

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ "ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т. МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ"
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ № 1 ТА КЛІНІЧНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ
ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ХАРКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ХАРКІВСЬКЕ МЕДИЧНЕ ТОВАРИСТВО

Матеріали
науково-практичної конференції

**"ЩОРІЧНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ:
ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ
ТА ЛІКУВАННЯ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ"**

Підписано до друку 20.03.2012 р. Формат 60х90 1/16,
Папір офсетн. Друк – Різографія. Ум. друк. арк. 8,7
Гарнітура Times New Roman. Наклад 100 прим. Зам. №237/9
«ФОП Ліпкіна С.Е.»
Свідоцтво про державну реєстрацію № 203377 від 13.12.2007 р.

19-20 квітня 2012 року

Харків
2012

ЕФЕКТИВНІСТЬ АД'ЮВАНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Глубоченко О.В., Глубоченко В.Г., Сеник Б.П.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Актуальність проблеми ефективного і безпечного лікування хворих на ревматоїдний артрит (РА) обумовлена тенденцією до зростання даної патології серед всіх вікових груп населення, хронічним перебігом, що призводить до втрати працездатності та інвалідизації. Призначення нестероїдних протизапальних, гормональних препаратів, цитостатичної терапії дозволяє значно зменшити прояви захворювання, подовжити тривалість ремісії. Але необхідність тривалого застосування цих засобів при РА в ряді випадків викликає ускладнення зі сторони шлунково-кишкового тракту – індуковані гастропатії, серцево-судинної системи – артеріальні гіпертензії, нирок – медикаментозна нефропатія, печінки – медикаментозна гепатопатія, тощо. Зменшити ризик використання базисних препаратів дозволяє застосування альтернативних лікарських засобів, зокрема гомеопатичних препаратів. Вони володіють достатнім профілем безпеки, їх можливо застосовувати тривало, вони добре переносяться хворими.

«Інцина» – комплексний гомеопатичний лікарський препарат, складові якого володіють протизапальним, десенсібілізуючим, імуномодулюючим, репаративним ефектами, забезпечують комплексну дію на організм хворого, доповнюють і потенціюють дію одне одного.

Досліджено 10 хворих на ревматоїдний артрит. Діагноз РА встановлювали у відповідності з критеріями ACR, ефективність терапії оцінювалась по динаміці больового синдрому (по шкалі ВАШ), індексу активності (DAS 28), який включає наступні показники: число набряклих, болочих суглобів, оцінку ефективності лікування пацієнтом і лікарем, рівень ШЗЕ, потреба в НПЗП. Препарат «Інцина» призначався поряд із базисною терапією у дозі 10 крапель за 20 хвилин до їди 3 р/добу. Позитивна динаміка больового синдрому спостерігалась на 16-17 день лікування. Відмічено зниження болі з $(59,8 \pm 13,54)$ мм до $(31,12 \pm 12,25)$ мм (за шкалою ВАШ). У контрольній групі була виявлена менш позитивна динаміка. Індекс активності DAS 28 знизився у пацієнтів основної групи з $(5,93 \pm 0,07)$ до $(4,1 \pm 0,75)$. В групі контролю індекс активності знизився з $(5,72 \pm 0,42)$ до $(4,9 \pm 1,02)$. У хворих основної групи спостерігалась більш позитивна динаміка ліквідації патологічних змін лабораторних показників (ШЗЕ, лейкоцитозу, рівня С-реактивного білка, тощо). Прийом препарату сприяв зменшенню числа побічних ефектів базисної терапії, особливо зі сторони ШКТ. Сполучення основного лікування і ад'ювантного дозволило у чотирьох хворих знизити середньодобову дозу НПЗП порівняно із контролем. Всі пацієнти продовжили застосування препарату на амбулаторному етапі до місяця, що дозволило подовжити тривалість ремісії.

Таким чином, ад'ювантне застосування гомеопатичного препарату в комбінації з основною терапією дозволило покращити клінічну ефективність лікування у хворих на РА, покращити ближні і віддалені результати лікування.

СТАБІЛЬНА СТЕНОКАРДІЯ ТА МЕТАБОЛІЧНИЙ СИНДРОМ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ

Глашук Т.О., Малишевська І.В., Окіпняк І.В., Глашук І.І.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Незважаючи на значні досягнення медицини у лікуванні та профілактиці ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ), саме серцево-судинні хвороби залишаються однією з найголовніших причин смертності населення всіх країн світу. Разом з АГ ІХС займає чільне місце серед причин смерті населення європейських країн. Основним проявом ІХС є стабільна стенокардія, яка виявляється у 90 % випадків ураження вінцевих судин.

З метою встановлення залежності частоти виявлення ознак електричної нестабільності шлуночків від наявності ішемії міокарда обстежено 87 хворих на стабільну стенокардію (СС), яка перебігала на тлі метаболічного синдрому, з використанням 24-годинного холтеровського моніторингу ЕКГ (ХМ), велоергометрії (ВЕМ) та черезштравохідної електрокардіостимуляції (ЧСЕС).

За даними ХМ ЕКГ пацієнти зі шлуночковими екстрасистолами високих градаций (ШЕвг) характеризувались достовірно більшою частотою, тривалістю та вираженістю (за глибиною депресії сегмента ST) епізодів больової ішемії міокарда (БІМ) у співставленні з хворими без шлуночкових порушень ритму $((7,3 \pm 1,3)$ епізодів/добу проти $(2,0 \pm 0,2)$ епізодів/добу, $p < 0,001$; $(75,1 \pm 12,5)$ хв./добу проти $(23,8 \pm 6,3)$ хв./добу, $p < 0,001$; $(4,2 \pm 1,1)$ мм проти $(1,4 \pm 0,2)$ мм, $p < 0,001$). Аналогічні зміни показників БІМ відмічались у пацієнтів з поодинокими шлуночковими екстрасистолами (пШЕ), але дані достовірно не розрізнялись: $(2,2 \pm 0,4)$ епізодів/добу ($p > 0,5$), $(28,2 \pm 5,9)$ хв./добу ($p > 0,5$), $(1,8 \pm 0,2)$ мм ($p > 0,1$). Не виявлено статистично достовірної різниці добової кількості, тривалості та вираженості епізодів безбольової ішемії міокарда (ББІМ) у хворих без ШЕ, з пШЕ та з ШЕвг: $(1,8 \pm 0,2)$ епізодів/добу, $(2,4 \pm 0,3)$ епізодів/добу ($p > 0,1$) та $(2,5 \pm 0,4)$ епізодів/добу ($p > 0,1$); $(31,5 \pm 6,7)$ хв./добу, $(27,4 \pm 4,7)$ хв./добу ($p > 0,5$) та $(29,3 \pm 5,8)$ хв./добу ($p > 0,5$); $(1,4 \pm 0,1)$ мм, $(1,4 \pm 0,1)$ мм ($p > 0,5$) та $(1,8 \pm 0,3)$ мм ($p > 0,2$), відповідно. При вивченні показників навантажувальних тестів, які об'єктивізують коронарний резерв, у вказаних групах, встановлено, що частота припинення стимуляції при ЧСЕС та порогове навантаження при ВЕМ були достовірно нижчими у пацієнтів зі ШЕвг у порівнянні з хворими без ШЕ $((125,4 \pm 5,1)$ імпл./хв. проти $(146,7 \pm 4,7)$ імпл./хв., $p < 0,001$; $(55,0 \pm 6,8)$ Вт проти $(81,6 \pm 6,2)$ Вт, $p < 0,001$). Ці показники мали аналогічну, але статистично недостовірну тенденцію у пацієнтів з пШЕ $((137,7 \pm 4,6)$ імпл./хв., $p > 0,1$; $(77,9 \pm 5,7)$ Вт, $p > 0,5$).

Отримані результати дозволяють стверджувати, що детермінантами електричної нестабільності шлуночків у пацієнтів зі СС на тлі метаболічного синдрому є низький коронарний резерв, а також велика кількість, тривалість та вираженість епізодів БІМ.