

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ "ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ"
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1 ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО

Матеріали
науково-практичної конференції

**"ЩОРІЧНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ:
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ"**

Підписано до друку 20.03.2012 р. Формат 60x90 1/16,
Папір офсетн. Друк – Різографія. Ум. друк. арк. 8,7
Гарнітура Times New Roman. Наклад 100 прим. Зам. №237/9
«ФОП Ліпкіна С.Е.»
Свідоцтво про державну реєстрацію № 203377 від 13.12.2007 р.

19-20 квітня 2012 року

Харків
2012

АСТСУВАННЯ КОРВІТИНУ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Лашук Т.О., Окіпняк І.В., Васиук В.Л., Бойко Б.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Нами проведено вивчення впливу корвітину на клінічні, електрофізіологічні біоритмологічні параметри, стан про- і антиоксидантної систем крові у хворих на ІХС. Обстежено 35 пацієнтів на ІХС (стабільна стенокардія напруги II ФК (25 хворих), III ФК (10 хворих), дифузний кардіосклероз, СН IIАст., ФК II-III) віком від 43 до 67 років ($53,1 \pm 9,32$) із середньою тривалістю захворювання ($9,4 \pm 3,6$) роки. За особливостями лікувальних підходів хворих розподілили на дві групи: основну (20 осіб) та контрольну (15 хворих). Пацієнтам контрольної групи призначали препарати базисного лікувального комплексу (β -адреноблокатор). Хворі основної групи окрім препаратів базисного комплексу отримували корвітин, внутрішньовенно крапельно щоденно 5-8 інфузій на курс.

Під впливом проведеної терапії в основній групі обстежених пацієнтів відмічали покращання клінічного стану хворих вже на 4-5 день лікування: зменшились частота, інтенсивність і тривалість болювих приступів, а згодом (з 5-8 дня) потреба в антиангінальних препаратах.

У всіх пацієнтів при первинному обстеженні зареєстровано епізоди зміщення сегмента ST. Після проведеної терапії найбільшого зменшення проявів ішемії вдалося досягти у пацієнтів основної підгрупи (кількість ішемічних епізодів зменшилась на 66,04 %, їх тривалість – на 68,97 %).

Достовірне зменшення кількості ішемічних епізодів у пацієнтів основної групи було досягнуто стосовно як болювих ішемічних проявів, так і ББІМ. При первинному обстеженні встановлено ригідний циркадіанний профіль ЧСС – циркадіанний індекс (ЦІ) менше 1,2. Слід зауважити, що найнижчі значення останнього спостерігалися у пацієнтів із супутнім цукровим діабетом другого типу, ожирінням III ст. Після проведеного лікування ЦІ зросли, достовірно в основній групі. Необхідно відзначити низькі значення вказаних часових показників ВСР, що свідчить про зниження тону парасимпатичної нервової системи у хворих із ІХС з ознаками ХСН. Аналіз добових часових показників показав, що після прийому в складі базової терапії корвітину, підсилюється вегетативна регуляція серця (підвищення SDNN у порівнянні з контрольною групою пацієнтів), підвищується вплив на ритм серця парасимпатичної нервової системи (достовірне зростання RMSSD).

Отже, застосування корвітину в курсовому лікуванні зумовлює антиішемічний, антиаритмічний ефекти, володіє коригуючим впливом на вегетативний гомеостаз.

СЕЧОКИСЛОДІАТЕЗ ТА СЛАДЖ-ФЕНОМЕН У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ПОСДНАННІ З ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Волошин О.І., Сеник Б.П., Лукашевич І.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Метою дослідження було вивчення частоти зустрічальності УЗД явищ сечокиислої діатезу та сладж-феномену у хворих на подагру в поєднанні з хронічним холециститом (ХХ), дослідити можливі спільні етіопатогенетичні ланки та розробити шляхи їх корекції. Спостереження проведені у 36 хворих на подагру в поєднанні з ХХ в період помірної загострення або нестійкої ремісії; вікові коливання були в межах 40-65 років. Окрім клінічних, в методи обстеження включено: УЗД-черевної порожнини та нирок, біохімічні методи дослідження, дуоденальне зондування, аналізи сечі.

Встановлено, що у 36 пацієнтів з вказаною недугою мали місце явища сечокиислої діатезу (мікроліти в чашково-мискових системах нирок, помірної або інтенсивної щільності), а у 30 обстежених відмічено сладж-феномен об'єму жовчного міхура на фоні помірного збільшення його розмірів та товщини і щільності стінки, часто ущільнення внутрішньо-печінкових жовчних протоків при нормальних розмірах та ехоструктурі печінкової паренхіми. Біохімічні дослідження вказували на коливання рівнів креатиніну, сечової кислоти, сечовини в межах нормальних значень, але з тенденцією до верхньої межі норми. За даними багатомomentного дуоденального зондування виявлено гіпотонічно-гіпокінетичну дисфункцію жовчного міхура, значні домішки солей білірубінату кальцію та жовчних кислот, грудкої слизу та скупчень епітелію, зниження рН жовчі в кислий бік. Дослідження сечі підтверджувало надмірний соловий осадок за даними УЗД; за Нечипоренком відмічали незначні відхилення від норми, які не дозволяли запідозрити запальну чи іншу природу ураження нирок.

Згідно проведеного аналізу нами розроблено програму оздоровлення досліджуваного контингенту хворих, що включала корекцію харчового режиму в часі, нормалізацію балансу складових частин їжі з акцентом на збільшення рідинного компоненту до 2,5-3 літрів на добу. Проводилась обов'язкова харчова корекція функції кишечника за рахунок збільшення пектинового компоненту їжі, рослинних олій та молочно-кислих продуктів. Оздоровлення здійснювалось уролігіазними (канефрон, уролесан, фітолїт, фітолїзин) та жовчогінно-гепатопротекторними (сірін, гепабене, холівер, гепатофіт) рослинними препаратами впродовж 1-1,5 місяця.

Результати отриманих даних свідчать, що у пацієнтів, яким вдалося внести належну корекцію в стиль життя та харчування, досягнуто суттєвого клінічного покращення вже впродовж першого 1,5-2 місячного курсу реабілітації.

Отже, одним з важливих шляхів підвищення ефективності реабілітації хворих на подагру в поєднанні з хронічним холециститом є уролігіазна, гепатопротекторно-жовчогінна терапія на тлі дієтичної корекції харчування в часовому та якісному аспектах з підвищеним рідинним навантаженням, особливо за рахунок фруктованих соків та відварів лікарських рослин жовчогінної, сечогінної, послаблюючої дії.