

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ**

Матеріали 86-ї підсумкової конференції науковців  
Буковинського державного медичного університету

Чернівці, БДМУ  
2005

<b>В.П. Пішак, І.Й.Сидорчук, М.Ю.Коломоець</b> НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У 2004 РОЦІ .....	3
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

## **КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА**

<b>М.А.Карлійчук</b> ЛОВАСТАТИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ, ЗУМОВЛЕНОГО ЗАДНІМ ВІДЩАРУВАННЯМ СКЛИСТОГО ТІЛА .....	11
<b>М.М. Кузьмін, Б.І. Квасницький, В.С. Самараш, О.Л. Присяжнюк</b> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ „ПРОТЕФЛАЗИД” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ.....	14
<b>О.П.Кучук, Г.Д.Ловля</b> ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ: ОФТАЛЬМОСКОПІЧНІ ПРОЯВИ ТА КЛАСИФІКАЦІЙНІ СХЕМИ .....	18
<b>О.В.Мироник, О.М.Давиденко, Г.І.Печенюк, В.В.Печенюк</b> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕОСОРБЛАКТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ А .....	23
<b>О.В.Пішак, Г.І.Арич</b> ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СТАНДАРТНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СХЕМ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ДОБОВОМУ АСПЕКТІ .....	26
<b>І.А.Плеш, А.М.Троян, В.І.Каленюк</b> ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНА ФУНКЦІЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНИМ ЦИРКАДАННИМ РИТМОМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ .....	30
<b>О.С.Полянська</b> РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ.....	34
<b>О.С. Полянська, Т.М. Амеліна, Н.М. Зюлковська</b> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ.....	37
<b>О.С. Полянська, Т.В.Куртян</b> МАЛАТ ЦИТРУЛІНУ ТА ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ.....	42
<b>І.Ю.Полянський</b> ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ.....	49

## **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕОСОРБІЛАКТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ А**

**О.В.Мироник, О.М.Давиденко, Г.І.Печенюк\*, В.В.Печенюк\***

Кафедра інфекційних хвороб  
(зав. – проф. А.М.Сокол)

Буковинського державного медичного університету

\* Обласна клінічна лікарня м. Чернівці

**Вступ.** У патогенезі гострого гепатиту А одне з провідних місць займає синдром ендогенної інтоксикації [4]. Сучасна терапія цього захворювання переважно спрямована на боротьбу з інтоксикацією та нормалізацією обмінних процесів. У медичній практиці до недавнього часу використовували препарати, які сприяють виведенню токсичних речовин лише з крові [1]. З огляду на це виникає потреба у пошуку таких інфузійних засобів, які б відповідали всім основним вимогам ефективної дезінтоксикації організму (посиленню перфузії тканин, гемодилуції, форсованому діурезу) [5,6]. Розроблений в Україні комплексний інфузійний препарат “Реосорбілакт” забезпечує повноцінний спектр дезінтоксикаційних ефектів [3].

**Мета дослідження.** Вивчити клінічну ефективність реосорбілакту в комплексному лікуванні хворих на гострий гепатит А.

**Матеріал і методи.** Реосорбілакт – вітчизняний препарат, до складу якого входять: сорбітол, розчин натрію лактату, основні катіони ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ ), аніон  $\text{Cl}^-$ . Сорбітол у препараті реосорбілакт міститься в ізоосмотичній концентрації щодо плазми крові (330 мМ). Загальна осмолярність препарату в три рази перевищує осмолярність крові, що забезпечує повноцінний спектр дезінтоксикації [2].

Обстежено 45 хворих віком 18-40 років на гострий гепатит А з середньотяжким перебігом хвороби. Осіб чоловічої статі було 18, жіночої – 27. Окрім комплексу базисного лікування, всі хворі отримували інфузійну дезінтоксикаційну терапію. Залежно від застосованого препарату пацієнти були розподілені на групи: основна – налічувала 25 пацієнтів (отримували реосорбілакт), контрольна – 20 осіб (отримували 5% розчин глюкози). Обидві групи були рандомізовані за статевим-віковим складом і тяжкістю перебігу захворювання.

Усім хворим було проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження з оцінкою функціонального стану печінки. Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) розраховували за формулою Я.Я.Кальф-Каліфа.

Обробка даних проводилася статистично: обраховувалися середня арифметична та її похибка. Середню різницю між групами дослідження оцінювали за допомогою двостороннього непарного критерію Ст'юдента.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Під впливом комплексного лікування суб'єктивний стан хворих в обох групах покращувався. Так, на 5-ту добу лікування у більшості хворих зменшилась загальна слабкість. В основній групі вона зберігалася у 13,5%, у контрольній – у 16,8%, однак виявлені відмінності між групами не були вірогідними ( $p > 0,05$ ). Покращання апетиту спостерігалось у 82,5% хворих, що отримували інфузії реосорбілакту, та у 67,9% пацієнтів контрольної групи.

За даними літератури, сорбітол, який входить до складу реосорбілакту, має здатність метаболізуватися до фруктози, сприяти нормалізації вуглеводного та енергетичного обміну, і, як наслідок, покращувати функціональний стан гепатоцитів. Під впливом препарату в клітинах печінки відновлюється депо глікогену і посилюються процеси природної детоксикації [3]. Важливо, що лактат-аніон сприяє корекції кислотно-лужної рівноваги плазми, а також бере участь у реакціях вуглеводно-енергетичного обміну, відновлює та стимулює функції клітин PEC та печінки [2]. Токсичні метаболіти пошкоджують ретикулогістіоцитарні клітини Купфера, гепатоцити, макрофаги, нейтрофільні лейкоцити, тромбоцити. В обох групах хворих унаслідок проведеного лікування спостерігалось підвищення рівня загальної кількості лейкоцитів. У хворих контрольної групи рівень лейкоцитів у периферійній крові після 5-7 днів лікування

так і не досяг нормальних показників і складав  $5,2 \pm 0,08 \times 10^9/\text{л}$ , в той час як у пацієнтів основної групи цей показник практично нормалізувався –  $6,4 \pm 0,07 \times 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,01$ ). Теж саме можна сказати і відносно інших параметрів. При поступленні у хворих обох груп ЛІІ дорівнював  $1,43 \pm 0,03$ . Під впливом комплексного лікування цей показник знижувався у всіх пацієнтів, однак у хворих основної групи він був на 15% нижчим, ніж у контрольній групі.

Призначення реосорбілакту сприяло зниженню вмісту загального білірубіну в сироватці крові, зменшенню інтенсивності жовтяниці. Так, у пацієнтів основної групи на 5-ту добу лікування рівень загального білірубіну в сироватці складав  $88 \pm 0,9$  мкмоль/л, а у контрольній групі –  $91 \pm 1,5$  мкмоль/л. Показники функціонального стану печінки суттєвих змін не зазнавали.

**Висновки.** 1. Застосування реосорбілакту в комплексному лікуванні хворих на гепатит А дозволяє швидко і суттєво послабити тяжкість ендотоксикозу. 2. Реосорбілакт за впливом на концентрацію лейкоцитів у крові має перевагу над 5% розчином глюкози.

**Література.** 1. Андрейчин М.А., Іщук І.С., Господарський І. Я. Клінічні та імунологічні критерії ефективності ентеросорбції у лікуванні хворих на вірусний гепатит В // Інфекційні хвороби. – 1995. – №2. – С. 17-21. 2. Гуменюк Н.И. Сравнительная эффективность неогемодеза, сорбилакта и реосорбилакта в комплексной инфузионной дезинтоксикационной терапии // Семейна медицина. – 2004. – №2. – С. 68-72. 3. Использование растворов многоатомных спиртов (препаратов «Сорбилакт» и «Реосорбилакт») в интенсивной терапии при тяжёлой политравме: Метод. рекомендации /Сост. И.П.Шлапак, И.Р.Мальш, Л.В.Згржебловская. – К. – 2003. – 29 с. 4. Чабан Т.В. Вплив флаваноболу на інтенсивність перекисного окислення ліпідів і ферментну антиоксидантну систему у хворих на гострий гепатит В // Інфекційні хвороби. – 1997. – №4. – С. 15-18. 5. Kossard S., Ecker R.I., Dicken C.H. Polyvinylpyrrolidone panniculitis // Archives of dermatology. – 1980. – V. 116, №6. – P. 116-122. 6. Strehler E., Baccetti B., Sterzik K. et al. Detrimental effects of polyvinylpyrrolidone on the ultrastructure of spermatozoa // Human Reproduction. – 1998. – V. 13, №1. – P. 120-123.