



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  $\beta^\circ$  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, 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 бронхолітичної 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 ОФВ<sub>1</sub>, 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.



Основну групу склали 11 осіб, які на фоні базисної терапії отримували КВ по 1 таблетці 3 рази на добу. Групу порівняння склали 10 пацієнтів, які отримували базисне лікування. Тривалість лікування склала 3 тижня.

На початку лікування у всіх пацієнтів визначався астеновегетативний синдром, який проявлявся загальною слабкістю, підвищеною втомою, депресією, головним болем, порушенням сну. Диспептичний синдром спостерігався у 90,5% і проявлявся відрижкою, сухістю та гіркотою в роті, важкістю в епігастральній ділянці після їжі, вздуттям живота. Зниження маси тіла спостерігалось у 71,4% пацієнтів, поліневритичний синдром у 61,9%. У всіх пацієнтів до лікування спостерігались наступні біохімічні зміни крові: підвищення активності АлАТ до  $1,68 \pm 0,06$  ммоль/гхл, АсАТ до  $1,07 \pm 0,03$  ммоль/гхл; загального білірубину до  $39,7 \pm 4,2$  мкмоль/л, переважно за рахунок прямої фракції, незначна гіпоальбумінемія  $45,2 \pm 0,43\%$  та гіпергаммаглобулінемія. У динаміці лікування в першій групі вже на 9-10 день лікування спостерігався більш значний регрес наступних клінічних симптомів: зменшення загальної слабкості, апатії, покращенням сну, зменшенням парестезій. На фоні прийому Нейровітану порівняно з контрольною групою вже на 8 день лікування зменшувались прояви диспепсії ( $p < 0,05$ ).

При аналізі біохімічних показників крові в обох групах було встановлено зниження показників АсАТ, АлАТ від початкових ( $p < 0,05$ ), але більш суттєве в основній групі порівняно з контрольною, при цьому у контрольній групі у динаміці лікування вірогідно знижувалась тільки активність АлАТ. Показники протеїнограми відновились у пацієнтів основної групи вже на 14 день, що вірогідно відрізнялось від пацієнтів контрольної групи ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, використання у комплексному лікуванні пацієнтів на субкомпенсований ЦП невірусної етіології комплексних вітамінних препаратів групи В є ефективним доповненням до базисного лікування даної патології, що супроводжується підвищенням резистентності гепатоцитів до токсичних впливів, прискоренням регенераторних процесів у паренхимі печінки та покращенням її синтетичної функцій.

**Кушнір Л.Д., Багрій В.М., Галиш І.В., Вівсяник В.В.**

### **КЛІНІКО-ПАТОГЕНТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАГОСТРЕНЬ ХОЗЛ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЕКСИПІМУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ**

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Метаболічний синдром значно ускладнює перебіг хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). Лікування таких хворих залишається актуальним і в наш час.

Метою дослідження є оцінка ефективності комплексної терапії хворих на ХОЗЛ з супутнім метаболічним синдромом. В дослідженні приймали участь 26 хворих (16 чоловіків та 10 жінок, середній вік встановлював  $58 \pm 2,99$  років) із діагноз ХОЗЛ та супутнім метаболічним синдромом. Усі пацієнти розпочали лікування у терапевтичних відділеннях ЦРЛ області. Через відсутність позитивної динаміки протягом 7-10 днів вони були направлені у пульмонологічне відділення обласної лікарні. Наше обстеження включало пульсоксиметрію, рентгенографію органів грудної клітки у двох проекціях, спірографію, пневмотахіметрію, електрокардіографію, ЕХО кардіографію, УЗД органів черевної порожнини. Усі обстеження проводилися у динаміці. При виборі антибактеріальної терапії перевага надавалася більш ефективним та безпечним антибіотикам. Усім хворим був призначений Цефіпім – антибіотик цефалоспоринової групи IV покоління («Ексіпім» по 1,0 гр. 2 рази на добу внутрішньовенно краплинно). Також у перші три доби призначався Реосорбілакт. Усі хворі отримували бронхолітики та муколітики в тому числі інгаляційно за допомогою небулайзера.

На фоні терапії отримали покращення стану, а саме: зникнення клінічних симптомів пневмонії, нормалізація рентгенологічної картини (повне розсмоктування інфільтрації), відновлення функції зовнішнього дихання, збільшення фракції викиду, зменшення розмірів «застійної» печінки та периферійних набряків. Після завершення курсу лікування (10-12 днів) 22 хворих одужали і були виписані, у 4 хворих при гарному самопочутті зберегалися залишкові рентгенологічні ознаки захворювань. Такі хворі продовжили амбулаторне лікування. У всіх хворих відмічалася позитивна динаміка змін кровообігу. Були виявлені та проаналізовані причини лікарських невдач у лікуванні даної групи хворих на попередньому етапі (призначення антибіотиків з обмеженим спектром дії, недооцінка антибіотикорезистентності до препаратів перших поколінь, недотримання кратності введення антибіотиків, призначення антибіотиків з кардіотоксичною дією).

Таким чином, результати наших досліджень показали, що застосування Ексіпіму в комплексному лікуванні хворих з ХОЗЛ з метаболічним синдромом є патогенетично виправданим.