



Південна
Фундація
Медицини

**МІЖНАРОДНА
НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**«СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ
СВІТОВОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ЇЇ РОЛЬ У ЗАБЕЗПЕЧЕННІ
ЗДОРОВ'Я СВІТОВОГО
СПІВТОВАРИСТВА»**

м. Одеса, 25-26 травня 2012

Одеса 2012

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Амеліна Т. М.

к. мед. н, асистент

Полянська О. С.

д. мед. н, професор

Буковинського державного медичного університету

Шевчук В. А.

лікар-реаніматолог

Чернівецького обласного кардіологічного диспансеру

м. Чернівці, Україна

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ З СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Погіршення функції зовнішнього дихання у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) асоціюється з підвищенням ризику розвитку кардіальних подій та серцево-судинної летальності. У дослідженні The Lung Health Study встановлено, що зменшення на 10% об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) підвищує загальну смертність на 14%, серцево-судинну - на 28%, ризик розвитку ІХС - на 20% [4, с. 30-31].

Доведено, що раннє призначення бета-адреноблокаторів призводить до зменшення загальної смертності на 22%, раптової смерті - на 32%, ймовірності повтору гострого ІМ - на 27% [5, с. 231-237]. Однак, призначення даної групи препаратів пацієнтам з поєднаним перебігом ІХС і хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) часто уникають через можливу стимуляцію бронхоспазму [1, с. 72-76]. Проведене в США дослідження The Cooperative Cardiovascular Project довело, що ризик смерті в хворих на ХОЗЛ, що перенесли інфаркт міокарда, впродовж 2 років без β -адреноблокатора становив 27,8%, у аналогічній групі пацієнтів при використанні цих препаратів - 16,8% [2, с. 104-108; 3, с. 126-129].

Для вивчення ефективності запропонованого лікування обстежені були розподілені на підгрупи: 1-а підгрупа складалася з 30 пацієнтів на ІХС без супутньої патології з боку органів дихання, яким проводилась загальноприйнята базисна терапія (антитромбоцитарна, ліпідознижувальна) та метопролол; 2-а - 33 хворих на ІХС без хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), у комплексне лікування яких на тлі базисної терапії було включено карведилол замість метопрололу; 3-я - 20 хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ, котрі

отримували базисну терапію та метопролол; 4-а підгрупа - 30 хворих на ІХС із супутнім ХОЗЛ, яким на тлі диференційованої базисної терапії замість метопрололу було включено карведилол у дозі 12,5 мг на добу. Тип і ступінь вираженості порушень вентиляційної функції легень оцінювали за показниками спірограми і кривої «потік-об'єм» за таблицями Клемент Р.Ф. і співав. (1986). Оцінювали показники життєвої ємності легень вдиху (ЖЄЛвд), форсованої ЖЄЛ (ФЖЄЛ), ОФВ1, середньої (СОШ 25-75%) та максимальної об'ємної швидкості видиху 25% ЖЄЛ (МОШ 25%), МОШ 50%, МОШ 75%, максимальної вентиляції легень (МВЛ) за належними величинами.

У групі пацієнтів на ІХС без супутньої патології показники ФЗД до та після проведеної терапії карведилолом на фоні базового лікування відповідали належним величинам та не зазнали вірогідних змін. Призначення базової схеми лікування ІХС із включенням β -адреноблокатора метопрололу 3-ій підгрупі пацієнтів призвело до статистично недостовірною покращання показників ФЗД. Так, ЖЄЛвд зросла на 3,9%, МВЛ на 4,2%, ФЖЄЛ на 3,8%, ОФВ1 на 4,1%, СОШ 25-75 на 5,04%. МОШ на рівні крупних бронхів збільшилась на 6,01 %, на рівні середніх бронхів на 3,9% та рівні дрібних бронхів на 12,4%.

Значний інтерес становили параметри функції зовнішнього дихання саме при призначенні запропонованого нами на фоні базової терапії β 1,2- α 1-адреноблокатора пацієнтам з поєднаною патологією ІХС і ХОЗЛ. На фоні терапії карведилолом виявлена тенденція до незначного покращання всіх показників спірограми. Так, показник ЖЄЛвд збільшився на 2,7%, МВЛ – на 3,9%. Наслідком проведеного лікування є тенденція до зростання показників ОФВ1, СОШ25-75, МОШ25, МОШ50, МОШ75 вказує на незначне покращання бронхіальної прохідності на 1,4; 3,1; 10,1; 5,9 та 8,7% відповідно. Вірогідної різниці між показниками ФЗД у пацієнтів при призначенні карведилолу та β -блокатора базової терапії метопрололу не встановлено.

Отже, використання карведилолу не призводить до погіршення показників легеневої вентиляції, що дозволяє рекомендувати його до призначення пацієнтам із поєднаним перебігом ІХС і ХОЗЛ у період ремісії захворювання.

Література:

1. Кароли Н.А. Хронический обструктивный бронхит и ишемическая болезнь сердца / Н.А. Кароли, А.П. Ребров // Клини. медицина. - 2005. - № 6. - С. 72 - 76.
2. Козачок М.М. Оцінка безпечності застосування β 1-кардіоселективного адреноблокатора небівололу у хворих із серцево-судинними порушеннями та супутньою патологією бронхолегеневої системи / М.М. Козачок, М.М.Селюк // Серце і судини. - 2004. - № 2. - С. 104 - 108.

3. Коломиец В.В. Использование блокатора β -адренорецепторов небилета (небиволола) в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с хроническим обструктивным бронхитом // В.В. Коломиец, С.Н.Тюрина // Укр. медичний часопис. – 2002. - № 1 (27). – С. 126 – 129.

4. Мостовий Ю.М. Бронхіальна астма, ХОЗЛ та серцево-судинні захворювання / Ю.М. Мостовий// Здоров'я України. – 2011. - № 3 (256). – С. 30-31.

5. Beta-blocker prescription and chronic obstructive pulmonary disease / R. Ollivier, E. Donal, P. Delaval [et al.] // Ann. Cardiol. Angeiol. – 2007. – Vol. 56, № 5. – P. 231 - 237.

Бабинец О. М.

аспірант

Інститута проблем криобіології і криомедицини НАН України

Высеканцев И. П.

к. мед. н., зав. отделом ИПК и К НАН Украины

доцент Харьковского национального университета

имени В. Н. Каразина

медицинский факультет

Марценюк В. Ф.

к. биол. н., с. н. с.

ИПК и К НАН Украины

г. Харьков, Украина

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОЛУЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРОБИОТИКОВ, ИММОБИЛИЗОВАННЫХ НА ЭНТЕРОСОРБЕНТАХ

Микробиота человека играет важную роль в поддержании жизнедеятельности организма. Она состоит из микробиоценозов пищеварительного тракта, влагалища, носоглотки и дыхательных путей, кожи [1, с.57 - 67]. Наиболее пристальное внимание уделяют микрофлоре ЖКТ. Пристеночная микрофлора дистальных отделов тонкой кишки и всех отделов толстой кишки принимает участие в биотрансформации, усвоении, метаболизме и выведении неорганических и органических соединений, циркулирующих в организме человека. Кишечные микроорганизмы-пробиотики сами синтезируют широкий спектр витаминов, жирных кислот, дефензинов, гормонов, нейропептидов и др. [2, с. 11 - 22]. Пристеночная микрофлора ЖКТ имеет важное значение в формировании неспецифической резистентности иммунной системы, оказывает модулирующее влияние на продукцию цитокинов [1, с. 106].