

## ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ТА СУПУТНИМИ БРОНХООБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Малкович Н.М.

Буковинський державний медичний університет

Розвиток гострого порушення мозкового кровообігу досить часто розвивається у хворих із супутніми бронхообструктивними захворюваннями (хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), бронхіальна астма тощо). При цьому, як правило, провокується загострення патологічного процесу, що поглиблюється через розвиток мукостазу та мікроателектазів у задньобазальних відділах легень у пацієнтів з геміпарезами або глибокими порушеннями свідомості. В свою чергу, описані патологічні зміни можуть слугувати причинами виникнення ранніх та пізніх внутрішньолікарняних пневмоній.

Профілактика та лікування згаданих патологічних станів є важливим завданням реабілітації пацієнтів з ГПМК. Хворим із загостренням ХОЗЛ та БА слід з першим діб застосовувати інгаляційні та небулайзерні форми бронхолітичних та глюкокортикоїдних препаратів. Небулайзерна форма введення показана пацієнтам з порушенням свідомості та координації дихальних рухів та повинна поєднуватися з неінвазивною або інвазивною оксигенотерапією.

Інфекційнозалежні випадки загострення ХОЗЛ та БА, а також розвиток пневмонії вимагають доверного застосування адекватних доз сучасних високоактивних антибактеріальних препаратів з врахуванням місцевого внутрішньолікарняного бактеріального пейзажу.

Слід зазначити, що призначення препаратів з М-холіноміметичним механізмом дії хворим на ГПМК із супутніми ХОЗЛ та БА є небажаним, оскільки провокує посилення бронхіальної обструкції та диспноє.

Тісна співпраця невропатологів та терапевтів має бути запорукою одужання та успішної реабілітації таких пацієнтів.

## ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Микула Е.М., Яковлева О.А., Крикус О.Ю.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова

Коррекция дислипидемий в гериатрии продолжает вызывать дискуссии, в связи с возможным негативным влиянием статинов на конечные точки в многоцентровых исследованиях. Между уровнями агрессивных липидов и продолжительностью жизни при лечении статинами в старости возможны обратные корреляции, а долгожители сохраняют нормальный липидный гомеостаз. Рекомендации и стандарты в гериатрии относительно использования статинов не разработаны, тем более в условиях «войны статинов» между собой за их большую эффективность и безопасность. В настоящее время не ясны и противоречивы возможности применения статинов при сердечной недостаточности, с учётом прогрессирующего гемодинамического поражения печени. Фармакокинетика статинов тесно связана с ролью цитохромов P450,

который снижает свою активность в результате застоя в центростремительных участках печеночных клеток при застойной недостаточности.

Остаются неясными целевые уровни холестерина и ХС-ЛПНП для этого возрастного контингента больных. Поэтому представляет интерес оценить состояние нарушенного липидного гомеостаза у гериатрических контингентов больных.

Целью работы было исследование липидного состава крови у больных пожилого и старческого возраста при развитии сердечной недостаточности.

**Материалы и методы.** Обследовано 40 больных с диагнозом ишемической болезни сердца в сочетании с гипертонической болезнью II стадии, при ХСН Па стадии, ФК II-III, поступивших в кардиологический стационар для лечения. Исходные данные липидограмм крови исследовались общепринятыми методами. Возраст больных колебался от 65 до 94 лет (средний возраст  $79 \pm 0,8$  года), старше 80 лет наблюдали 21 пациента, среди них 25 женщин и 15 мужчин.

**Результаты исследования.** Установлены нарушения липидного спектра крови у большинства больных. Средние показатели общего холестерина крови достигали  $5,64 \pm 0,08$  ммоль/л, с его колебаниями от 4,6 до 6,5 ммоль/л ХС-ЛПНП –  $3,47 \pm 0,11$  ммоль/л. В то же время можно отметить отсутствие чрезмерного снижения ХС-ЛПВП, так как он сохранялся в средних пределах  $1,32 \pm 0,06$ , и у некоторых больных в возрасте 70-94 лет достигал колебаний  $1,5-1,9$  ммоль/л (у 11 пациентов), а его уровень, равный 0,9 ммоль/л, наблюдался только у пяти больных (74-82 лет). Показатели  $\beta$ -холестерина также не были значительно повышены – в среднем достигая  $4,10 \pm 0,12$  г/л. Уровни триглицеридов колебались от 0,9 (у больной 89 лет) до 1,9 ммоль/л, в среднем –  $1,46 \pm 0,04$  ммоль/л. Индекс атерогенности колебался от 1,9 до 6,2 (у одного пациента), составляя в среднем  $3,38 \pm 0,16$ . Таким образом, у больных можно констатировать наличие изолированной полигенной приобретенной гиперхолестеринемии как клинического типа дислипидемий.

Выделив отдельно группу больных старше 80 лет (21 пациент), стало очевидным, что значительных отличий по показателям от группы пожилых больных не было. Так, общий холестерин достигал в среднем  $5,59 \pm 0,11$  ммоль/л, ХС-ЛПНП –  $3,34 \pm 0,15$  ммоль/л, а индекс атерогенности –  $3,27 \pm 0,19$ . Следовательно, при сердечной недостаточности ишемического генеза у больных пожилого и старческого возраста сохраняется дислипидемия, преимущественно за счёт повышения холестерина и его содержания в ЛПНП. Необходимость применения статинов может быть продиктована этой ситуацией, но с учётом наименее токсичного препарата и сохраняющего достаточные уровни ХС-ЛПВП.

## ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ОСТЕОПОРОЗУ У ЖІНОК ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОПОРНО РУХОВОГО АПАРАТУ

Мітрохіна О.С., Гармш І.П., Жулай К.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Негативний соціальний вплив ревматичних захворювань (РЗ) зумовлений їх значною поширеністю серед всіх вікових груп населення, та неухильним прогресуванням патологічного процесу, що призводить до ранньої та швидкої інвалідизації. Достатньої уваги викликає розвиток остеопорозу. Відсутність