



Застосування комплексних ефіроолійних препаратів ГелоМіртол форте та Інгалар обмежене у пацієнтів з непереносимістю ефірних олій, в тому числі з алергічними реакціями на згадані середники. Обережно слід використовувати Інгалар у пацієнтів з підвищеною реактивністю периферійних бронхів, що найчастіше маніфестує у вигляді бронхіальної астми.

Перспективним є вивчення системних та локальних імуномодельовальних властивостей ГелоМіртолу форте та Інгалару у пацієнтів із затяжними загостреннями ХОЗЛ та супутнім хронічним синуситом.

Мандрик О.Є., Воєвідка О.С.

ВИКОРИСТАННЯ СХЕМИ ЛІКУВАННЯ ГЕПАДИФ, ЕЗЕТИМІБ ТА ФОЗИНОПРИЛ У ХВОРИХ ІЗ КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ НЕАЛКОГОЛЬНОГО СТЕАТОГЕПАТИТУ, ОЖИРІННЯ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ІІ СТ.

*Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність проблеми зумовлена істотним зростанням у останній час частоти коморбідного перебігу гіпертонічної хвороби (ГХ) на фоні ожиріння із розвитком неалкогольного стеатогепатиту (НАСГ), який характеризується синдромом взаємообтяження.

Метою дослідження стало вивчити вплив комплексу засобів гепадифу, езетимибу (езетролу) та фозиду (фозиноприлу) на перебіг НАСГ, ГХ ІІ стадії, ожиріння.

Обстежено 80 хворих на НАСГ м'якої та помірної активності із коморбідним перебігом ГХ ІІ стадії та ожирінням І ступеня. Для визначення ефективності лікування було сформовано 2 групи пацієнтів, які були рандомізовані віком, статтю, ступенем ожиріння, та активністю цитолітичного синдрому. Контрольна група (К) (40 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день для усунення проявів МС, есенціале Н по 1 капсулі 3 рази на день (як гепатопротекторний препарат), аторвастатин (аторкор) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та еналаприлу малеат по 10 мг на добу під контролем АТ упродовж 30 днів. Основна група (О) (40 осіб) отримувала гіпокалорійну дієту, метформін по 500 мг 2 рази на день, гепадиф (Г) по 1 капсулі 3 рази в день (як гепатопротекторний препарат), езетиміб (Е) по 10 мг 1 раз на день (як гіполіпідемічний середник) та фозиноприл (Ф) по 10 мг на добу для контролю АТ упродовж 30 днів. Під час дослідження випадків побічної дії ліків не було.

Результати дослідження проаналізовані на підставі порівняльної динаміки інтенсивності основних клінічних синдромів О та К груп на 30-й день лікування. Загальна слабкість, у О групі зі схемою лікування: гепадиф, езетиміб, фозиноприл становила - 4,8 бали. А в К групі зі схемою лікування: есенціале Н, аторвастатин, еналаприлу малеат становила - 3 бали. Працездатність, у О групі зросла до - 4,9 бали. Тоді, як у К групі істотного зростання працездатності не відмічалось - 2,8 бали. Гіркота у роті у О групі зменшилась і становила - 4,5 бали, у К групі прояв даного симптому зменшився незначно та становив - 1,4 бали. Сухість у роті, у пацієнтів О групі майже не спостерігались та становили - 4,8 бали, тоді, як в К групі прояви спостерігались часто і становили - 1,8 бали. Нудота, в О групі спостерігалася рідко і становила - 4,3 бали, а в К групі виявлялася часто і становила - 2,5 бали. Здуття живота, у О групі майже не було - 4,7 бали, а в К групі було частим проявом і становило - 1,7 бали. Відчуття важкості у правій підреберній ділянці, у пацієнтів О групі зменшилось і становило - 4,7 бали, а у К групі зменшення прояву було не істотним і становило - 2,3 бали. Гепатомегалія, у О групі рідко виявлялась і становила - 4,6 бали, а в К групі, цей прояв був частіший і становив - 3,2 бали.

Отже, лікувальний комплекс із включенням препаратів гепадиф, фозиноприл та езетиміб був ефективніший за традиційну комбінацію (есенціале Н, еналаприл та аторвастатин), як у відношенні швидкого досягнення ремісії основного так і супутнього захворювання.

Мухамед Васек Обейд Аль Салама

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВКЛЮЧЕННЯ ДО КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ АЛОПУРИНОЛУ ТА КВЕРЦЕТИНУ

*Кафедра внутрішньої медицини, фізичної реабілітації та спортивної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

На теперішній час, згідно зі статистичними даними, в Україні біля 8 млн пацієнтів страждає на ішемічну хворобу серця (ІХС). Покращення прогнозу цих хворих, зниження смертності – найважливіша мета медикаментозної терапії ІХС. Сечова кислота (СК-та) посідає чільне місце як один з нових маркерів серцево-судинного ризику, оскільки вона продемонструвала щільне поєднання з несприятливими серцево-судинними подіями, особливо у пацієнтів з високим серцево-судинним ризиком. Згідно з останніми рекомендаціями Європейської асоціації кардіологів, фармакологічне лікування стабільної ІХС, окрім традиційних препаратів першої та другої лінії, доповнене алопуринолом. Не визначеним залишається питання корекції безсимптомної гіперурикемії (ГУ) із застосуванням алопуринолу в пацієнтів з ІХС та артеріальної гіпертензії (АГ).

Мета роботи - вивчити ефективність включення до комплексної терапії стабільної стенокардії алопуринолу і кверцетину та особливості змін біомаркерів і гомеостазіологічних показників.



Обстежено 120 пацієнтів з діагнозом стабільної стенокардії (СтСт) з ГУ в розподілі на три групи: ті, що отримували стандартну терапію (70 осіб (58,33 %)), пацієнти з додаванням алопуринолу (23 особи (19,17 %)) і пацієнти з включенням до терапії кверцетину (27 осіб (22,50 %)). На початку стаціонарного лікування та через 6 міс. на амбулаторному етапі всім хворим проведено клінічне та лабораторне обстеження з визначенням рівнів СК-ти, загального холестерину (ЗХС), тригліцеридів (ТГ), креатиніну, мозкового натрійуретичного пропептиду (NT-proBNP), С-реактивного білка (СРБ) та загального тестостерону (ЗТ) сироватки крові.

Встановлено зниженням вмісту ЗХС і ТГ в 1-ій, 2-ій та 3-ій групах комплексної терапії ($p < 0,05$; $p < 0,001$ та $p < 0,001$, відповідно) з переважаючим ефектом алопуринолу в зіставленні з 1-ою групою. За умов лікування за стандартною терапією визначається зростання вихідного рівня СК-ти та креатиніну крові ($p < 0,001$ в обох випадках), що ймовірно обумовлене прийомом петльових діуретиків до досягнення еуволемічного стану. Вказаний ефект діуретиків компенсується введенням у терапію алопуринолу та кверцетину ($p < 0,001$ за всіма показниками), з переважаючим ефектом алопуринолу в зіставленні з 1-ою групою ($p < 0,05$). Порівняно зі стандартною терапією додавання як алопуринолу, так і кверцетину сприяє зниженню вихідного вмісту NT-proBNP (в обох випадках $p < 0,05$). Тільки за додавання до терапії алопуринолу досягається позитивна динаміка запальної активності зі зниженням вихідної концентрації СРБ ($p < 0,001$).

Включення алопуринолу до стандартної терапії СтСт у пацієнтів з асимптомною ГУ позитивізує динаміку запальної активності зі зниженням вихідної концентрації СРБ. Додавання до стандартної терапії алопуринолу або кверцетину нормалізує ліпідний спектр шляхом зниження вмісту ЗХС і ТГ, покращує ниркову функцію зі зниженням рівня креатиніну, з переважаючим ефектом алопуринолу, сприяє зниженню вихідного вмісту NT-proBNP. Критеріями для додаткового призначення алопуринолу пацієнтам зі СтСт та асимптомною ГУ є запальна активність і дисліпідемія з підвищенням вмісту ЗХС і ТГ.

Патратій М.В., Соколова І.І.

БІЛІАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ ПРИ ПЕРВИННІЙ ФУНКЦІОНАЛЬНІЙ ДИСМОТОРИЦІ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Функціональна патологія жовчовивідних шляхів являє собою комплекс клінічних симптомів, що розвиваються в результаті моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура (ЖМ), жовчних проток і їх сфінктерів. Захворювання біліарної системи є однією з провідних і складних проблем в гастроентерології. Дисфункціональні розлади біліарного тракту (БТ) займають восьме місце серед гастроентерологічних захворювань. Найчастіше зустрічаються дисфункції ЖМ по гіпокінетичному типу і дисфункції сфінктера Одді, що обумовлено його гіпертонусом. При дисфункціональних розладах БТ можуть спостерігатися явища біліарної недостатності (БН), яка призводить до порушення травлення, в першу чергу, метаболізму жирів.

Метою нашого дослідження було оцінити ступінь БН, що супроводжується первинною дисфункцією ЖМ по гіпокінетичному типу і гіпертонусу сфінктера Одді.

Обстежено 46 хворих віком від 25 до 46 років, серед яких жінок - 29 (63%) та чоловіків - 17 (37%). Відбір пацієнтів здійснювали за клінічними проявами та результатами лабораторно-інструментального обстеження. Для виключення інших захворювань травної системи, було виявлено, що у всіх пацієнтів клінічний аналіз крові, показники функціональних проб печінки, вміст панкреатичних ферментів в крові та сечі, дані фіброгастроудоденоскопії та сонографічні показники печінки, підшлункової залози, селезінки та нирок знаходилися в межах фізіологічної норми. Ультразвукове обстеження (УЗД) органів черевної порожнини здійснювали конвексним мультисастотним датчиком С5 з центральною частотою 3 МГц за стандартними методиками на ультразвуковому сканері Sonoline Siemens. Верифікацію дисфункції БТ проводили за допомогою УЗД в динаміці. Для стимуляції біліарної моторики використовували 25% розчин магнію сульфата в кількості 50 мл. Реєстрували об'єм ЖМ (V, мл) натще та на 10-ій, 20-ій, 40-ій хвилині після прийому магnezії сульфату. Розраховували коефіцієнт скорочення ЖМ (Кскор, %) – співвідношення об'ємів ЖМ натще та на 40-ій хвилині. Статистичну обробку результатів дослідження проводили на ПК за допомогою стандартних прикладних програм "Microsoft Excel".

Тупий ниючий біль в епігастральній ділянці, відчуття тиску, розпирання, яке посилювалося при нахилі тулубу вперед, дозволило визначити дисфункцію ЖМ по гіпокінетичному типу. Основною скаргою хворих було відчуття дискомфорту (32 хворих – 69,5%) та епігастральний біль (29 хворих – 63%). Другими за частотою були скарги на закріп (25 хворих – 54,3%) та метеоризм (29 хворих – 63%). При об'єктивному обстеженні у 24 хворих (52,1%) пальпація живота дозволила виявити помірну болючість в проекції ЖМ. Симптоми Ортнера, Мерфі, Мюсі були негативними. Більш детально за допомогою динамічного УЗД досліджено стан ЖМ і жовчовивідних шляхів. Виходячи з отриманих даних, у пацієнтів було діагностовано дисфункція ЖМ по гіпокінетичному типу та біліарна дисфункція сфінктера Одді, обумовлена його гіпертонусом. Серед наших хворих при первинному обстеженні оцінка копрограми показала негативний результат на наявність нейтрального жиру та позитивний варіант за вмістом жирних кислот у всієї групи: «+» - 9 хворих (19,6%), «++» - 34 хворих (73,9%), «+++» - 3 хворих (6,5%).