



Волошин О.І., Доголіч О.І.
**СПОСІБ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ІМУНОРЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ВТОРИННІ
ІМУНОДЕФІЦИТНІ СТАНИ**

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Вторинні імунodefіцитні стани (ВІД) часте явище серед дорослого населення України. Ним страждають біля 37% населення, в 70% від цього числа мають місце легкі прояви ВІД, що підлягають корекції шляхом нормалізації стилю життя та оздоровчого харчування. Успішне лікування ВІД середнього ступеня - це усунення його причини та комплексна імунокорекція із застосуванням засобів різного спрямування.

Мета роботи – підвищення ефективності лікування хворих на вторинні імунodefіцитні стани.

Під спостереженням впродовж року знаходились 42 хворих на ВІД у віці 23-45 років, серед яких домінували жінки (26 осіб – 61,9%). Діагноз ВІД ставили згідно оцінки загально-соматичного статусу, стилю життя та харчування, загального аналізу крові та імунограми, виключення хронічних інтоксикацій (куріння, зловживання алкоголем тощо), глісно-протозойних інвазій, хронічних вірусних інфекцій, метаболічних захворювань.

В обстеженого контингенту хворих основними причинами ВІД були неповноцінне харчування зі зменшенням основного прийому їжі на вечір, переважанням вуглеводистої їжі, збіднення вітамінним компонентом, зловживання тоніками, недосипання, хронічні стреси, гіподинамія, недостатнє перебування на свіжому повітрі, психосоціальні проблеми. В усіх обстежених були прояви синдрому хронічної втоми, вегето-судинної дисфункції, іноді помірні астено-невротичні чи астено-депресивні синдроми, порушення сну.

В загальному аналізі крові відхилення були мінімальні, переважно у вигляді легкої нормохромної анемії та лімфоцитозу. За даними імунограми відмічені помірні відхилення у вигляді збільшення CD3+, зменшення CD4+ та CD8+ клітин на 30-37% при незначному зниженні імунорегуляторного індекса. З боку В-клітинної ланки відхилень не виявлено; відмічено також незначне зменшення фагоцитарного числа, НСТ тесту спонтанного та стимульованого зі зниження резерву бактерицидної активності в межах 28-35%. Зазначене сумарно оцінено нами як II ступінь ВІД за А.М. Земсковим і співавт. (1998).

В комплексі імунореабілітації хворим дані чіткі установки щодо корекції способу життя і харчування, врегулювання психосоціальних проблем. Комплекс медикаментозних засобів включає: вживання віта-мелатоніну 2 мг за 0,5 год до сну впродовж 30 днів, тімаліну 10 мг в/м через день №10 та полікомпонентного фітозасобу імуно-тон (екстракти звіробою, ехінацеї та елеутерокока) по 1-2 чайні ложки вранці 5-7 денними курсами №3 з 3-5 денними перервами між ними. Темпи регресу клінічних проявів ВІД, динаміка показників периферичної крові та імунограми на 28-30 день імунореабілітації.

За даними клінічних та лабораторно-імунологічних спостережень ремісії досягнуто у 32 осіб (78,19%), в інших пацієнтів – стану неповної ремісії. Причинами недостатньої ефективності застосованих лікарських засобів були неповноцінність корекції стилю життя і харчування, психосоціальні фактори, оскільки в усіх хворих медикаментозний комплаєнс перевищував 90%. Гіршими результатами лікування вирізнялися особи жіночої статі зі схильністю до ожиріння та з помірними порушеннями менструального циклу. Їм продовжено лікування віта-мелатоніном на 2-3 тижні з епізодичним застосуванням імуно-тона 2-3 дні впродовж 1 місяця за проявів апатії, синдрому короткочасної втоми всіма лікарськими засобами добре переносилися.

Надмірні темпи життя, стреси при неповноцінному харчуванні, недосипання та гіподинамії, а також схильності до ожиріння можуть супроводжуватися вторинним імунodefіцитним станом помірного ступеня. Застосування віта-мелатоніну, тімаліну та комплексного фітозасобу імуно-тон є ефективними засобами корекції ВІД за умови усунення причинних його факторів.

Волошина Л.О.
**РОЛЬ СОЦІО-ЕКОНОМІЧНИХ ФАКТОРІВ У РЕАЛІЗАЦІЇ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ОСТЕОАРТРОЗ З ВИСОКИМ РІВНЕМ КОМОРБІДНОСТІ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Остеоартроз (ОА) є одним із найбільш розповсюджених вік-залежних захворювань, що призводить до обмеження рухливості опорно-рухового апарату, інвалідизації та спонукає до пошуку вдосконалених методів лікування. Притаманні для цієї вікової когорти пацієнтів численні коморбідні процеси негативно впливають на досить складний патогенез запального процесу ОА.

Метою дослідження було дослідити роль соціо-економічних факторів в реалізації комплексного лікування хворих на ОА з високим рівнем коморбідності.

Дослідження проведені у 312 хворих на ОА у віці 37-76 років, серед яких домінували жінки (82,4%). У віковому аспекті хворі поділені на три вікові групи: до 50 років, 51-60 років, старше 60 років. Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, ультрасонографічні, біохімічні, соціологічні, статистичні.

Згідно оцінки соціо-економічного статусу та освітнього цензу хворих на ОА за коморбідними процесами жителі міста становили 95 (з них жінок – 80%), села – 217 осіб (з них жінок – 82%). Низький соціо-економічний статус (мінімальний прожитковий мінімум) мали 222 особи, середній (2-3 прожиткові мінімуми) –



69 осіб, добрий (вище трьох прожиткових мінімумів) – 21 пацієнт. За освітнім цензом розподіл склав: вища освіта – 148 осіб, середня спеціальна – 91 людини, неповна середня – 19 осіб. Аналіз професійного розподілу визначив: службовці – 38 осіб, робітники – 66 людей, аргарії – 104 особи, пенсіонери працюючі – 30 осіб, непрацюючі – 74 хворих.

Встановлено, що переважна більшість пацієнтів (222 – 71,15%) мали низький соціо-економічний статус, але в них же був середній або навіть високий освітній ценз (212 – 67,95%). Саме соціо-економічний статус часто був причиною вимушеного погіршення комплаєнсу, а добрий освітній ценз спонукав хворих до пошуку дешевих альтернативних методів лікування засобами народної медицини. Гіршим також був комплаєнс у сільських жителів, в т.ч. за рахунок обмеженого доступу до аптечної мережі. В групах хворих старше 50 та 60 років встановлено лише стримання прогресування основної та коморбідних недуг навіть за належно побудованого комплексу лікувально-профілактичних заходів, достатньому комплаєнсі хворих, доброму соціо-економічному статусі.

Отже, лікування хворих на остеоартроз із високим рівнем коморбідності вимагає персоніфікованого підходу до лікування з урахуванням соціо-економічних факторів.

Волошинська К.О. ПОРУШЕННЯ ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Артеріальну гіпертензію (АГ) вважають однією з основних причин діастолічної дисфункції лівого шлуночка (ДДФ ЛШ). За різними даними, частота її коливається від 20 до 87%, проте закономірності формування ДДФ ЛШ досі залишаються остаточно не з'ясованими.

Метою роботи було оцінити стан діастолічної функції лівого шлуночка у хворих на артеріальну гіпертензію I-II ступенів.

Обстежено 45 осіб з артеріальною гіпертензією I-II ступенів та загальним ризиком не вищим помірного та без анамнестичних та клініко-лабораторних ознак ішемічної хвороби серця та серцевої недостатності. Середній вік обстежених пацієнтів становив $49,86 \pm 1,35$ років, середня тривалість артеріальної гіпертензії – $6,22 \pm 0,94$ років. Ехо- та доплеркардіографічне обстеження проводили на апараті «MedisonSA 8000» (Корея).

Еходоплеркардіографічні показники, які характеризують діастолічну функцію лівого шлуночка у 21 з 45 хворих на АГ відповідали нормативним віковим значенням. У 24 обстежених відношення E/A було меншим ніж одиниця, DT перевищував 210 мс та IVRT перевищував 110 мс, що свідчило про порушення діастолічної функції за першим типом (порушення релаксації). При цьому систолічна функція лівого шлуночка порушена не була і становила більше 55%.

Діастолічну дисфункцію лівого шлуночка встановлено у 53,3% пацієнтів з артеріальною гіпертензією I-II ступенів. Закономірним було порушення діастолічної функції за першим типом з перевагою кровотоку під час передсердної систоли.

Гайдуков В.А. ВИКОРИСТАННЯ ЖИВОКОСТУ ЛІКАРСЬКОГО (SYMPYLUM OFFICINALE) У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

*Кафедра догляду за хворими та вищої мед сестринської освіти
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Хронічний холецистит (ХХ) є поширеним захворюванням, що пов'язано із сучасним напруженим ритмом життя та порушеннями дієти. ХХ може призводити до багатьох ускладнень, які потребують хірургічного лікування та погіршують якість життя пацієнтів. Завданням сучасної медицини є оптимізація лікування захворювань на початкових етапах, консервативними методами. При терапії ХХ провідна роль належить фітопрепаратам, тому актуальним є пошук нових ефективних фітозасобів для лікування ХХ.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування живокосту лікарського (ЖЛ) у лікуванні ХХ.

Обстежено 87 хворих на хронічний холецистит (57 жінок і 30 чоловіків) віком 21-68 років; тривалість захворювання складала 0,5-25 років. Діагноз підтверджували загально-клінічними даними, результатами сонографії жовчного міхура (об'єм жовчного міхура вираховували за формулою Everson G.T., ефективність його моторики оцінювали за коефіцієнтом скорочення (КС); мікроскопії жовчі та її біохімічним складом (вмістом холатів, холестерину, білірубіну, визначення холатохолестеринового коефіцієнту). ЖЛ використовували в комплексному лікуванні у вигляді розчину спиртової 40° настоянки (1:5) по 30 крапель на 60 мл теплої дистильованої води. Як показали результати дослідження, використання ЖЛ у багатьох хворих прискорювало нормалізацію біохімічного складу жовчі - зростав вміст жовчних кислот, зростав холато-холестериновий коефіцієнт. Вживання настоянки ЖЛ приводило до холецистокінетичного ефекту. У пацієнтів з нормальним об'ємом жовчного міхура скорочення відбувалося на 48 хвилині і КС був максимальним – $64,0 \pm 2,3$, тоді як у хворих з гіпотонічною дискінезією холецистокінетичний ефект був слабшим (КС – $38,2 \pm 2,1$)