



розширення фізіологічних резервів організму, профілактику функціональних розладів і здатність хворого до самообслуговування.

На госпітальному етапі реабілітація забезпечується спеціалістами вторинного або/та третинного рівня, оптимально – мультидисциплінарною бригадою.

З огляду на класифікацію етапів реабілітації, госпітальний і санаторно-курортний етапи забезпечуються відповідними спеціалістами вторинної ланки медичної допомоги (МД) з активним залученням середнього медичного персоналу та фізичних реабілітологів. Після виписки зі стаціонару контроль за виконанням попередніх призначень, включно й фізичних заходів, покладається на персонал первинної ланки МД.

На жаль, на первинному рівні МД не передбачено штатних посад реабілітологів. Враховуючи завдання для сімейного лікаря певними знаннями з реабілітації мають володіти медичні працівники первинної ланки МД, адже саме їм доводиться контролювати виконання хворим реабілітаційних заходів, призначених у стаціонарі, навіть дещо корегувати та у разі низької ефективності спрямовувати хворого на вищі рівні надання МД, тому що лікарі загальної практики – сімейної медицини та медсестри найкраще володіють інформацією про хворих, яких вони обслуговують.

В межах профілактичних заходів сімейний лікар може застосовувати різні види донесення інформації до населення: індивідуальні бесіди (як з пацієнтами груп ризику, так і з членами їхніх сімей); виступи перед громадою (групові семінари, де можуть бути як великі, так і малі групи); виступи в засобах масової інформації та комунікації (друковані видання, радіо, телебачення, Інтернет); друковані листівки та інформаційні листи (можуть використовуватися існуючі та/або на їх основі розроблені нові). Сімейний лікар у взаємодії з медпрацівниками інших спеціальностей має проводити широку просвітницьку роботу – залучати пацієнта та осіб, які його доглядають, до участі в програмах не медикаментозної корекції. Ними можуть бути не тільки різні «Школи здоров'я», програми відмови від шкідливих звичок, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо, але й семінари й лекції самих лікарів.

Білецький С.В.

**ВПЛИВ МЕТАБОЛІТОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ КВЕРЦЕТИНУ
ТА АРГІНІНУ ГІДРОХЛОРИДУ НА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ
У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ
У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

У патогенезі артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) значну роль відіграє активація вільнорадикального окиснення. Продукти переокисного окиснення ліпідів мембранотоксичні, вони деформують мембрани клітин, порушують їхню осмотичну резистентність і електричний потенціал, окиснюють тіолові сполуки і SH-групи білків мембран, розривають нуклеїнові кислоти, денатурують білки. Дослідження останніх років переконливо показали важливу і самостійну роль ендотелію в розвитку серцево-судинних захворювань, у тому числі АГ та ІХС. Провідним механізмом, що лежить в основі ендотеліальної дисфункції, є зниження утворення і біодоступності NO.

Метою проведеного дослідження було дослідити ефективність лікування хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) коморбідну з ІХС з використанням інгібітора 5-ліпоксигенази кверцетину (корвітину) і донатору NO - аргініну гідрохлориду (Тівортину) на тлі застосування базисної терапії. Аналізували вплив лікування на артеріальний тиск (АТ) та клінічний перебіг ІХС.

Обстежено 56 хворих на ГХ II стадії у поєднанні з ІХС (стабільна стенокардія I-II функціонального класу (ФК)). Всі хворі були рандомізовані у дві групи. До I групи входили 24 пацієнти, до II групи - 32 пацієнтів. Всі пацієнти отримували комплексну базисну терапію (БТ) антигіпертензивними та антиангінальними засобами (раміпріл, амлодипін, індапамід,



аторвастатин, ізодиніт, бісопролол, ацетилсаліцилова кислота). Пацієнтам II групи (32 особи) перші 6 днів на тлі БТ проводилася інфузійна метаболітотропна терапія (МТ) Корвітином (0,5 г), а в наступні 6 днів – Тівортіном по 100 мл розчину (4,2 г аргініну) довенно, з подальшим переходом на амбулаторний прийом пероральної форми Тівортіну по 10 мл двічі на добу протягом двох тижнів.

Після проведеного лікування хворих на ГХ II стадії у поєднанні з ІХС в основній групі (базисна та метаболітотропна терапія) систолічний артеріальний тиск достовірно знизився на 13,2 % (з $168,13 \pm 6,21$ мм рт. ст. до $146,04 \pm 5,88$ мм рт. ст.), в контрольній групі (базисна терапія) – на 9,2 % (з $165,53 \pm 5,82$ мм рт.ст. до $150,33 \pm 6,01$ мм рт. ст.; $p < 0,05$). Діастолічний артеріальний тиск достовірно знизився в основній групі на 7,3 % (з $96,22 \pm 2,94$ мм рт. ст. до $89,21 \pm 3,04$ мм рт. ст.), в контрольній групі – на 4,3 % (з $94,81 \pm 2,82$ мм рт. ст. до $90,73 \pm 2,94$ мм рт. ст.; $p < 0,05$). Цільовий рівень АТ в основній групі було досягнуто у 70,8 %, в контрольній групі - у 62,3 % пацієнтів.

Кількість нападів стенокардії за добу в основній групі пацієнтів (II ФК стенокардії) знизилася у 2,8 рази (з $3,46 \pm 0,41$ до $1,24 \pm 0,11$, $p < 0,05$), тривалість нападів зменшилася у 2,7 рази (з $11,48 \pm 1,77$ хв до $4,12 \pm 0,63$ хв, $p < 0,05$). В контрольній групі пацієнтів кількість нападів стенокардії за добу у хворих з II ФК стенокардії знизилася у 2 рази (з $3,31 \pm 0,38$ до $1,68 \pm 0,14$, $p < 0,05$), їх тривалість – у 1,8 рази (з $11,34 \pm 1,84$ хв до $6,27 \pm 0,76$ хв, $p < 0,05$). Кількість таблеток нітрогліцерину для купірування нападів стенокардії зменшилася в основній групі у 2,6 рази (з $5,39 \pm 0,41$ до $2,02 \pm 0,16$; $p < 0,05$), в контрольній групі пацієнтів – у 2 рази (з $6,37 \pm 0,44$ до $3,19 \pm 0,23$, $p < 0,05$).

Отже, комбінована базисна та метаболітотропна терапія хворих на ГХ II стадії у поєднанні з ІХС з використанням Кверцетину і Аргініну гідрохлориду порівняно з ефектами стандартної базисної терапії справила позитивний вплив на клінічний перебіг захворювання та динаміку артеріального тиску.

Казанцева Т.В.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ЛІПІДНОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ПІД ВПЛИВОМ ТЕРАПІЇ

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

Більшість препаратів із сучасних антигіпертензивних груп, які традиційно застосовують для корекції АТ, сприяють посиленню метаболічних розладів, інсулінорезистентності, змінюють клінічну картину гіпоглікемій, що обмежує їх застосування у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з компонентами метаболічного синдрому. Це зумовило актуальність пошуку нових підходів до терапії ГХ у даній категорії хворих. Моксонідин – препарат центральної дії, який володіє здатністю пригнічувати симпатичну активність та знижувати АТ. Однак недостатньо вивчений його вплив на показники ліпідного та вуглеводного обмінів, а наявні повідомлення почасти суперечливі.

Метою дослідження було вивчити метаболічні ефекти моксонідину у хворих на гіпертонічну хворобу асоційовану із цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу. Обстежено 45 хворих на ГХ (29 чоловіків і 16 жінок, середній вік – $56,88 \pm 9,19$ років), у тому числі: 19 хворих на ГХ I-II стадії (підгрупа 1a) і 26 хворих на ГХ із супровідним ЦД 2-го типу (підгрупа 1б). Всі хворі одержували моксонідин у дозі 0,2-0,4 мг/добу одноразово. Контрольну групу склали 21 практично здорова особа. Вивчали показники ліпідного (загальний холестерол (ЗХС), триацилгліцероли (ТГ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ)) та вуглеводного (глюкоза крові, інсулін крові, глікозильований гемоглобін) обміну.

Результати дослідження показали, що лікування моксонідином позитивно впливало на динаміку показників ліпідного обміну і призвело до вірогідного зниження вмісту ЗХС, ТГ та ЛПНЩ у підгрупах досліджуваних ($p < 0,05$). Кращою спостерігалася динаміка у показниках 1a підгрупи, у яких вірогідно ($p < 0,05$) знизилася: вміст ЗХС – на 11%, який наблизився до показника контрольної групи ($4,39 \pm 0,18$ ммоль/л; $p > 0,05$), ТГ – на 23% та ЛПНЩ – на 13,8%.