



сегмента ST може слугувати маркером ішемії. Зміни показника $\Delta\%$ ВМШ на першій похідній ЕКГ достовірно відрізнялись у групі померлих відносно живих -54,26 та 177,75, відповідно ($p < 0,005$). Щодо ефекту лікування Амідароном то спостерігалось спрямування до парасимпатичної реакції показників ВСР, та зменшення показників дисперсії QT.

Отже, зростання дисперсії QT у хворих на ГІМ є маркером негативного прогнозу. Зменшення показників кута β° може слугувати маркером небажаних аритмічних подій у хворих на ГІМ. Сповільнена косовисхідна депресія сегменту ST може слугувати маркером ішемії і для шлуночкових екстрасистол. Співвідношення ВМШ достовірно знижується у групі померлих.

Каньовська Л.В.

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНИХ БРОНХОЛІТИКІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХОЗЛ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) і надалі залишається однією з найсерйозніших проблем сучасної системи охорони здоров'я в цілому світі поруч із серцево-судинними та онкологічними хворобами. Дана патологія супроводжується розвитком різних коморбідних станів, серед яких серцево-судинні захворювання, виразкова хвороба, захворювання нирок, метаболічний синдром та цукровий діабет.

Лікування ХОЗЛ є одним із найдинамічніших розділів керівництва та рекомендацій. Бронходилататори були і залишаються основною групою в лікуванні хворих на ХОЗЛ. Однак, за даними багатьох дослідників, частина пацієнтів має виражену задишку, не дивлячись на прийом базисної терапії, незалежно від ступеню тяжкості ХОЗЛ. Це свідчить про потребу в більш ефективній бронходилатації. Підхід до лікування розпочинається з елімінації тригерного чинника – припинення паління, зміна умов праці, поліпшення вентиляції в приміщеннях тощо. Лікування ХОЗЛ визначається періодами хвороби – стабільним перебігом та загостренням ХОЗЛ. Необхідно знизити ризик, який у більшості випадків є неминучим для хворого з ХОЗЛ: максимально можливо сповільнити прогресування хвороби, попередити та своєчасно лікувати загострення, знизити ймовірність смерті, вплинути на якість життя хворих та на частоту рецидивів хвороби. Перевага повинна надаватися інгаляційним бронхолітикам тривалої дії.

У документах GOLD останніх 2016 та 2017 переглядів додано новий бронходилататор ультратривалої (24 год) дії олодатерол. Раніше у цьому переліку бронхолітиків тривалої дії (ТД) були формотерол, сальметерол, індакатерол, тіотропію бромід, аклідінію бромід, глікопіронію бромід. Серед них препарати з бета-2-адреноміметичними (БАТД) та М3-холіноблокуючими (АХТД) ефектами. Кожен із них у більшості рандомізованих досліджень показав свою ефективність та безпеку. Останні покоління препаратів представляють собою фіксовані комбінації бронхолітиків тривалої дії з різними механізмами розширення бронхів (індакатерол/глікопіроній, олодатерол/тіотропію бромід, вілантерол/умеклідіній, формотерол/аклідіній, формотерол/глікопіроній). У версії GOLD 2017 року окреслено профіль пацієнта з ХОЗЛ, який матиме переваги від комбінованої подвійної бронх-холітичної терапії. Це хворий на ХОЗЛ який отримує монотерапію тривалодіючими бронходилататорами з наявністю симптомів захворювання; який отримує комбінацію тривалодіючих бронходилататорів та ІКС, з наявністю симптомів і відсутністю показів для ІКС (у якості регулярної терапії при відміні ІКС); який звернувся з приводу виражених симптомів ХОЗЛ вперше: з тяжкою задишкою з групи В в якості початкової терапії. Поєднання препаратів тривалої дії на постійній основі та короткої дії за потребою допускається експертами GOLD, якщо препарати одного типу недостатні для контролю стану хворого. При підборі бронхолітика дуже важливо обрати не лише лікарський засіб, але й доставковий пристрій, який зрозумілий та зручний пацієнтові, і він не буде робити помилок при його використанні. Таким чином, основними засобами в лікуванні ХОЗЛ є бронходилататори, переважно довготривалої дії (вілантерол, умеклідінія бромід, олодатерол, тіотропію бромід, формотерол). Комбінації довготривалих бронходилататорів (наприклад, вілантерол + умеклідінія бромід, олодатерол + тіотропію бромід) підвищують ефективність лікування, знижують ризик побічних ефектів і надають більший вплив на ОФВ₁, ніж кожен препарат окремо.

Квасницька О.Б.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ КОМПЛЕКСНИХ ВІТАМІННИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СУБКОМПЕНСОВАНИЙ ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ НЕВІРУСНОГО ГЕНЕЗУ

Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Проблема хронічних захворювань печінки є надзвичайно актуальною в наш час. Активно проводиться пошук нових ефективних схем лікування, тому метою нашого дослідження було вивчити ефективність препарату комплексу вітамінів (КВ) групи В: октотіаміну, піридоксину гідрохлориду, рибофлавіну та ціанкобаламіну в комплексному лікуванні хворих на субкомпенсований цироз печінки (ЦП) токсичного генезу.

Обстежено 21 хворий на ЦП невірусного генезу з мінімальною активністю та в стадії субкомпенсації віком від 33 до 56 років з тривалістю захворювання 7-9 років та 10 практично здорових осіб відповідного віку.