

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
95 – ї
підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
(присвячена 70-річчю БДМУ)**

17, 19, 24 лютого 2014 року

Чернівці – 2014

УДК 001:378.12(477.85)
ББК 72:74.58
М 34

Матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 328 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 95 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету – присвяченої 70-річчю БДМУ (Чернівці, 17, 19, 24 лютого 2014 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Андрієць О.А.
доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.
доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.
доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.
доктор медичних наук, професор Заморський І.І.
доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.
доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.
чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.
доктор медичних наук, професор Польовий В.П.
доктор медичних наук, професор Слободян О.М.
доктор медичних наук, професор Ташук В.К.
доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.
доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.
доктор медичних наук, професор Шаплавський М.В.

ISBN 978-966-697-533-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2014



виявлення початкових стадій ДН. Запропоновано шляхи вирішення існуючих проблем та перспективні методи діагностики, профілактики і лікування ДН.

Гінгуляк О.М.

ЕНДОТЕЛІАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ ТА РОЛЬ МАРКЕРІВ ЗАПАЛЕННЯ У ОСІБ ІЗ СУБКЛІНІЧНИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Згідно з останніми аналітично-статистичними даними, близько 53% населення України мають серцево-судинні захворювання, які є лідерами серед причин смертності (Коваленко В.М., Корнацький В.М., 2010).

На сьогодні основна причина розвитку ішемічної хвороби серця (ІХС) - атеросклероз – розцінюється як одна із форм хронічного запалення, в основі якого лежить порушення холестеринного обміну. ІХС виникає у чоловіків за відсутності явних факторів ризику, як правило у віці старше 55 років по не завжди відомим причинам її виникнення можливе і у більш ранньому віці. Дослідженнями останніх років, безперечно, доведено, що запалення є одним із основних патогенетичних механізмів атеросклерозу, починаючи з перших проявів ушкодження стінки судини і закінчуючи розривом атеросклеротичної бляшки та виникненням гострого коронарного синдрому. Тому вивчення атерогенезу за допомогою дослідження комплексу інтима-медіа дасть можливість виявляти хворих на субклінічному етапі атеросклерозу, а застосування різних методів терапії (метаболічних, гіполіпідімічних) об'єктивізує, який терапевтичний підхід є більш ефективним у лікуванні та профілактиці раннього атеросклерозу, що дасть можливість попередити розвиток важких судинних захворювань серцево-судинної системи та центральної нервової системи.

Основною метою власної роботи є визначення ранніх ознак ендотеліальної дисфункції та збільшення товщини комплексу інтима-медіа (ТКІМ) сонних артерій і об'єктивізація рівня маркерів запалення у осіб із субклінічним атеросклерозом, вплив лікування. При цьому були використані наступні методи дослідження: детальний збір скарг та анамнезу, ретельне об'єктивне обстеження, лабораторні, біохімічні, інструментальні методи дослідження. Експерти Європейського товариства з гіпертензії та Європейського товариства кардіологів у 2003 р. визначили як оптимальні значення ТКІМ < 0,9 мм; збільшенням вважають ТКІМ від 0,9 мм до 1,3 мм, а критерієм атеросклеротичної бляшки – ТКІМ ≥ 1,3 мм.

Було обстежено 45 осіб молодого віку чоловічої статі із явищами субклінічного атеросклерозу, на початку звернення і після проведеного лікування через 3 місяці. За допомогою кольорового дуплексного сканування (КДС) обстежено ТКІМ внутрішньої правої та лівої сонної артерії (ВСА). До лікування гіполіпідімічними препаратами ТКІМ складала - <0,9 мм, що діагностовано для правої ВСА у 26,7% випадків серед обстежених пацієнтів, 0,9-1,3 мм - у 33,3% обстежених, > 1,3 мм у 40% хворих. За оцінки лівої ВСА дані показники були наступні: ТКІМ - <0,9 мм у 26,7%, 0,9-1,3 мм - 4,6,7%, > 1,3 мм у 26,7% обстежених. Після проведеного лікування, яке тривало 3 місяці отримали наступні показники: ТКІМ - <0,9 мм по правій ВСА у 43,5%, 0,9-1,3 мм у 30,4%, > 1,3 мм у 26,1%. Дослідження лівої ВСА відповідно : 56,5%, 26,1% та 17,3%, що свідчить про позитивний вплив лікування та вказує на зростання кількості пацієнтів з нормальним КІМ (<0,9мм), і значним зменшення потовщення КІМ.

Застосування антиатеросклеротичної терапії на стадії субклінічного атеросклерозу, який діагностується за допомогою кольорового дуплексного сканування з оцінкою ТКІМ дає можливість знизити рівень коронарної та церебральної патології, а використання гіполіпідімічної терапії суттєво зменшує ознаки атеросклерозу.

Глубоченко О.В.

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Серед групи ревматичних хвороб остеоартроз являє найбільш актуальну проблему в загальнотерапевтичній практиці у зв'язку зі значною поширеністю даної нозології, особливо в старших вікових групах. Згідно статистичних даних розповсюдження його становить 3432,7 на 100 тис населення. Остеоартроз відноситься до захворювань з високим рівнем коморбідності, яка обмежує можливості лікування. В останні роки достатньо велика увага надається допоміжним альтернативним методам лікування ревматичних захворювань, у тому числі і фітотерапії. Застосування на фоні базисної терапії препаратів цієї групи дозволяє покращити загальні результати лікування, зменшити вираженість і частоту побічних дій основної терапії, а в перервах між медикаментозними курсами підтримує досягнуті позитивні результати лікування.

Корінь мартинії запашної (*Naragophytum procumbens*) є основою протизапальних, знеболювальних препаратів, які застосовуються для лікування дегенеративних змін рухового апарату. Екстракт із кореня рослини містить іридоїдні глікозиди, в тому числі гарпагозид, гарпагід і прокумбін, які



зумовлюють протизапальну, знеболювальну, антимікробну дію, знижують рівень холестерину в крові. Гіркі речовини, які містяться у *Naragophytum procumbens*, стимулюють виділення шлункового соку і жовчі.

Досліджено 15 хворих на первинний остеоартроз, вік яких склав від 45 до 70 років, а тривалість хвороби - від 5 до 15 років. У семи хворих діагностовано супутній діагноз - хронічний некаменевий холецистит у стадії помірного загострення, у п'ятьох – ішемічна хвороба серця. Хворих з I і II рентгенологічною стадією остеоартрозу (по Келлгрену) було 10 чоловік, з III стадією - 5. Реактивний синовіт відзначався у шести пацієнтів. Серед спостережуваних переважали хворі з ураженням колінних суглобів - 4 хворих, з поєднаним ураженням колінних і кульшових суглобів - 5 хворих, з поліостеоартрозом 6 пацієнтів. Базисна терапія пацієнтів була призначена згідно з клінічними протоколами МОЗ України і включала в себе нестероїдні протизапальні препарати (мелоксікам), хондропротектори (переважно терафлекс). Додатково у хворих основної групи призначали препарат «Ревмафіт», основою якого є екстракт із кореня мартинії запашної, по 2 капсули 2 рази на день після їжі протягом 14 днів стаціонарного лікування та протягом місяця на амбулаторному етапі. Контрольну групу склали 12 хворих, репрезентативних по всім основним показникам пацієнтів основної групи. Контрольна група отримувала стандартну базисну терапію без призначення фітопрепарату. Оцінювались наступні критерії (до, через 2 тижні, через 1 місяць лікування): біль у спокої (мм за візуальною аналоговою шкалою - ВАШ); біль при русі (мм за ВАШ); біль в проекції уражених суглобів при пальпації (індекс Річчі); об'єм рухів у суглобах; ознаки синовіту (в балах); тривалість вранішньої скутості. У результаті проведеного лікування на стаціонарному етапі у всіх хворих спостерігалась позитивна динаміка клінічних симптомів, кращий терапевтичний ефект був у хворих основної групи, а саме: по шкалі ВАШ достовірно зменшився біль в спокої (38,2±7,8 мм проти 22,85±5,2 мм); біль при русі (59,0±4,3мм проти 42,4±4,7мм). Ознаки слабковираженого реактивного синовіту зникли у трьох хворих (з трьох) і в двох з помірно вираженим (з трьох пацієнтів). При аналізі параметру «біль в уражених суглобах при пальпації» (індекс Річчі) в основній групі відсоткове зменшення складало 56,5% порівняно із контролем 51,4%. У 13 із 14 хворих значно зменшилась ранкова скутість. У хворих основної групи спостерігалась більш виражена позитивна динаміка ліквідації патологічних змін лабораторних показників (швидкості зсідання еритроцитів, лейкоцитозу, рівня С-реактивного білка, серомукоїду, фібриногену, тощо). Сполучення основного лікування і ад'ювантного дозволило у одинадцяти хворих знизити середньодобову дозу нестероїдних протизапальних препаратів порівняно із контролем. Продовження застосування препарату на амбулаторному етапі до місяця сприяло подальшому закріпленню лікувального ефекту, дозволило подовжити тривалість ремісії.

Результати лікування засвідчили, що у хворих основної групи з супутнім хронічним некаменевим холециститом на 5-6 день лікування зникали і зменшувались прояви супутніх уражень біліарної зони (больового, диспепсичних синдромів), порівняно з контрольною групою. Крім того властивість *Naragophytum procumbens* знижувати рівень підвищеного холестерину мало позитивний ефект у хворих на остеоартроз із супутньою ішемічною хворобою серця.

Таким чином, ад'ювантне застосування препарату «Ревмафіт» в комбінації з основною терапією дозволило покращити клінічну ефективність лікування у хворих на первинний остеоартроз в умовах коморбідності, позитивно вплинуло ближні і віддалені результати лікування.

Гонцарюк Д.О., Федів О.І.

ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ: РОЛЬ ЦИТОКІНОВОЇ ЛАНКИ У КОМОРБІДНОСТІ ПЕРЕБІГУ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ЗА СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Кафедра внутрішньої медицини

Буковинський державний медичний університет

Роботами Кендзерської Т.Б. (2002), Заздравного А.А. (2001), Боднарчука А.Н. (2005) була показана роль цитокінової ланки у розвитку і обтяженні перебігу хронічного панкреатиту (ХП) за ІХС залежно функціонального класу стабільної і нестабільної стенокардії. Але не відображена роль стану показників ФНП-α, ІЛ-1β, адгезивних молекул VCAM у запуску імунної відповіді на запалення у хворих за коморбідного перебігу хронічного панкреатиту із ІХС за хронічної серцевої недостатності ХСН.

Мета роботи: дослідити показники вмісту в сироватці крові ІЛ-1β, ФНП-α, VCAM у хворих на ХП за коморбідності з ІХС у поєднанні з ХСН і визначити їхню значимість у клінічному перебігу таких хвороб.

Вміст ФНП-альфа, визначали за допомогою реагентів набору реактивів «ИФА-TNF-alpha» виробництва «Цитокін» (Санкт-Петербург), ІЛ-1β за допомогою тест – системи ООО «Протеинновий контур» (Санкт-Петербург), вміст молекул адгезії sVCAM-1 визначали імуноферментним методом, використовуючи тест-систему компанії «eBioscience» (США).

У хворих на ХП із ІХС за ХСН (39 хв.) показники ІЛ-1 β, ФНП-α і sVCAM-1 були вірогідно (p<0,01) підвищеними порівняно із такими у групі практично здорових осіб (10 осіб), що може засвідчувати перебіг хронічної запальної реакції на місцевому рівні (ІЛ-1 β) в клітинах підшлункової залози, міокарду і судинах (показники sVCAM-1 підтверджують паралельний розвиток ендотеліальної дисфункції), а також прогресування хронічної генералізованої запальної реакції, яка обтяжує клінічний перебіг цих захворювань.



У хворих на хронічний панкреатит із ІХС за ХСН хронічна запальна реакція, яка перебігає на місцевому і системному рівнях (за даними ІЛ-1 β, ФНП-α і sVCAM-1), формує морфологічні зміни у структурі підшлункової залози, міокарду і ендотелії судин, що може сприяти прогресуванню фіброзу і обтяжувати прогноз перебігу, особливо за наявності ХСН.

Гречко С.І.

ВИЗНАЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕРГОМЕТРИЧНОЇ РОБОТИ СЕРЦЯ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ СТЕНОКАРДІЄЮ НАПРУЖЕННЯ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Мета дослідження - об'єктивізація лікування та профілактики стенокардії напруги у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС).

Обстежено 116 пацієнтів хворих, які були госпіталізовані у відділення гіпертонічної хвороби Чернівецького обласного клінічного кардіологічного диспансеру. Оцінювали функціональний стан міокарду ЛШ з визначенням регіонарної скоротливості міокарда у пацієнтів без прийому препаратів. Аналіз отриманих результатів ЕхоКГ обстеження проводили в групах залежно від встановленого діагнозу: хворі з діагнозом стабільної стенокардії напруги (СС) III функціонального класу з асоційованою артеріальною гіпертензією склали I групу, II групу склали пацієнти на стабільну стенокардію напруги без асоційованої артеріальної гіпертензії. Велоергометрична проба проводилась усім 54 хворим. Розрахункова потужність в групі обстежених пацієнтів складала 148,4±2,6 Вт, досягнута потужність - 124,6±1,7 Вт.

Рєєстрація ЕхоКГ показників проводилася на секторальному ехокардіографі "Toshiba SAL 38 AS" (Японія) та "Interspec XL" фірми "BBC Medical Electronic AB" (США). Аналізуючи динаміку об'ємних показників пацієнти на СС розділені на дві групи: I - з проявами СН та II - без таких. Зокрема, КСР, КДР, КСО, КДО, ТЗСЛШ та ТМШП достовірно не залежали у пацієнтів з явищами СН. Більш суттєво явища СН асоціювалися ММ ЛШ. Аналіз функціональної здатності міокарду показав достовірне збільшення маси міокарду ЛШ у пацієнтів з АГ при надходженні у стаціонар (p<0,05) та при проведенні діагностичного навантажувального тесту (p<0,05).

Обстежено 114 пацієнтів залізничників, робота яких пов'язана з безпекою руху поїздів, які знаходяться на диспансерному обліку з ГХ I-II стадії (I група), ІХС (II група) та поєднанні ІХС та ГХ (III група). Середній вік у групах хворих становив відповідно (48,4±3,2), (52,7±2,9) та (56,6±3,1) років (P<0,05). Хворим проведено клінічне, лабораторне та інструментальне дослідження - ВЕМ на велоергометрі «Kettler» (Німеччина) з визначенням величини досягнутого навантаження, виконаної роботи та окремих ергометричних показників. Використовували метод безперервно зростаючого навантаження: початкову потужність ФН встановлювали на 35%, 50% і 75% належного максимального споживання кисню. Визначення хронотропної функції серця проводилось за допомогою визначення індексу хронотропного резерву (ІХР, %); стан інотропної функції серця при ФН визначався при обчисленні індексу інотропного резерву (ІІР, %); низький приріст ІІР вказує на зниження міокардіальних резервів; подвійний добуток (ПД) у стані спокою і на кожному етапі ФН, продуктивність роботи лівого шлуночка (ЛШ) - ПРЛШ. Зміни АТ систолічного в залежності від потужності ФН визначались при обчисленні коефіцієнту втрати резерву міокарда (КВРМ), обчислення серцевого навантажувального індексу (СНІ) на відповідній сходинці ФН, фізичні можливості обстежуваного з урахуванням антропометричних даних (маса тіла, зріст) визначались за допомогою максимального індексу витривалості (МІВ). Для перевірки статистичних гіпотез про рівність середніх значень показника в двох різних підгрупах використовували t-критерій Стьюдента.

Показники ЧСС у спокої в жодній групі достовірно не відрізнялись. ЧСС на висоті навантаження в I групі була достовірно вища, ніж в III групі (128,7±3,6 і 114,6±3,2 уд./хв., відповідно, p<0,05), що свідчить про значне зниження ПД в групі ІХС без та з супутньою ГХ. Показник порогового ПД був достовірно зниженим у II і мінімальним у III групі (274,5±6,8, 208,6±12,4 (p<0,05) і 167,3±7,2 од., відповідно; p<0,05), що відповідає більшій потужності порогового навантаженні у пацієнтів без ІХС. Виявлене достовірно менший приріст значення ПД на II ступені навантаження в групі ІХС+ГХ в порівнянні з групою ГХ - 134,0±7,6 і 164,9±13,4, відповідно, p<0,05). Аналогічна тенденція простежувалась і на інших ступенях навантаження. Між групами ІХС та ІХС з ГХ достовірної різниці значень ПД не визначалось. Аналізуючи динаміку об'ємних показників пацієнти на СС розділені на дві групи: I - з АГ та II - без такої. Аналіз функціональної здатності міокарду показав достовірне збільшення маси міокарду (ММ) ЛШ у пацієнтів з АГ при надходженні у стаціонар (p<0,05) та при проведенні діагностичного навантажувального тесту (p<0,05). Визначення порівняльної характеристики індексу ММ ЛШ характеризується тенденцією до переваги даного показника у пацієнтів з АГ. Зниження рівня фракції викиду (ФВ) ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у I групі - на 48,4% (p<0,05) та II групи - на 40,3% (p<0,05). Визначається достовірне збільшення маси міокарду ЛШ у пацієнтів з АГ - I група, в порівнянні з групою контролю при надходженні у стаціонар (p<0,05). Зниження рівня ФВ ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ - на 48,4% (p<0,05) та хворих з СН - на 40,3% (p<0,05). Аналіз функціональної здатності міокарду показав достовірне збільшення маси міокарду ЛШ у пацієнтів з АГ - I група, в порівнянні з групою контролю - II група при надходженні у стаціонар (p<0,05) та при проведенні



діагностичного навантажувального тесту (p<0,05). Максимальним також було збільшення і кінцевого систолічного розміру (КСР) ЛШ у даній категорії хворих на 18,8% (p<0,05) у зіставленні з контрольною групою (II). Показники КДР ЛШ були більшими у всіх групах в порівнянні з контролем і практично не відрізнялись між собою. Зниження рівня ФВ ЛШ в порівнянні з контролем було найвищим у групі з супутньою АГ - на 48,4% (p<0,05) та хворих з СН - на 40,3% (p<0,05). Відзначалось збільшення кінцевого діастолічного розміру (КДР) ЛШ з максимальним приростом на 12,0% (p<0,05) у пацієнтів з СС II ФК та супутньою АГ.

Стан скоротливості ЛШ залежить від рівня ушкодження ЛШ, більш значний вплив на його функцію відіграє ішемізація стінки ЛШ, а не розміри некрозу у міокарді ЛШ. ЛП останнім включається у процеси ремоделювання та має здатність до збереження своєї функції при збереженні достатнього рівня скоротливості ЛШ.

Гулага О.І., Ташук В.К., Полянська О.С., Амеліна Т.М.

РОЛЬ АНТАГОНІСТІВ АЛЬДОСТЕРОНУ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Буковинський державний медичний університет*

Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) з гострою серцевою недостатністю (ГСН) є загальною передумовою зростання смертності та захворюваності. Показники рівня натрійуретичного пептиду (ПНУП) та протеолітичної активності за азоколагеном можна використовувати як маркери прогресування серцевої недостатності та формування адекватної сполучної тканини в ураженому міокарді.

Метою нашого дослідження було виявлення маркерів прогресування ГСН за нейрогуморальними показниками та протеолітичною активністю плазми у хворих на ГІМ з ГСН.

Клінічний матеріал склав 121 хворий віком від 39 до 68 років, середній вік яких склав 51,5±3,94 роки. У всіх хворих діагностовано ГІМ з ГСН за Кіліліпом I-II. Досліджували рівень ПНУП та процеси протеолітичної активності за азоколагеном (лізісом високомолекулярних білків). Всіх пацієнтів було поділено на дві групи: до першої групи відносились пацієнти, що отримували терапію, що включала спіронолактон, до другої - хворі, яким окрім основної терапії, було додано еплеренон в дозі 25 мг впродовж 28 діб.

Нами виявлено, що до проведеного лікування рівень ПНУП був в 2,02 рази вищим, ніж у контролі (28,62±8,35 проти 57,87±9,95 пг/мл; p<0,001). Після проведеного лікування рівень ПНУП зменшувався, більше у другій групі (I група - з 56,97 ± 8,42 до 45,20±9,21 пг/мл; p<0,001, II група - з 58,77±11,48 до 30,68±5,30 пг/мл; p<0,001). До лікування протеолітична активність за азоколагеном була майже в 1,5 рази нижчою, ніж у контролі (0,0097±0,0013 та 0,0096±0,0017 Е440/мл/год проти 0,03±0,001 Е440/мл/год; p<0,01). Після проведеного лікування протеоліз за азоколагеном в обох досліджуваних групах суттєво зростав (0,019±0,0024 проти 0,041±0,0060 Е440/мл/год; p< 0,01), однак більш виражено у другій групі, у лікування якої було включено антагоніст альдостерону еплеренон.

Таким чином, включення в комплексне лікування хворих на ГІМ з ГСН еплеренону призводить до нормалізації нейрогуморального балансу та процесів протеолітичної активності плазми крові, що впливає на процеси ремоделювання лівого шлуночка та клінічні прояви серцевої недостатності.

Дудка Т.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РОФЛУМІЛАСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Необхідність удосконалення профілактики, діагностики та лікування пацієнтів з поєднаними хронічними захворюваннями (ПХЗ) пов'язана з тривалим перебігом, розвитком тяжких ускладнень та зниженням якості життя хворих, зниженням загальної та розумової працездатності і якості здоров'я, що підкреслює необхідність наукових розробок з цієї проблеми (О.М. Біловол, 2007 та співавт).

Глобальна ініціатива з діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ нещодавно включила рофлуміласт (Даксас®) (Р) - інгібітор фосфодіестерази-4 (ФДЕ-4) у якості нового терапевтичного засобу до рекомендацій щодо ведення пацієнтів із ХОЗЛ із тяжким перебігом та середньої тяжкості. Новий клас лікарських засобів - інгібітори ФДЕ-4 - є нестероїдними протизапальними засобами, які ефективно контролюють активність запального процесу при ХОЗЛ. Ми поставили за мету вивчити ефективність застосування рофлуміласту, у хворих на ХОЗЛ щодо впливу на клінічний перебіг захворювання, ланки патогенезу: інтенсивність оксидативного та нітрозитивного стресу, стан чинників протіоксидантного захисту (ПОЗ).

Обстежено 40 хворих на ХОЗЛ II-III стадії, у фазі загострення та 20 практично здорових осіб (ПЗО). Хворі контрольної групи (2 група) отримували беродуал (по 2 дози 2 інгаляції на добу, 1 доза аерозолу містить: фенотеролу гідробромід 50 мкг, іпратропію бромід 21 мкг), за умов інфекційного загострення ХОЗЛ - антибактеріальну терапію цефалоспоринами упродовж 7 днів. 1 група (основна, 40 осіб) додатково отримувала рофлуміласт по 500 мкг 1 раз на добу.

Показники ФЗД у динаміці лікування у хворих на ХОЗЛ вказували на вищу ефективність запропонованої терапії. Зокрема, показник ОФВ₁ після лікування у хворих I-ї групи зріс на 31,5% (p<0,05). Здатність гальмувати активність фактора росту фіброblastів притаманна препарату Р, вказує на