



Кушнір Л.Д.

ОСОБЛИВОСТІ НЕБУЛАЙЗЕРНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ВЕНТИЛОРУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Небулайзерна терапія є одним із ефективних методів інгаляційного лікування осіб із загостреннями хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

Метою дослідження нашого дослідження стало визначення ефективності небулайзерного застосування вентилору у хворих на ХОЗЛ з II-ою стадією захворювання.

Обстежено 27 хворих на ХОЗЛ з II-ою стадією захворювання (основна група), яким до базисної терапії (лораксон, амброксол, сульфокамфокаїн, фліксотид, ацетилцистеїн) був доданий Вентилор при використанні небулайзера, 23 хворих на ХОЗЛ з II-ою стадією захворювання, які отримували базисну терапію (контрольна група). Встановлено, що у обстежених основної групи відзначається покращання загального самопочуття, зниження проявів бронхообструктивного синдрому (задухи, кашлю) вже на 2-3 добу, нормалізація показників функції зовнішнього дихання (ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МВЛ) на 5-7 добу, тоді як у пацієнтів контрольної групи покращання загального самопочуття наступало на 4-6 добу, нормалізація показників функції зовнішнього дихання (ОФВ1, ЖЕЛ, ФЖЕЛ, МВЛ) на 8-11 добу.

Отже, при додатковому застосуванні Вентилора від ТМ «Фарсіфарм» у хворих на ХОЗЛ з II-ою стадією захворювання відзначається інтенсифікація відновлювальних процесів при відсутності розвитку побічної дії у вигляді тахікардії. Включення Вентилора у схеми лікування хворих на ХОЗЛ дозволить суттєво подовжити період ремісії, знизити частоту рецидивування та покращити якість життя хворих.

Малкович Н.М., Марунчик С.Л.*, Белорусова Л.О.*

ПОТЕНЦЮВАННЯ ДІЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЗАСОБІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДОЗОВАНИХ ЕФІРООЛІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

*КМУ «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці **

Препарати з вмістом ефірних олій здавна застосовуються в медицині завдяки широкій палітрі лікувальної дії. В клінічній пульмонології в основному використовуються ефірні олії евкаліпту та ялиці, їх комбінація застосовується як зовнішньо, так і всередину, володіючи зігрівальною, протизапальною, антисептичною, муколітичною, експекторальною активностями, здатністю нормалізувати муко-ціліарний кліренс бронхів та назальної слизової.

В лікуванні хворих із інфекційним загостренням хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) нами апробований препарат ГелоМіртол форте (G.Pohl Boskamp, Німеччина), основою якого є стандартизований екстракт миртолу. До складу екстракту включені три монотерпени: А-пінен, д-лімонен та 1,8-цинеол або евкаліптол.

Застосування ГелоМіртолу форте апробоване у мультицентровому подвійному сліпому плацебо-контрольованому дослідженні. Встановлено, що у порівнянні з комбінацією цефуроксиму та амброксолу за декількома критеріями препарат виявився більш активним та викликав більш виражене пришвидшення клінічного ефекту. Доведено, що миртол потенцією дію антибіотиків при лікуванні ХОЗЛ в стадії інфекційного загострення, особливо при вірусній етіології захворювання, коли призначення антибіотиків є недоцільним. Ще однією перевагою засобу є відсутність ризику розвитку бактеріальної резистентності. Безумовною перевагою засобу виявилась його значна муколітична активність, в тому числі здатність розріджувати слизовий та гнійний вміст придаткових пазух носа та, відповідно, стимулювати його евакуацію. Це дозволило широко застосовувати препарат в лікуванні хворих на ХОЗЛ із супутніми гострими та хронічними синуситами та наявністю ретроназального затікання. Використання препарату було обмежене у осіб із загостреннями хронічних захворювань шлунка та кишечника, хронічного гелатиту, при жовчечкам'яній хворобі. В період ремісії хронічного гастродуоденіту та виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки призначення ГелоМіртолу форте не викликало дискомфорту, оскільки капсули є кишковорозчинними. З іншого боку, стимулювальний вплив препарату на травні залози може з успіхом використовуватися у пацієнтів з гілоацидними станами, гіпотонічною дискінезією жовчного міхура, дисбіозами кишечника.

Вітчизняний комплекс Інгалар (АТ «Галичфарм», корпорація «Артеріум») включає окрім евкаліптової та ялицевої олій ще олію м'яти, терпентинову олію та ментол, розчинені у вазеліновій олії. Зовнішнє використання Інгалару має кілька модифікацій. Це, насамперед, парові інгаляції, що спричиняють значну протинабрякову, протизапальну, муколітичну та антисептичну дії у пацієнтів із загостренням ХОЗЛ, що страждають на супутні риніт, риносинусит, фарингіт, ларингіт, трахеобронхіт. Опосередковане, напярме інгалювання активних середників Інгалару реалізується при розтираннях, легкому масажі грудної клітки з кількома краплями цього препарату.



Застосування комплексних ефіроолійних препаратів ГелоМіртол форте та Інгалар обмежене у пацієнтів з непереносимістю ефірних олій, в тому числі з алергічними реакціями на згадані середники. Обережно слід використовувати Інгалар у пацієнтів з підвищеною реактивністю периферійних бронхів, що найчастіше маніфестує у вигляді бронхіальної астми.

Перспективним є вивчення системних та локальних імуномодельовальних властивостей ГелоМіртолу форте та Інгалару у пацієнтів із затяжними загостреннями ХОЗЛ та супутнім хронічним синуситом.

Мандрик О.Є., Воєвідка О.С.

ВИКОРИСТАННЯ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ГЕПАДИФ, ЕЗЕТИМІБ ТА ФОЗИНОПРИЛ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ, ОЖИРІННЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ІІ СТ.

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність проблеми зумовлена істотним зростанням у останній час частоти коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ) на фоні ожиріння із розвитком неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), який характеризується синдромом взаємообтяження.

Метою дослідження стало вивчити вплив комплексу засобів гепадифу, езетимібу (езетролу) та фозиду (фозиноприлу) на перебіг НАСГ, ГХ ІІ стадії, ожиріння.

Обстежено 80 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ ІІ стадії та ожирінням І ступеня. Для визначення ефективності лікування було сформовано 2 групи пацієнтів, які були рандомізовані віком, статтю, ступенем ожиріння, та активністю цитолітичного синдрому. Контрольна група (К) (40 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, есенціале Н по 1 капсулі 3 рази на день (як гепатопротекторний препарат), аторвастатин (аторкор) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та еналаприлу малеат по 10 мг на добу під контролем АТ упродовж 30 днів. Основна група (О) (40 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, гепадиф (Г) по 1 капсулі 3 рази в день (як гепатопротекторний препарат), езетиміб (Е) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та фозиноприл (Ф) по 10 мг на добу для контролю АТ упродовж 30 днів. Під час дослідження випадків побічної дії ліків не було.

Результати дослідження проаналізовані на підставі порівняльної динаміки інтенсивності основних клінічних синдромів О та К груп на 30-й день лікування. Загальна слабкість, у О групі зі схемою лікування: гепадиф, езетиміб, фозиноприл становила - 4,8 бали. А в К групі зі схемою лікування: есенціале Н, аторвастатин, еналаприлу малеат становила - 3 бали. Працездатність, у О групі зросла до - 4,9 бали. Тоді, як у К групі істотного зростання працездатності не відмічалось - 2,8 бали. Гіркота у роті у О групі зменшилась і становила - 4,5 бали, у К групі прояв даного симптому зменшився незначно та становив - 1,4 бали. Сухість у роті, у пацієнтів О групі майже не спостерігались та становили - 4,8 бали, тоді, як в К групі прояви спостерігались часто і становили - 1,8 бали. Нудота, в О групі спостерігалася рідко і становила - 4,3 бали, а в К групі виявлялася часто і становила - 2,5 бали. Здуття живота, у О групі майже не було - 4,7 бали, а в К групі було частим проявом і становило - 1,7 бали. Відчуття важкості у правій підреберній ділянці, у пацієнтів О групі зменшилось і становило - 4,7 бали, а у К групі зменшення прояву було не істотним і становило - 2,3 бали. Гепатомегалія, у О групі рідко виявлялась і становила - 4,6 бали, а в К групі, цей прояв був частіший і становив - 3,2 бали.

Отже, лікувальний комплекс із включенням препаратів гепадиф, фозиноприл та езетиміб був ефективніший за традиційну комбінацію (есенціале Н, еналаприл та аторвастатин), як у відношенні швидкого досягнення ремісії основного так і супутнього захворювання.

Мухамед Васек Обейд Аль Салама

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВКЛЮЧЕННЯ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ АЛОПУРИНОЛУ ТА КВЕРЦЕТИНУ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

На теперішній час, згідно зі статистичними даними, в Україні біля 8 млн пацієнтів страждає на ішемічну хворобу серця (ІХС). Покращення прогнозу цих хворих, зниження смертності – найважливіша мета медикаментозної терапії ІХС. Сечова кислота (СК-та) посідає чільне місце як один з нових маркерів серцево-судинного ризику, оскільки вона продемонструвала щільне поєднання з несприятливими серцево-судинними подіями, особливо у пацієнтів з високим серцево-судинним ризиком. Згідно з останніми рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів, фармакологічне лікування стабільної ІХС, окрім традиційних препаратів першої та другої лінії, доповнене алопуринолом. Не визначеним залишається питання корекції безсимптомної гіперурикемії (ГУ) із застосуванням алопуринолу в пацієнтів з ІХС та артеріальної гіпертензії (АГ).

Мета роботи - вивчити ефективність включення до комплексної терапії стабільної стенокардії алопуринолу і кверцетину та особливості змін біомаркерів і гомеостазіологічних показників.