

**Міністерство охорони здоров'я України  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний  
університет»**

**ГО «Прикарпатське товариство терапевтів»**



**II МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ  
«ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ  
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ  
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ» (ПРИСВЯЧЕНА ПАМ'ЯТІ  
АКАДЕМІКА НАМН УКРАЇНИ Є.М.НЕЙКА)**

# **ЗБІРНИК ТЕЗ**

**6-7 жовтня 2016 р.**

**Івано-Франківськ-Яремче**

## **РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ**

**Вакалюк Ігор Петрович** – проректор з наукової роботи ІФНМУ, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 та медсестринства.

**Яцишин Роман Іванович** – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

**Гавриш Ігор Тарасович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

# НЕБУЛАЙЗЕРНА ТЕРАПІЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ НА ТЛІ ХРОНІЧНИХ УРАЖЕНЬ БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ

*Малкович Н.М., Марунчик С.Л.\**

*Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

*\*Комунальна медична установа «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці*

Мета дослідження: дослідити ефективність застосування інгаляційних засобів у пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу (ГПМК) на фоні супутніх уражень бронхолегеневої системи з метою профілактики та лікування життєво небезпечних порушень функції дихальної системи в системі реабілітації згаданої категорії пацієнтів.

В практиці терапевта відділення інтенсивної терапії для хворих з ГПМК ураження дихальної системи зустрічаються досить часто. При цьому можна спостерігати загострення вже існуючих захворювань у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), бронхіальною астмою (БА). Тривалий гіпостаз та розвиток мікроателектазів у задньобазальних відділах легень у пацієнтів з геміпарезами або глибокими порушеннями свідомості можуть слугувати причинами ранніх та пізніх внутрішньолікарняних пневмоній. Відомою є проблема вентиляційно-асоційовані пневмоній.

Надзвичайно важкою формою бронхолегеневої патології у пацієнтів з ГПМК є розвиток респіраторного дистрес-синдрому дорослих (РДСД). За нашими спостереженнями найчастіше згадана патологія розвивається на тлі внутрішньошлункових крововиливів та паренхіматозних мозкових крововиливів у стовбурову ділянку головного мозку. Хворим із загостренням ХОЗЛ та БА слід з першим діб застосовувати інгаляційні та небулайзерні форми бронхолітичних та глюкокортикоїдних препаратів. Небулайзерна терапія (НТ) показана пацієнтам з порушенням свідомості та координації дихальних рухів та повинна поєднуватися з неінвазивною або інвазивною оксигенерацією.

Інфекційно залежні випадки загострення ХОЗЛ та БА, а також розвиток пневмонії вимагають доведеного застосування адекватних доз сучасних високоактивних антибактеріальних препаратів з врахуванням місцевого внутрішньолікарняного бактеріального пейзажу. В ситуації ГПМК провідною в профілактиці та лікуванні РДСД є декомпресія головного мозку, його стовбурових структур з метою нормалізації функціонування центральної регуляції функції дихання.

Методи дослідження. Використані загальноклінічні, клініко-лабораторні (загальне дослідження крові, сечі), біохімічні методи (визначення сечовини, креатиніну у крові), функціональні (електрокардіографія, пульсоксиметрія) методи дослідження.

Впродовж 2014-2016 р.р. під нашим спостереженням перебувало 29 хворих в ранньому періоді ГПМК, які знаходились на лікуванні у блоці реанімації та інтенсивної терапії неврологічного відділення КМУ «МКЛ № 3» м. Чернівці. Критерієм включення пацієнтів у дослідження була наявність у них супутньої гострої та хронічної бронхолегеневої патології. Помірне загострення БА спостерігалось у 8

хворих, ХОЗЛ в періоді загострення – у 18 пацієнтів, рання внутрішньогоспітальна пневмонія – у 3 досліджуваних.

Хворі отримували базисну терапію згідно стандартам та протоколам ведення пацієнтів з ГПМК і хворих пульмонологічного профілю. З метою покращення надання медичної допомоги хворим були запропоновані та реалізовані схеми небулайзерної терапії (НТ). Для цього хворі були розподілені на 2 групи – пацієнти I групи (11 осіб) отримували додатково небулайзерні інгаляції; II групи – традиційне лікування. Було встановлено, що клінічні прояви респіраторних розладів у пацієнтів в ранньому періоді ГПМК мають суттєві особливості. Внаслідок розвитку глибоких розладів свідомості та достатньо частой наявності у даної категорії хворих моторної і сенсорної афазії пацієнт не здатний висловити суб'єктивні відчуття при розвитку можливих патологічних змін з боку бронхолегеневого апарата, тому їх симптоми можна виявити тільки при систематичному ретельному спостереженні. Моніторували стан бронхолегеневої системи за допомогою проведення постійної пульсоксиметрії. Для лікування хворих з метою покращення експекторації та профілактики мукостазу для НТ використовували розчин ацетилцистеїну по 3 мл на 1 інгаляцію 2-3 рази на день. У випадку розвитку бронхообструктивного синдрому (ХОЗЛ, БА) застосовували бронхолітики: сальбутамол 2 мл з 2 мл фізіологічного розчину натрію хлориду 1–2 рази на день або фенотерол/іпратропіуму бромід по 15-20 крапель з 4 мл фізіологічного розчину натрію хлориду з наступним інгаляційним введенням глюкокортикостероїдів (будесонід, флютиказон) через 15-30 хв. НТ проводилась одночасно з активним застосуванням немедикаментозних методів лікування, таких як постуральний дренаж, легкий перкусійний і вібруючий масаж грудної клітки, що значно покращувало експекторацію та зменшувало ступінь бронхообструкції.

Ефективність комплексного лікування хворих I групи була значно вищою в порівнянні з результатами терапії хворих II групи. Нівелювання периферійної гіпоксемії призвело до покращення оксигенації життєво важливих органів досліджуваних. В I групі хворих не було зареєстровано ні одного летального випадку внаслідок розвитку РР.

НТ рекомендували продовжувати і на етапі амбулаторної реабілітації пацієнтів. Хворим з супутніми ХОЗЛ та БА рекомендували продовжити НТ в амбулаторних умовах, для чого були індивідуально підібрані препарати та їх дозування.

Висновки. Профілактика та лікування РР є важливим завданням реабілітації пацієнтів з ГПМК. НТ доцільно включати в комплексне лікування хворих в ранньому періоді ГПМК.

## **ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ У ЛІТНІХ ОСІБ З СУПУТНЬОЮ ШЕМИЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

*Маркова О. Я., Швець С.В*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

*Кафедра терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО*

Серед поєднаних захворювань внутрішніх органів в літніх осіб близько по-