

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



активації системного протеолізу були зареєстровані у хворих на ХНХ із супровідною СВД за ГіпоТТ, мінімальні - у пацієнтів з ХНХ із КН. Тобто, активація протосолітичної активності плазми внаслідок запального процесу у ЖМ може стати чинником ризику прогресування ЕД у пацієнтів з СВД. Поряд із цим, у хворих на ХНХ із супровідною СВД було встановлено більш істотне підвищення інтенсивності необмеженого протеолізу високомолекулярних білків (ІЛАК) у порівнянні з ПЗО – у 1,8, 2,2, 1,6 раза відповідно у групах 1, 2, 3 ($p < 0,05$) із наявністю вірогідної міжгрупової різниці 2-ї групи із групами 1 та 3 ($p < 0,05$).

Таким чином, у пацієнтів з ХНХ та СВД за Гіпо ТТ інтенсивність протеолізу зростає максимально, і, ймовірно, справляє ушкоджувальну роль відносно ендотелію судин, у т.ч. ЦНС. Незбалансоване зростання інтенсивності системного протеолізу за умов хронічного запального процесу в ЖМ та ймовірного зниження секреції його інгібіторів у хворих на ХНХ призводить до прогресуючої деструкції клітинних мембран ендотелію судин, прискорення їх апоптозу та розвитку ЕД у тому числі судин головного мозку. Вищезазначені фактори є активними індукторами як запалення, так і процесів формування генералізованої ендотеліальної дисфункції.

Бачук-Понич Н.В.

ФІТОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Порушення функціонування вегетативної нервової системи і, як наслідок, формування вегето-судинної дистонії (ВСД) знижує якість життя, є частою причиною непрацездатності, дезадаптації в професійній діяльності і повсякденному житті. Крім того, симптоми порушення вегетативної регуляції, які своєчасно не були кореговані, можуть призвести до розвитку цереброваскулярної патології, що є однією з провідних причин смертності та інвалідизації, зокрема серед осіб працездатного віку. Серед медикаментозних чинників для лікування ВСД використовуються транквілізатори, антидепресанти, ненаркотичні анальгетики, седативні засоби, ноотропи. Однак переважна більшість перелічених препаратів має небажані побічні реакції, що стримує їх використання, тому, останнім часом усе більша увага приділяється засобам рослинного походження, які комплексно впливають на основні функції організму і мають значно менше побічних реакцій.

Метою дослідження було вивчення терапевтичної ефективності препарату рослинного походження «Імуно-тон» у хворих на ВСД за гіпотензивним типом. Обстежено 30 осіб віком 19-21 рік, серед них 10 склали групу порівняння, які не отримували лікування, 10 – основну групу, які отримували препарат Імуно-тон (Галичфарм, Україна) по 3 чайні ложки двічі на день після їди в першій половині дня впродовж 10 днів. Крім загальноклінічних методів дослідження пацієнтам проводилась реєстрація самопочуття, настрою, працездатності та інших суб'єктивних відчуттів у динаміці лікування. Позитивними вважали зникнення симптомів захворювання чи зменшення їх вираженості більше ніж на 50%. Для оцінки вегетативної регуляції використовували «Опитувальник для виявлення ознак вегетативних змін» за Вейном А.М. (1982 р.).

Результати дослідження свідчать про добру переносимість Імуно-тону. У хворих основної групи після лікування виявлено покращення загального самопочуття, зменшення кардіалгій, серцебиття, відчуття дискомфорту в серці, покращення розумової працездатності (покращилась концентрація уваги, запам'ятовування), зменшення головного болю, головокружіння. Аналізуючи стан вегетативної регуляції виявлено, що у контрольній групі та у досліджуваних пацієнтів до лікування індекс Кердо становив -11, що вказує на переважання у них парасимпатичного тону. У процесі лікування цей показник зростав і на 10-ту добу лікування становив -4, після припинення курсу лікування спостерігалось деяке зниження індексу, і на 14-ту добу після лікування він становив -7, що потребує більш тривалого його застосування. Препарат мав позитивний вплив на показники артеріального тиску у хворих із гіпотензивним синдромом – систолічний АТ підвищувався на 5-10 мм рт.ст у порівнянні з вихідними значеннями. У пацієнтів з ознаками нормокардії Імуно-тон не впливав на показники АТ. Побічних реакцій при застосуванні препарату не виявлено.

Отже, застосування Імуно-тону призводить до зменшення клінічних проявів ВСД, покращення вегетативного забезпечення серцевої діяльності, що вказує на нормалізацію адаптаційно-компенсаторних механізмів регуляції системи кровообігу.

Безрук Т.О., Безрук В.В.*

ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА В НЕФРОЛОГІЇ: СТАНДАРТИЗАЦІЯ І ПРОБЛЕМИ ЯКОСТІ ДОСЛІДЖЕНЬ

*Кафедра внутрішньої медицини
Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Сучасна поширеність уражень нирок є серйозною медичною проблемою: частота виявлення патологічних змін в сечі у різних груп населення становить: серед практично здорових – 16%, у амбулаторних пацієнтів – 40%, а серед стаціонарних хворих – 57% [Емануель В.Л., 2010].



У продовж минулого століття завдяки розвитку лабораторних технологій і гістологічної техніки, у тому числі впровадження прижиттєвої біопсії нирок, стала зрозумілою різноманітність патофізіологічних механізмів, що зумовлюють розвиток різних первинних і вторинних захворювань нирок.

Однак, все розмаїття захворювань нирок визначається обмеженою кількістю синдромів: сечовий, нефротичний, насамперед, набряковий, гіпертензійний та синдром ниркової недостатності від мінімальних ренальних дисфункцій до складного комплексу термінальної ниркової недостатності – уремії.

Призначаючи лабораторний тест, слід розуміти їх можливості при вирішенні різних завдань (вибір лабораторного тесту залежить від мети проведення досліджень) [Manjunath G. et al., 2003; Zittermann et al., 2003; Levin A., Li Y. Ch., 2005; Plebani M., 2009, 2013, 2014]:

А – «скринінговий тест» - виявлення захворювання і (або) проведення дослідження у великих групах населення з метою поділу на «здоровий» і «не здоровий» за визначенням конкретного показника (наприклад – діагностика фенілкетонурії).

Б – «діагностичний тест» - виявлення захворювання у осіб, які звернулися за медичною допомогою в будь-який лікувально-профілактичний заклад (наприклад – загальний аналіз сечі).

В – «диференційно-діагностичний тест» - диференційна діагностика захворювання (наприклад – визначення тропоніну при гострому коронарному синдромі).

Г – «моніторингові» лабораторні дослідження – аналіз ефективності проведеного лікування (наприклад – ліпідограма у пацієнта, який отримує статини).

Отже, на сьогодні лабораторія може запропонувати клініцисту широкий спектр лабораторних технологій для верифікації нефропатій на доклінічній стадії, і якщо діагноз заснований на лабораторних даних, лікар повинен бути впевнений у надійності методу в якості виконання дослідження.

Насамперед, мова йде про методологічні аспекти дослідження [Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation, - 2000, - Vol. 60, Suppl 231; O'Kane M.J., 2008; Plebani M., 2013]:

1. – правильний збір матеріалу (середня порція ранкової концентрованої сечі, виділеної при вільному сечовипусканні).

2. – стандартизований метод транспортування (до 1,5 годин з моменту забору матеріалу) та зберігання лабораторних зразків сечі - $t^{\circ} - 20-25^{\circ}C$ при герметичній упаковці).

Для створення оптимальних умов сучасні технології в лабораторній діагностиці пропонують різні системи для забору, маркування, консервації та транспортування матеріалу [Синицина О.В., Ілюшкіна М.В., 2014].

Таким чином, стандартизація методик дослідження сечі дозволяє знизити кількість помилок на преаналітичному етапі (13-28%) в порівнянні з усіма можливими 57,3% помилок досліджень сечі [Gruder et al., 2001]; системи для збору, зберігання та транспортування зразків сечі різних виробників, що відповідають вимогам міжнародних стандартів [CLSI GP-16 A3, Urinalysis; Approved Guideline, 3rd Edition, February 2010; Laboratory General Check List, Laboratory Accreditation Program, College of American Pathologists, June 2009; Basic Laboratory Procedures in Clinical Bacteriology, 2nd Edition, World Health Organization, 2003; Guidelines on Standard Operating Procedures for Microbiology, Blood Safety and Clinical Technology, Chapter 19: Urinary Tract Infection, World Health Organization, April 2006] можуть бути запропоновані для використання в лабораторіях лікувально-профілактичних установ з метою поліпшення якості досліджень.

Березова М.С., Акентьев С.О.*

ВПЛИВ СТАТИНІВ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДНОГО СПЕКТРА КРОВІ ТА РІВНІ БЕТА-2- МІКРОГЛОБУЛІНУ КРОВІ ТА СЕЧІ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ НЕФРОПАТІЮ З СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ

*Кафедра внутрішньої медицини,
Кафедра анестезіології та реаніматології*
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Одним із вагомих чинників ризику розвитку діабетичної нефропатії (ДН) є ожиріння, а також дисліпідемія, яка його супроводжує.

Для проведення дослідження відібрано 50 хворих на діабетичну нефропатію з цукровим діабетом 2-го типу та супутнім ожирінням. Крім загальноклінічних методів обстеження, всім пацієнтам визначали вміст бета-2-мікроглобуліну (МГ) крові та сечі та показники ліпідного спектра крові. Дослідження проводили в динаміці - до включення в лікування статинів та через три місяці прийому статинів. Аналіз клінічно-лабораторних показників обстежених пацієнтів показав порушення ліпідного обміну сироватки крові у вигляді вірогідного збільшення рівнів загального холестерину, тригліцеридів і холестерину ліпопротеїдів низької щільності тлі зниження холестерину ліпопротеїдів високої щільності порівняно з показниками в практично здорових осіб ($p < 0,05$). Найвищим цей показник був у групі хворих на ДН ІV стадії з ожирінням ІІ ступеня ($p < 0,05$). Виявлено підвищення рівнів бета-2-МГ крові та сечі в пацієнтів з ДН ($p < 0,05$). Після проведеного лікування симвастатином у всіх пацієнтів нормалізувалися чи наближалися до норми показники ліпідного спектра. Рівні бета-2-МГ крові та сечі нормалізувалися у хворих на ДН ІІІ ст. та вірогідно знизилися в пацієнтів із ДН ІV ст.

У хворих на діабетичну нефропатію спостерігається значне підвищення бета-2-мікроглобуліну крові та сечі, а також дисліпідемія зі зниженням ліпопротеїдів низької щільності.



У результаті тримісячної терапії симвастатином виявлено вагоме зниження вмісту бета-2-мікроглобуліну крові та сечі та нормалізація показників ліпідного спектру крові порівняно з визначеними показниками до проведеного лікування ($p < 0,05$).

Білецький С.В., Бойко В.В., Сумарюк М.П., Петринич О.А., Казанцева Т.В.
СТАН ЛІПІДНОГО МЕТАБОЛІЗМУ ТА ПЕРОКСИДНЕ ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА
ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ПОЄДНАНУ
З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Кафедра сімейної медицини

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»

Метою дослідження було вивчити показники ліпідного обміну та оксидантно-антиоксидантного гомеостазу у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) у поєднанні з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ).

Обстежено 60 хворих на ГХ II стадії 1-3 ступенів помірного та високого ризику, із них 30 – на ГХ II ст. у поєднанні з ХОЗЛ В-С ст. середньої тяжкості у фазі загострення. Вік від 52 до 84 років. Хворі на ГХ II стадії сформували першу групу обстежуваних - 30 осіб (12 чоловіків, 18 жінок), до другої групи увійшли хворі на ГХ II стадії в поєднанні з ХОЗЛ – 30 осіб (11 чоловіків, 19 жінок). Контрольну групу становили 26 практично здорових осіб, репрезентативних за віком ($56,21 \pm 1,89$ року) і статтю (12 чоловіків та 14 жінок).

Стан ліпідного обміну вивчали шляхом визначення в плазмі крові концентрації загального холестеролу (ЗХС), холестеролу ліпопротеїнів високої щільності (ХС ЛПВЩ) та низької щільності (ХС ЛПНЩ за формулою W. Friedewald), триацилгліцеролів (ТГ) з використанням діагностичних стандартних наборів фірми ТОВ НВП «Філісіт-Діагностика». Визначали вміст у крові малонового альдегіду (МА) плазми та еритроцитів, глутатіону відновленого (ГВ), глутатіонпероксидази (ГП), каталази (КТ). Статистична обробка результатів дослідження проводилася шляхом визначення середніх арифметичних величин (M) та стандартної похибки (m), t-критерія Стюдента.

У хворих на ГХ (I група) та в поєднанні з ХОЗЛ (II група) встановлено вірогідне підвищення порівняно з контролем рівнів ЗХС (на 24,45% та 33,50% відповідно), ТГ (на 50,0% та 15,79% відповідно), ХС ЛПНЩ (на 45,80% та 65,13% відповідно), причому рівні ЗХС, ХС ЛПНЩ у пацієнтів II групи були вірогідно вищими, ніж у хворих I групи – на 7,27%, та 13,26% відповідно. Концентрація ХС ЛПВЩ у хворих I та II груп спостерігалася вірогідно нижчою від показника контрольної групи: у жінок на 15,17% та 37,93%, у чоловіків – на 13,64% та 25,76% відповідно. В осіб жіночої та чоловічої статі II групи виявлено вірогідно нижчий рівень ХС ЛПВЩ порівняно з I групою на 26,83% та на 14,04% відповідно ($p < 0,05$). За результатами дослідження більш виражена інтенсивність вільнорадикальних процесів спостерігалася у хворих II групи, про що свідчать вірогідно вищі показники МА в еритроцитах (на 27,28%) порівняно з пацієнтами I групи. У обстежених хворих на ГХ (I група) та у поєднанні з ХОЗЛ (II група) спостерігали пригнічення ферментативної ланки антиоксидантного захисту, що виявлялося вірогідним зменшенням активності ГП на 12,10% у I групі й збільшенням на 24,71% у II групі, активність КТ зменшилась на 12,47% в I групі й збільшилась на 26,96% у II групі порівняно з контрольною групою.

Таким чином, більш виражена дисліпідемія в осіб II групи (ГХ + ХОЗЛ) може свідчити про самостійну проатерогенну дію хронічного запалення при ХОЗЛ. Підвищення активності ГП та КТ у хворих на ГХ у поєднанні з ХОЗЛ, ймовірно, є компенсаторним, що обумовлено більш інтенсивним використанням ГВ для знешкодження зростаючої кількості продуктів ПОЛ.

Бобкович К.О., Кардаш А.В.*

ВПЛИВ КОМБІНОВАНОГО ПРЕПАРАТУ КАРДІОФІТ НА РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КРОВІ У
ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА ХРОНІЧНИМ НЕКАМЕНЕВИМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
*КМУ «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці**

Основним завданням сучасної медицини є терапевтична корекція поліморбідних станів. Зокрема, в клініці лікар часто стикається з поєднаною патологією серцево-судинної системи, а саме хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ішемічного генезу та хронічним некалькульозним холециститом (ХНХ). За даними дослідників, патологія гепатобіліарної системи, у тому числі ХНХ, у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) трапляється в 7,5-14% випадків, що зумовлює актуальність проблеми. Вирішити поставлені завдання певною мірою допомагає ад'ювантне призначення комбінованих серцевих фітопрепаратів, які б володіли позитивною дією на функцію жовчного міхура.

Мета дослідження – підвищити ефективність комплексного лікування хворих на ХСН ішемічного генезу із супутнім ХНХ у стадії нестійкої ремісії шляхом додаткового застосування комбінованого препарату рослинного походження кардіофіт.



Обстежено 65 хворих на ІХС, ускладнену ХСН II-III функціонального класу (ФК), у 35 із них діагностовано супутній ХНХ. Пацієнти контрольної групи (25 осіб) отримували стандартний лікувальний комплекс (бета-блокатор, інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту, нітропрепарат, ацетилсаліцилова кислота), хворі основної групи (45 осіб) – додатково препарат кардіофіт в дозуванні 5 мл тричі на добу за 15 хвилин до їжі впродовж одного місяця. Вивчали клінічний перебіг захворювань, фібринолітичну активність плазми крові та для вивчення функції жовчного міхура використовували метод ультрасонографії.

Додаткове призначення комбінованого препарату рослинного походження кардіофіт сприяло швидшому регресу клінічних проявів ХСН ішемічного генезу, особливо у групі без супутнього ХНХ. Зокрема, чітко прослідковувалися антиангінальні властивості препарату: зменшилася частота нападів стенокардії, їх тривалість з достовірною різницею порівняно з групою контролю. У пацієнтів із супутнім ХНХ динаміка ішемічних змін після лікування була менш помітна без вірогідної міжгрупової різниці. Використання кардіофіту у хворих на ІХС з явищами ХСН сприяло прискорення регресу проявів стенокардії, серцевої недостатності відносно груп порівняння уже на кінець першого тижня лікування зі збереженням тенденції до кінця дослідження. У пацієнтів основної групи більш швидко регресували клінічні симптоми ХНХ (больовий синдром у правому підребер'ї, здуття живота, ранкова шіркота та сухість в роті), швидше нівелиювалися ознаки гіпермоторно-гіперкінетичної дискінезії. За даними ультрасонографічного дослідження після чотирьохтижневого використання кардіофіту зменшились ознаки запалення стінки жовчного міхура, його розміри, явища сладж-феномену.

Використання в терапевтичному комплексі комбінованих фітопрепаратів зумовило помірний сприятливий вплив на реологічні властивості крові, зокрема фібринолітичну активність плазми. До початку лікування у хворих із ХСН ішемічного генезу спостерігалось зниження сумарної фібринолітичної активності (СФА) переважно за рахунок ферментативного фібринолізу, причому зміни були більш суттєві у хворих із супутнім ХНХ. У здорових осіб СФА становила $2,49 \pm 0,088$, у хворих із ХСН – $2,04 \pm 0,052$ ($p < 0,001$). ХСН та ХНХ – $1,73 \pm 0,075$ ($p < 0,001$) мкг азофібрину/мл за год. Виявлено особливості впливу терапевтичної дії досліджуваних препаратів у хворих із ХСН. СФА у контрольній групі зросла до $2,19 \pm 0,049$ ($p < 0,05$), в основній – до $2,34 \pm 0,052$ ($p < 0,01$) мкг азофібрину/мл за год. При ХСН та ХНХ відмічено подібну динаміку: в контрольній групі СФА зросла до $1,9 \pm 0,063$ ($p > 0,05$), і в основній – до $1,96 \pm 0,026$ ($p < 0,05$) мкг азофібрину/мл за год. Аналогічно змінювалися показники ферментативного фібринолізу.

Застосування кардіофіту впродовж місячного терміну в комплексній терапії пацієнтів із ХСН ішемічного генезу із супутнім ХНХ сприяє прискореному регресу клінічних проявів основного захворювання та корегує розлади гепатобіліарної системи, а також покращує реологічні властивості крові.

Бобкович К.О., Кардаш Г.Я.,* Бойко Б.В.*

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ
ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
*КМУ «Міська клінічна лікарня № 3», м. Чернівці**

Оптимізація лікування хронічної серцевої недостатності (ХСН) залишається чи не найактуальнішою проблемою кардіології через значну поширеність, негативний вплив на якісні показники життя населення. Одним із важливих напрямків є застосування серцевих глікозидів і пацієнтів із ХСН та фібриляцією передсердь (ФП). Сучасні рекомендації включають лише препарат дігоксин, тривале використання якого часто ускладнене через велику кількість побічних ефектів, особливо за умов гіпокаліємії на фоні прийому сечогінних засобів, в тому числі і через утруднений контроль з боку лікаря на амбулаторному етапі лікування. Певною альтернативою в даному напрямку є використання комбінованих препаратів рослинного походження, що містять глікозидні чинники. Мета дослідження – вивчити вплив препарату Хомвіокорин-Н на клінічний перебіг, показники діурезу та ехокардіографії у пацієнтів з ХСН з ФП, на амбулаторному етапі лікування.

Нами обстежено 45 пацієнтів зх. ХСН ішемічного генезу ІІА ст. II-II функціональних класів з нормо- та тахісistolічними формами ФП, які на стаціонарному етапі лікування отримували однакову терапію (бісопролол, лізиноприл, спіронолактон, статини, ацетилсаліцилову кислоту per os та дігоксин, аспаркам і фуросемід парентерально), які на амбулаторному етапі були розподілені на 3 групи. Хворі I-ої групи продовжували прийом таблетованих препаратів зі стаціонарного етапу та фуросемід з аспаркамом за потребою. У II-ій групі додатково призначали препарат дігоксин в дозуванні 0,25 мг на добу курсами по 5 днів, потім 2 днів перерва. Пацієнти III-ої групи замість дігоксину приймали хомвіокорин-Н по 15 крапель тричі на день. Усі пацієнти обстежувалися впродовж 6 місяців.

Нами досліджено, що у пацієнтів III-ої групи за досліджуваний період у порівнянні з I-ою групою вірогідно зріс період, впродовж якого не виникала потреба повторних госпіталізацій. Це проявлялося більш стійким регресом клінічних проявів: задишки, серцебиття, набряків. Достовірно знизились частота серцевих скорочень. У частини пацієнтів II-ої групи прийом дігоксину потребував корекції в напрямку зниження дози спочатку до 0,125 мг, а потім 0,0625 мг та відміни препарату у 23% хворих у перший місяць спостереження й у 35% - у другий у зв'язку з розвитком побічних ефектів (брадикардії, коритоподібної депресії сегмента ST). У 30% хворих виникала передсердна та шлуночкові екстрасистолія. Додатковий прийом хомвіокорину-Н не