

УДК 616.24-007.271:616.37-002.2

**СТАН КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ІЗ СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА
АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ**

Христич Т.М., Федів О.І., Телекі Я.М., Цинтар Т.П., Гонцарюк Д.О.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна,

jana_med@ua.fm

Вступ. Покращання якості життя хворих, уникнення тяжких наслідків — загострень, госпіталізацій посідають важливе місце у лікуванні пацієнтів з хронічними обструктивними захворюваннями легень. Якщо приєднується супутня патологія, як наслідок системного запального процесу, ситуація погіршується.

Мета. Провести катамнестичне дослідження впливу есенціальних фосфоліпідів на перебіг ХОЗЛ із супутнім хронічним панкреатитом.

Матеріал і методи. На амбулаторному етапі спостерігали хворих впродовж 6 місяців. За цей період пацієнти основної групи (14 осіб) після лікування в стаціонарі отримали ще два курси «Есенціале форте Н» за схемою по 1 капсулі тричі на добу. Хворі групи порівняння (12 осіб) планового амбулаторного лікування не отримували, а приймали медикаменти тільки за потребою залежно від стадії ХОЗЛ та проявів зовнішньосекреторної недостатності ХП. По завершенні 6-місячного терміну спостереження ми враховували частоту загострень ХОЗЛ і результати опитувача MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form-36).

Результати. У хворих основної групи частота загострень ХОЗЛ за півроку склала $0,5 \pm 0,3$, а у хворих групи порівняння — $1,7 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

За результатами опитувача MOS SF-36 через 6 місяців амбулаторного спостереження оцінка фізичної складової якості життя склала $44,35 \pm 2,15$ бали, психічної — $45,64 \pm 1,56$ бала. У групі порівняння відповідні показники склали $37,6 \pm 3,2$ та $39,5 \pm 1,81$ бала. Тобто фізичний та психічний компоненти якості життя хворих через піврічний термін амбулаторного спостереження в основній групі були вірогідно кращими, ніж у групі порівняння ($p < 0,05$).

Висновки. Отримані дані катамнестичного дослідження дають змогу говорити про позитивний вплив запропонованої терапії на перебіг ХОЗЛ із супутнім ХП та зменшення частоти загострень, що, в подальшому, запобігатиме прогресуванню та поліпшенню прогнозу захворювання та якості життя пацієнтів.

УДК 616.36:616.233-007.272-085.244

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛУТАРГИНА ПРИ МЕДИКАМЕНТИНДУЦИРОВАННЫХ
ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ
БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Хухлина О.С.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

oksanakhukhlina@rambler.ru

Введение. Прогрессирующее возрастание заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с частыми обострениями привело к учащению случаев развития медикаментозного гепатита (МГ) вследствие повторного назначения длительных курсов гепатотоксичных антибиотиков. Наличие очагов бактериальной инфекции в бронхах требует их санации с целью снижения сенсibilизации, степени бронхообструктивного синдрома, темпов прогрессирования пневмофиброза, поэтому назначение курсов антибиотикотерапии неизбежно. Однако, последнее обстоятельство

является мощным этиологическим фактором развития МГ у лиц как с предварительно «скомпроментированной» печенью вследствие алкогольной нагрузки, так и у лиц, не имеющих ранее заболеваний печени, однако регулярно получающих курсы антибиотиков (аминогликозиды, макролиды, азалиды, цефалоспорины, фторхинолоны и др.) по поводу обострения ХОБЛ.

Цель. Изучить влияние глутаргина (ФК „Здоровье” (Харьков)) на функциональное состояние печени, показатели функции внешнего дыхания (ФВД), содержание в крови компонентов соединительной ткани (СТ) и провоспалительных цитокинов в динамике лечения больных медикаментозным гепатитом (МГ) и ХОБЛ.

Материал и методы. Обследовано 30 больных МИГ мягкой активности, который развился на фоне ХОБЛ II-III ст. в фазе инфекционного обострения и 30 здоровых лиц, в возрасте от 47 до 63 лет. Все больные, кроме диетического питания (№ 5), базисной терапии обострения ХОБЛ (ингаляционные холинолитики, метилксантины, антибиотики, мукоурегуляторы), получали монотерапию глутаргином по 10 мл 40% раствора в/в в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида (10 дней) с переходом на таблетированную форму глутаргина по 750 мг 3 раза в день (30 дней).

Результаты. Применение глутаргина в динамике лечения (соль глутаминовой кислоты и аргинина), благодаря антиоксидантным, дезинтоксикационным, мембраностабилизирующим, антигипоксантным, вазодилатирующим и бронходилатирующим (донатор NO) свойствам, способствовало исчезновению клинических симптомов МГ, нормализации функционального состояния печени и исчезновению признаков активности воспалительного процесса в печени (активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы, содержания гамма-глобулинов, тимоловой пробы ($p < 0,05$)), снижению признаков интоксикации (нормализация содержания в крови аммиака и среднемолекулярных пептидов) к 10 суткам лечения, торможению фиброзированию печеночной ткани, вследствие угнетения синтеза коллагена звездчатыми клетками Ито, и ткани легких (в результате либерации NO, устранения гипоксии, снижения стимулирующего фиброгенез влияния провоспалительных цитокинов: ИЛ-1 β , TNF- α , TGF- β_1), активации коллагенолитической активности плазмы крови (активация матриксной металлопротеиназы-1 (ММП-1), снижения активности тканевых ингибиторов ММП-1), а также усиления экскреции метаболитов СТ (свободного оксипролина) с мочой, а также, оказало положительное влияние на течение ХОБЛ с достоверным улучшением показателей ФВД (повышение ОФВ1, ПОС выд ($p < 0,05$)), нормализацией газового состава крови.

Выводы. Результаты исследования указывают на высокую эффективность и целесообразность применения глутаргина для лечения больных МГ, а также для профилактики его развития на фоне ХОБЛ с рецидивирующим течением с частым назначением курсов антибактериальной терапии гепатотоксичными средствами. У больных с сочетанным течением ХОБЛ и МГ глутаргин способствует восстановлению функционального состояния печени, оказывает противовоспалительный и дезинтоксикационный эффект, снижает степень бронхообструктивного синдрома и тормозит прогрессирование фиброза в печени и легких, предупреждает развитие печеночноклеточной и дыхательной недостаточности.