у роті, у О групи її прояви майже не спостерігались та становили - 4, 8 бала. Тоді, як в К групі прояви спостерігалися часто і становили – 1,8 бала. Нудота, у О групи спостерігалася рідко і становила - 4,3 бала, а в К групі виявлялася часто і становила - 2,5 бала. Здуття живота, у О групи майже не було і становило 4,7 бала. А в К групі здуття живота було частим проявом і становило – 1,7 бала. Відчуття важкості у правій підреберній ділянці, у О групи зменшилось і становило - 4,7 бала. А в К групі зменшення прояву не істотне і становило - 2,3 бала. Гепатомегалія, у О групи рідко виявлялась і становила - 4,6 бала. А в К групі, цей прояв був частіший і становив - 3,2 бала.

Висновок: Лікувальний комплекс із включенням препаратів гепадиф, фозиноприл та езетиміб був ефективніший за традиційну комбінацію: ессенціале Н, еналаприл та аторвастатин, як у відношенні швидкого досягнення ремісії основного так і супровідного захворювань.