

## ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ РЕОСОРБИЛАКТОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРАПИВНИЦЕЙ

**Т. В. Бездетко, С. Л. Польшикова, О. Н. Хохуда, А. В. Шмидт**

*Харьковский национальный медицинский университет*

*Областная клиническая больница, Харьков*

Аллергические заболевания кожи, представляют собой одну из наиболее распространенных форм алергопатологии. В структуре аллергических болезней, по данным разных авторов, они составляют от 7 до 73 %. Крапивнице подвержены практически все возрастные группы. Она встречается хотя бы раз в жизни у 15–25 % населения земного шара. Примерно у 70–75 % пациентов заболевание имеет острое течение, у 25–30 % — хроническое. По данным отечественных авторов, в структуре алергопатологий частота развития крапивницы варьирует в пределах от 15 до 31 %: по степени распространенности она занимает третье место после бронхиальной астмы и поллиноза. Отметим, что при развитии разных форм крапивницы наблюдаются свои закономерности. В лечении больных крапивницей исключительно важное значение имеют препараты, которые могут связывать и выводить токсические метаболиты, накапливающиеся при различных функциональных нарушениях внутренних органов обусловленных этой патологией.

*Цель исследования* — изучение возможностей повышения эффективности лечения больных с острой крапивницей (ОК) и хронической крапивницей (ХК) путем включения в комплексную терапию инфузионного раствора Реосорбилакта.

*Объект и методы исследования.* Проведено наблюдение и обследование 102 больных с ОК и ХК, в комплексную терапию был включен Реосорбилакт по 400 мл внутривенно капельно № 3 через день.

*Результаты и их обсуждение.* Результат лечения оценивали до и после лечения на основании общего состояния больных, результатов регрессии кожных высыпаний, объективного состояния, дополнительного обследования. У больных оценивали характер сыпи, площадь распространения сыпи, наличие зуда, уровень АД, ЧСС, ЧДД, температурную реакцию. Проведенные лабораторные обследования: клинический анализ крови, иммуноглобулин Е, гистамин, активность аминотрансферазы (АлТ, и АсТ), функция внешнего дыхания, фиброгастроудоденоскопия.

*Выводы.* В результате проведенных клинико-лабораторных, функциональных и эндоскопических методов исследований, подтверждена дезинтоксикационная функция Реосорбилакта, поэтому препарат целесообразно использовать в комплексной терапии при острой и хронической крапивнице.

## ЗАСТОСУВАННЯ РЕОСОРБИЛАКТУ ПРИ ТУБЕРКУЛЬОЗІ ЛЕГЕНЬ

**Ю. М. Валецький, Р. О. Валецька, І. В. Гуль, В. М. Загорулько,  
А. Ф. Табачак, С. І. Прокопюк**

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

*Волинське обласне територіальне медичне протитуберкульозне об'єднання, Луцьк*

Безумовно, етіотропна терапія є основною при лікуванні туберкульозу, проте відомо, що за допомогою патогенетичних механізмів впливу на перебіг хвороби можна дещо покращити ефективність лікування даної хвороби. Одним з таких механізмів — є покращання реологічних властивостей крові, зокрема — зменшення її в'язкості. Нашу увагу привернув Реосорбілакт (основними фармакологічно активними речовинами препарату є сорбітол і натрію лактат, а також електроліти  $Ma^{+}$ ,  $Ca^{2+}$ ,  $K^{+}$ ,  $Na^{+}$  та  $Cl^{-}$ ).

*Метою нашого дослідження* було вивчити вплив Реосорбілакту на в'язкість крові у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень.

*Об'єкт і методи дослідження.* Для вирішення поставленого завдання ми сформували 2 групи хворих: до I (контрольної) групи увійшло 102 хворих, до II (дослідної) у — 106. У пацієнтів обох груп мав місце вперше діагностований поширений деструктивний туберкульоз легень із бактеріовиділенням встановленим методом мікроскопії. Хворі обох груп відносились до I-ої категорії обліку. За віково-статевим складом, клінічними формами, поширеністю патологічного процесу, супутньою патологією, в'язкістю крові до початку лікування обидві досліджувані групи статистично достовірно не відрізнялись ( $p > 0,05$ ). Всім хворим була призначена стандартна п'ятикомпонентна схема протитуберкульозної терапії (ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол, стрептоміцин) у дозах адекватних до ваги. Хво-

рим I групи, додатково, проводилось внутрішньовенне краплинне введення 400 мл 5 % розчину глюкози, а хворим II групи — 400 мл Реосорбілакту (через день, починаючи з другого дня антимікобактеріальної терапії, у кількості — 10 інфузій). Інших медичних препаратів, харчових добавок та фізіотерапевтичних процедур хворі обох груп не отримували. Всім хворим визначили в'язкість крові за допомогою віскозиметра за день до початку інфузій Реосорбілакту або 5% розчину глюкози та через 5 днів після їх завершення (норма — 0,0043–0,0054 н×сек/м<sup>2</sup>).

*Результати та їх обговорення.* До початку лікування в'язкість крові вона була статистично достовірно підвищеною у всіх хворих обох груп ((0,0089 ± 0,0010) н×сек/м<sup>2</sup> у I групі та (0,0088 ± 0,0009) н×сек/м<sup>2</sup> у II групі). При контрольному визначенні в'язкості крові у пацієнтів I групи вона статистично достовірно не змінилась ((0,0087 ± 0,0008) н×сек/м<sup>2</sup>; p > 0,05), а у пацієнтів II групи статистично достовірно зменшилась і стала в межах норми ((0,0050 ± 0,0007) н×сек/м<sup>2</sup>; p < 0,05).

*Висновки.* Отже, результати проведеного дослідження свідчать про те, що Реосорбілакт, на фоні проведення специфічної терапії, знижує в'язкість крові у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень. А відтак, можна припустити, що цей препарат може покращувати ефективність лікування даного контингенту хворих. Дане припущення потребує подальшого поглибленого вивчення і може бути предметом проведення низки наукових досліджень.

## СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ОРГАНІЗАЦІЇ СЛУЖБИ КРОВІ В УКРАЇНІ

**Л. М. Вахненко**

*Національний Інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України, Київ*

Основний напрямок служби крові — це оптимальна допомога хворим з максимальною безпекою для людей і навколишнього середовища. В останні роки вона потребує невідкладної реорганізації у зв'язку з відсутністю системи донорства в державі. Це зумовлює значний дефіцит донорської крові хворим дітям і дорослим. За даними ВООЗ, на 1 мешканця України потрібно 12–15 мл крові, а ми маємо 8 мл.

Рада Європи у 50-ті роки минулого століття почала співробітництво країн-учасниць у сфері трансфузії крові, закладені його основні принципи: безоплатне донорство, взаємодопомога, оптимальне використання крові, захист донора та реципієнта.

Ми живемо в період техногенних катастроф, природних катаклізмів, в результаті яких до лікарень надходить велика кількість травмованих. Будь-якої хвилини може знадобитися кров або її компоненти. Переливання крові нерідко потрібне жінкам під час пологів, в практиці педіатрії — при гемолітичній хворобі новонароджених. Хворим на гемофілію потрібні препарати крові довічно.

За 2 роки було вивчено досвід безкорисливого донорства крові в ряді країн, таких, як ФРН, Італія, Данія, Швейцарія та Естонія.

Організація зверталась до Ради Національної Безпеки з планом реформування служби крові та розвитку безкорисливого донорства, як стратегічно важливому напрямку національної безпеки.

В Україні значну частину донорів складає дуже небезпечний контингент групи ризику, до якого входять особи без певних занять і джерел доходів, серед них наркомани, ВІЛ-інфіковані. Нажаль організацією агітації донорства крові в країні централізовано і системно не займаються.

В Європейському Союзі 8 лютого 2005 р. прийнятий законодавчий акт, відповідно до якого країни-члени ЄС повинні заохочувати розвиток безкорисливого донорства.

В Україні у 2008 р. зареєстрована Міжнародна громадська організація (МГО) Асоціація безкорисливого донорства крові «ПоКроВа» (подарую кров вам). Сьогодні вона є членом Міжнародної федерації організацій донорів крові та членом Міжнародного товариства переливання крові ISBT. Мета організації — створення системи розвитку і підтримки безкорисливого донорства крові в Україні на основі світової практики. Визначений стратегічний план роботи.

Для створення системи організації безкорисливого донорства необхідна політична воля, підтримка і розуміння на рівні уряду країни та неурядових організацій, щоб вирішення цієї проблеми набуло соціального значення.

# ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ И УПРАВЛЕНИЕ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫМ БАЛАНСОМ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ НЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ

**С. И. Воротынец**

*Запорожский государственный медицинский университет*

Системная гипоксия и выраженная общая воспалительная реакция при тяжелой негоспитальной пневмонии всегда приводят к повреждению эндотелия с последующим развитием синдрома капиллярной утечки и интерстициального отека. Эти изменения в первую очередь происходят в легочной ткани, паренхиме почек и головном мозге. При наличии клинико-биохимических маркеров дисфункции или недостаточности вышеуказанных органов у взрослых пациентов с тяжелой негоспитальной пневмонией использования внутривенной жидкостной терапии следует избегать, а поддержание водно-электролитного баланса осуществлять перорально.

В условиях устойчивой к респираторной терапии гипоксии, клинически и рентгенологически подтвержденного ОРДС взрослых, сниженной водовыделительной функции почек использование диуретиков и/или ультрафильтрации у многих пациентов позволяет улучшить оксигенацию, а применение ранней заместительной почечной терапии — корригировать дисбаланс электролитов и снизить уровень азотистых шлаков. Прогностическая шкала RIFLE у больных с тяжелой пневмонией определяет потребность в гемодиализе, вентиляционной и инотропной поддержке, имеет прямую корреляционную связь с 30-ти дневной летальностью.

*Случай из практики.* Больная М., 51 год, поступила в терапевтическое отделение ООО «ВитаЦентр» 04.01.2010 г. с диагнозом: негоспитальная 2-х сторонняя полисегментарная пневмония, IV клиническая группа, 2-х сторонний плеврит, Fe-дефицитная анемия. 08.01.2010 г. больная была переведена в ОРИТ в связи с усилением одышки, появлением клиники отека легких. Проведение кислородотерапии через лицевую маску в режиме СРАР, ограничение в/в инфузии жидкости, пероральное поддержание водно-электролитного и энергетического баланса позволило стабилизировать состояние пациентки. 11.01.2010 г. появились признаки печеночно-почечной и церебральной дисфункции. 12.01.2010 г. больная переведена на ИВЛ с РЕЕР = 5–10 см H<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> — 1,0. Однако Sat оставалась в пределах 82–84 % при фармакологической седации и снижалась < 70 % при ее отсутствии. Отсутствие положительной динамики от проводимой вентиляционной поддержки и применения диуретиков при сохраняющейся повышенной гидратации легких (данные R-графии) и увеличении уровня шлаков крови явилось показанием к проведению 14.01.2010 г. острого гемодиализа (ГД) аппаратом Гамбро А95 (F6HPS): длительность — 3 час, объем ультрафильтрата (УФ) — 2,4 л, средняя скорость — 120 мл/мин, гепаринизация — 5 тыс ЕД. 15.01.2010 г. после проведения 2-го сеанса ГД (длительность — 4 час, УФ — 3 л, скорость — 130 мл/мин, гепарин — 5 тыс ЕД) Sat поднялась до 92–96 %. В последующем, с помощью поддержания умеренноотрицательного водного баланса, кормления через зонд, проведения еще 6 сеансов ГД удалось компенсировать церебральную, печеночную, легочную и почечную функции к 5-му, 9-му, 31-му и 40-му дню соответственно после перевода больной на ИВЛ. 23.02.2010 г. пациентка переведена в терапевтическое отделение, а 16.03.2010 г. — выписана из стационара (общий койко-день — 75, койко-день в ОРИТ — 46).

*Обсуждение.* Анализ пандемии постгриппозной пневмонии 2009 г. в Мексике, Канаде, Австралии и Новой Зеландии выявил общие закономерности развития критического состояния: молодой возраст, ассоциация с тяжелым ОРДС и рефрактерной гипоксемией, развитие полиорганной дисфункции, высокая летальность. Для коррекции гипоксемии вентилиционная терапия включала использование мышечных релаксантов, ингаляции оксида азота, проведение высокочастотной вентиляции и вентиляции в prone-позиции, применение экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). При безуспешности вышеуказанных мероприятий основными жизнеспасающими технологиями, направленными на коррекцию водно-электролитного дисбаланса явились изолированная ультрафильтрация и проведение ранней заместительной почечной терапии.

Королевский Колледж Анестезиологов Великобритании в практических рекомендациях по лечению критических случаев постгриппозной пневмонии от 11.09.2009 г. определил следующие основные требования по сердечно-сосудистой и почечной системам: «Большинство пациентов реагируют на жидкостную терапию +/- вазопрессоры; расширение объема должно применяться с осторожностью, поскольку гипергидратация, кажется, ухудшает результат и поэтому рекомендуется консервативная жидкостная стратегия. Замещение почечной функции может потребоваться в 10–50 % случаев. Отрицательный жидкостный баланс с использованием диуретиков или постоянной ультрафильтрации у многих улучшает оксигенацию».

Приведенный клинический случай успешного лечения больной с тяжелой негоспитальной пневмонией и ПОН подтверждает значимость использования современных технологий ведения критических пациентов в ОРИТ.

**Выводы.** Управление водно-электролитным балансом при тяжелой негоспитальной пневмонии заключается в корректном назначении жидкости *per os*, рестриктивном подходе к инфузионной терапии, своевременном замещении почечной функции.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ СТУПІНЧАТОЇ ТЕРАПІЇ ЛЕВОФЛОКСАЦИНОМ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ТЯЖКИМ ІНФЕКЦІЙНИМ ЗАГОСТРЕННЯМ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

**О. Я. Дзюблик, Г. Б. Капітан, Н. М. Недлінська, Л. В. Чечель,  
В. А. Ячник, О. В. Денисова**

*ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ*

Мета дослідження — вивчити ефективність та безпеку ступінчастої терапії левофлоксацином в лікуванні хворих з тяжким інфекційним загостренням (ІЗ) хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ).

**Об'єкт і методи дослідження** — 27 хворих з ІЗ ХОЗЛ I–II типу за N. R. Anthonisen та співавторами (1987) у віці від 50 до 85 років (у середньому  $68,2 \pm 12,5$  року). Відповідно до вимог наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. у 19 (70,4 %) хворих діагностували тяжкий перебіг захворювання (III стадія ХОЗЛ) та у 8 (29,6 %) — дуже тяжкий перебіг (IV стадія). Усім хворим на фоні посиленої базисної терапії ХОЗЛ (системні та/або інгаляційні глюкокортикостероїди, бронхолітики, мукорегулятори) та терапії супутньої патології емпірично призначили інфузійну терапію левофлоксацином — внутрішньовенне введення препарату Лефлоцин («Юрія-Фарм», Україна) у дозі 500 мг 1 раз на добу протягом перших 3 днів лікування з подальшим пероральним прийомом цього препарату у дозі 500 мг 1 раз на добу на протязі 7–10 днів. Оцінку клінічної ефективності терапії проводили через 48 год та 7–10-й день від початку лікування за результатами клінічного та інструментального обстеження хворих (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові (рівень білірубину, креатиніну, активність трансаміназ), мікробіологічне дослідження мокротиння, спірометрія). Безпеку терапії оцінювали за частотою виникнення небажаних явищ та змінами показників лабораторних досліджень. Роботу виконували на кошти держбюджету.

**Результати та їх обговорення.** Мікробіологічне дослідження мокротиння на початку дослідження провели 25 хворим. Виділили 22 штами мікроорганізмів (у 88,0 % хворих). Найбільшу етіологічну значущість серед бактеріальних збудників мали *H. influenzae* — у 40 % випадків, *S. pneumoniae* — у 20,0 %, *K. pneumoniae* — у 12,0 %, *M. catarrhalis* — у 8,0 %, *E. coli* — у 4,0 %, *S. aureus* — у 4,0 %. Всі виділені штами були чутливі до препарату дослідження, у 8,0 – 84,0 % мікроорганізмів виявили резистентність до природних і синтетичних пеніцилінів та макролідів. Через 48–72 год від початку антибактеріальної терапії у всіх пацієнтів спостерігали суттєву позитивну динаміку основних клінічних ознак ІЗ ХОЗЛ — покращання загального стану, зменшення проявів інтоксикації, зниження температури тіла, вираженості задишки, інтенсивності кашлю, кількості та гнійності мокротиння, що дало підставу для продовження призначеної антибіотикотерапії перорально. По закінченню антибактеріального лікування на 7–10-й день у  $(81,5 \pm 7,5)$  % хворих наявна симптоматика захворювання відповідала вихідному рівню (до загострення), що свідчило про досягнення повного клінічного видужання (фази ремісії). У решті хворих  $((18,5 \pm 7,5)$  %) визначили наявність клінічного покращання (фази неповної ремісії). Всі хворі добре переносили призначене лікування. Небажані явища (незначне підвищення рівня трансаміназ та креатиніну, які не потребували зміни терапії) зареєстрували лише у 7,4 % хворих. Результати повторного мікробіологічного дослідження мокротиння хворих на 10–15-й день спостереження свідчили про ерадикацію патогенів у 81,5 % хворих, у 18,5 % виявили ріст сапрофітної мікрофлори в діагностично незначущому титрі.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про високу клінічну і мікробіологічну ефективність, а також безпечність ступінчастої терапії левофлоксацином в лікуванні хворих з тяжким інфекційним загостренням ХОЗЛ.

## ЗАСТОСУВАННЯ СТУПІНЧАСТОЇ МОНОТЕРАПІЇ ГАТИФЛОКСАЦИНОМ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ НЕТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ

**О. Я. Дзюблик, О. О. Мухін, Г. Б. Капітан, Р. Є. Сухін,  
В. Я. Клягін, А. П. Гришило, К. А. Гончаров**

*ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ*

**Мета дослідження** — вивчити ефективність та безпеку ступінчастої монотерапії гатифлоксацином в лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію (НП) нетяжкого перебігу.

**Об'єкт і методи дослідження** — 37 хворих на НП у віці від 45 до 65 років (у середньому  $(62,1 \pm 10,2)$  року). Діагноз НП був підтверджений за даними рентгенологічного дослідження — у 72,9 % хворих запальний процес в легенях локалізувався в межах однієї частки, у 28,1 % — мало місце багатодольова одностороння пневмонія. Відповідно до вимог наказу МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. всі хворі належали до III групи — госпіталізовані у терапевтичне відділення з нетяжким перебігом НП. У 16,2 % пацієнтів в анамнезі була непереносимість  $\beta$ -лактамів, у 64,9 % — неефективна попередня антибактеріальна терапія незахищеними амінопеніцилінами або макролідами, 18,9 % — приймали впродовж попередніх 3 міс амінопеніцилін та/або макролід з приводу інших інфекційних захворювань. Усім хворим емпірично (до отримання результатів бактеріологічного дослідження) призначили монотерапію гатифлоксацином — внутрішньовенне введення препарату Бігафлон («Юрія-Фарм», Україна) у дозі 400 мг 1 раз на добу протягом перших 3 днів лікування з подальшим пероральним прийомом цього ж препарату у дозі 400 мг 1 раз на добу на протязі 7–10 днів. Оцінку клінічної ефективності терапії проводили через 48 год та 7–10-й та 15–21-й день від початку лікування за результатами клінічного та інструментального обстеження хворих (клінічний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові (рівень білірубину, креатиніну, активність трансаміназ), мікробіологічне дослідження мокротиння, ЕКГ, рентгенографія органів грудної клітки). Безпеку терапії оцінювали за частотою виникнення небажаних явищ та змінами показників лабораторних досліджень. Роботу виконували на кошти держбюджету.

**Результати та їх обговорення.** Мікробіологічне дослідження мокротиння на початку дослідження провели 22 хворим. Виділили 18 штамів: *S. pneumoniae* — у 10 хворих, *H. influenzae* — у 4, *K. pneumoniae* — у 2, *S. aureus* — у 12. Всі виділені штами збудників були чутливі до препарату дослідження. Через 48–72 год від початку лікування у всіх пацієнтів відзначили істотне клінічне покращання — зниження або нормалізацію температури тіла, зменшення проявів інтоксикаційного та респираторного синдромів, а також фізикальних та лабораторних даних запалення, що дало підставу для продовження емпірично призначеної антибактеріальної терапії перорально. Результати аналізу динаміки клініко-лабораторних даних по закінченню антибактеріального лікування на 10–15-й день свідчили, що у всіх хворих отримано позитивний результат: у 24,3 % — покращання, у 75,7 % — видужання. За даними рентгенологічного дослідження повне зникнення інфільтративних змін у легенях на 10–15-й день від початку лікування відзначили у 73,3 % хворих, у решти — на 21–28-й. Всі хворі добре переносили призначене лікування. Небажані явища (незначне підвищення рівня трансаміназ та креатиніну, які не потребували зміни терапії) зареєстрували лише у 8,1 % хворих.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про високу клінічну ефективність та безпечність ступінчастої монотерапії гатифлоксацином в лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію нетяжкого перебігу, які потребують госпіталізації у терапевтичне відділення.

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ТІВОРТІНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

**Н. В. Дідик, О. В. Лисунець**

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

Враховуючи поширеність та особливості перебігу ревматоїдного артриту (РА) серед населення України, на сьогоднішній день, надзвичайно актуальним залишається питання його лікування та профілактики розвитку пов'язаних з даним захворюванням ускладнень. З цієї позиції, *метою нашого*

дослідження було продемонструвати доцільність використання Тівортіну в комплексній терапії ревматоїдного артриту.

*Об'єкт і методи дослідження.* Всі пацієнти основної клінічної групи і контрольної групи мали РА активністю II ст. R кистей II–III ст. порушення функції суглобів II. Пацієнтам основної клінічної групи, крім основної базисної (метотрексат по 15 мг/тиждень, фолієва кислота по 5 мг/тиждень), патогенетичної (нестероїдний протизапальний препарат діклоберл по 100 мг/добу та глюкокортикостероїд преднізолон по 5 мг/добу) та симптоматичної терапії (трентал по 5,0 мл на 100,0 0,9 % фізіологічного розчину NaCl № 5, щоденно з 6-го дня для проведення інфузійної терапії вводили розчин Тівортіну доведено крапельно 100 мл № 5). Пацієнти контрольної групи Тівортін не отримували. Всім пацієнтам, які приймали участь у дослідженні, проводили фізикальне, загально клінічне та біохімічне обстеження. Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою стандартних статистичних програм «Microsoft Excel» для Windows-2000.

*Результати та їх обговорення.* Використання комплексного лікування з Тівортіном у хворих на РА дозволило досягти позитивної динаміки показників імунної реактивності та активності системного запального процесу: зменшився рівень б-ФНП в сироватці крові ( $(27,5 \pm 1,6)$  проти  $(45,1 \pm 1,6)$ ,  $p < 0,05$ ) та ЦІК ( $(58,4 \pm 6,5)$  проти  $(65,2 \pm 2,4)$ ,  $p < 0,05$ ).

*Висновки.* Таким чином, зважаючи на отримані нами результати, застосування Тівортіну доцільне при лікуванні ревматоїдного артриту.

## ІНФУЗІЙНА ЛІМФОСТИМУЛЮЮЧА ТЕРАПІЯ В ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ПІЄЛОНЕФРИТІВ

**М. А. Довбиш, А. О. Губарь, О. М. Міщенко, І. М. Довбиш, С. А. Дюдюк**

*Запорізький державний медичний університет*

*Запорізька клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги*

*Вступ.* Незважаючи на широкі можливості медикаментозної терапії провідне місце серед хвороб нирок займають пієлонефрити, які зустрічаються у 25–35 % людей середнього віку, що свідчить про не достатньо вивчені фактори, що суттєво впливають на розвиток запалення нирок.

*Об'єкт і методи дослідження.* Спостерігали 158 хворих на гострий серозний пієлонефрит (ГСП), які в залежності від характеру медикаментозного лікування були розділені на 1-шу основну групу (82 пацієнта) та 2-гу контрольну групу (76 осіб). Застосовували загальноклінічні, біохімічні, ультразвукові та мікробіологічні методи дослідження; визначали лізосомальні та цитоплазматичні ферменти сечі; вивчали показники загальної лімфодинаміки за швидкістю резорбції та терміну елімінації лімфотропного барвника. В 1-й групі хворі отримували інфузійну терапію, яка впливає на всі ланки лімфоутворення та лімфодинаміки, а в 2-й — хворі отримували традиційне медикаментозне та хірургічне лікування. Загальна лімфостимуляція базувалась на підвищенні гідродинамічного тиску в системі мікроциркуляції зі змищенням рівноваги «фільтрація-реабсорбція» в бік збільшення фільтрації наступним чином: а) для підвищення гідродинамічного тиску крові (85–90 крапель за хв) — ізотонічний розчин хлориду натрію (18 мл/кг), розчин Рінгера (18 мл/кг), полііонний розчин Реосорбілакт (6–7 мл/кг); б) осмоактивні препарати — 5–10 % розчин глюкози (2,6 г/кг); в) препарати, які впливають на систему гемостазу та реологічну здатність крові (антикоагулянти, дезагреганти, фібринолітики); г) препарати, які активують скорочення лімфатичних судин та рух лімфи — 0,05 % розчин прозерину по 1 мл 2–3 рази на добу підшкірно або пітуїтрин 5 одиниць (1 мл) 3 рази на добу внутрішньом'язово, даларгін по 1 мг на 1 мл ізотонічного розчину внутрішньом'язово 2 рази на добу; д) перорально призначали лімфоваскулопротектори — ендотелон-150 по 1 пігулці 3 рази на добу протягом 14 діб або детралекс по 1 пігулці 3 рази на добу протягом 14 діб.

*Результати та їх обговорення.* У хворих на ГСП через 14 діб після лімфостимулюючої терапії та оперативного втручання показники загальної лімфодинаміки нормалізуються, тоді як після традиційної терапії вони в цей термін не відновлюються. Застосування лімфостимулюючої терапії, порівняно з традиційним лікуванням, сприяло поліпшенню перебігу післяопераційного періоду та швидшому покращанню загального стану хворих, у 1,6 разу частішій нормалізації температури тіла та у 1,4 разу — аналізів сечі, ранішому (на 7 діб) відновленню значень показників периферичної крові. У хворих з лімфостимулюючою терапією через 14–30 діб вірогідно у 1,4–2 разу зменшується активність ферментів сечі порівняно з традиційною терапією, що відображає швидше відновлення структури епітелію каналців і на 24,4 % зменшується частота розвитку гнійної форми пієлонефриту.

*Висновки.* В результаті дослідження встановлено, що лімфостимулююча терапія при ГСП підвищує ефективність лікування запального процесу нирок з більш швидкою нормалізацією значень клініко-лабораторних показників та показників лімфодинаміки, що дає підставу рекомендувати її для застосування в клінічній практиці.

## СТАН СИСТЕМНОГО ІМУНІТЕТУ ТА ГЕМОРЕОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

**П. Ф. Дудна, Д. В. Добрянський, Р. І. Ільницький,  
О. І. Бодарецька, В. М. Добрянський**

*Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ*

*Поліклініка № 2 Солом'янського р-ну м. Києва*

*Вступ.* На сьогодні у світі нараховується близько 600 млн хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), з них щорічно вмирає понад 3 млн, що визначає ХОЗЛ, як одну з найактуальніших проблем у сучасній клінічній пульмонології та зумовлює необхідність вивчення механізмів розвитку захворювання (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2008; Т. О. Перцева, 2010; Ю. І. Фещенко, 2010). Унаслідок токсичної дії поллютантів та інфекційних збудників на дихальні шляхи відбувається морфо-функціональна перебудова мукоциліарного апарату, порушення неспецифічного захисту і дисрегуляція імунної відповіді, що зумовлює виникнення хронічного запалення і малозворотної бронхообструкції (Р. G. Barnes, 2003; К. Ф. Чернушенко та співавт., 2009; М. М. Островський та співавт., 2010). За умови хронізації запальної реакції відбувається посилення тканинної гіпоксії і вільнорадикальних процесів, а також активація перекисного окислення ліпідів, що супроводжується дестабілізацією системи гемостазу. Гемоконцентрація та порушення морфо-функціональної характеристики формених елементів крові, дестабілізація тромбоцитарно-судинної і коагуляційної ланок гемостазу з порушенням за таких умов реологічної характеристики крові негативно позначаються на мікроциркуляції, перфузійно-дифузійних процесах в альвеолах та рівні тиску в системі легеневої артерії (N. Suematsu, 2003; В. К. Гаврисюк та співавт., 2005). У свою чергу, дисмікроциркуляція і зміни кисневого гомеостазу супроводжуються посиленням деструктивних змін з порушенням структурної організації, функціональної активності та резистентності клітин легень, у тому числі імунокомпетентних (V. S. Suchonikov, 2000; Г. Б. Афоніна, Л. О. Куюк, 2003).

*Мета дослідження* — вивчення особливостей стану реології крові та системного імунітету, а також їх зв'язків, у хворих на ХОЗЛ.

*Об'єкт і методи дослідження.* Обстежено 99 хворих на ХОЗЛ I–II стадії у фазі загострення чоловічої статі віком від 38 до 65 років, середній вік склав  $(56,7 \pm 7,1)$  року. Середня тривалість захворювання становила  $(8,4 \pm 1,5)$  року. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. Визначення показників в'язкості крові проводилося на ротаційному віскозиметрі з вільноплаваючим циліндром системи В. Н. Захарченка (1971). Графоаналітичним методом розраховували величину уявної в'язкості крові (зб) в мПа • с та величину внутрішньої в'язкості еритроцитів (звн.) в мПа • с за швидкості зсуву  $1\text{c}^{-1}$  і  $5\text{c}^{-1}$ . У кесонівських координатах визначали межу плинності крові ( $\phi_0$ ) у мПа та коефіцієнт агрегації еритроцитів (КАер.) у мПа •  $10^{-5}$ . Венозний гематокрит (Ht) досліджували на мікроцентрифузі, отримані дані виражали у відсотках. Цитоімунофлуоресцентним методом визначали популяції та субпопуляції лімфоцитів (Лф) у периферійній крові – CD3+–Лф (Т-клітини), CD4+–Лф (Т-хелпери), CD8+–Лф (Т-цитотоксичні), CD16+–Лф (природні кілери), CD22+–Лф (В-клітини), CD25+–Лф (активовані, які експресують б-ланцюг ІЛ-2). Реакцію бластної трансформації лімфоцитів (РБТЛ) проводили з фітогемаглютиніном (ФГА). Фагоцитарну активність нейтрофілів оцінювали за ступенем поглинання часток латексу з обчисленням фагоцитарного індексу (ФІ) Гамбурга. Досліджували концентрацію середньомолекулярної (11-19S) фракції циркулюючих імунних комплексів (ЦІК) методом диференційованої преципітації в розчині поліетиленгліколю. Сироваткові імуноглобуліни (Іг) G, А та М визначали за методом Mansini та співавт. (1965). Вміст інтерлейкіну-4 (ІЛ-4) та фактору некрозу пухлин- $\alpha$  (ФНП- $\alpha$ ) визначали кількісно імуноферментним методом у 22 хворих на ХОЗЛ з використанням набору фірми ProCon (Росія). Отримані дані оброблялись на персональному комп'ютері з використанням програм Microsoft Excel та Statistica 6.1.478. Статистичний аналіз проводили із використанням критерію Ст'юдента (С. Н. Лапач та співавт., 2001).

*Результати та їх обговорення.* У хворих на ХОЗЛ у фазі загострення, при дослідженні системного імунітету відзначено вірогідне зменшення у крові абсолютної кількості Т-лімфоцитів (CD3+) на 20,1 %, природних кілерних клітин (CD16+) на 34,8 %, а також пригніченням функціональної активності Т- і В-лімфоцитів, що відповідно проявляється у зниженні РБТЛ з ФГА на 23,5 % і сироваткових рівнів Іг А на 31,7 % й Іг G на 39 %. Це супроводжується зростанням концентрації запальних (ФНП- $\alpha$  — в 1,5 разу) та протизапальних (ІЛ-4 — у 5,3) цитокінів у крові, що свідчить про активність запалення і супроводжується порушеннями показників, що характеризують реологічні властивості крові. Так порушення реологічної характеристики крові відзначено у 73,7% хворих на ХОЗЛ I–II стадії у фазі загострення, що проявляється підвищенням внутрішньої в'язкості еритроцитів та уявної в'язкості крові за швидкості зсуву  $1\text{c}^{-1}$  відповідно на 13,4 і 19,2 % ( $p < 0,001$ ), збільшенням здатності еритроцитів до пато-

логічної агрегації в 1,3 разу та межі плинності крові в 1,6 разу ( $p < 0,05$ ). Гіперцитокінемія і зазначені імунні порушення негативно впливають на стан мікроциркуляторного русла. В свою чергу, погіршення мікроциркуляції спричиняє прогресування тканинної гіпоксії, що знижує резистентність і функціональну активність імунних клітин та погіршує їх доступ у вогнище запалення. Це стало підґрунтям для проведення кореляційного аналізу між показниками, що характеризують реологічну характеристику крові та системний імунітет. Установлено достовірний ( $p < 0,05$ ) взаємозв'язок між показниками реології крові та імунними факторами: гематокритом та ФНП- $\alpha$  ( $r = 0,33$ ); коефіцієнтом агрегації еритроцитів та ІЛ-4 ( $r = 0,42$ ); між гематокритом, внутрішньою в'язкістю еритроцитів за швидкості зсуву  $1\text{с}^{-1}$  та  $\text{CD}3^{+-}$ ,  $\text{CD}4^{+-}$ ,  $\text{CD}8^{+-}$ ,  $\text{CD}22^{+-}$ -лімфоцитами ( $0,28 \leq r \leq 0,54$ ).

*Висновки.* У хворих під час загострення ХОЗЛ спостерігаються ознаки вторинного імунодефіцитного стану, пов'язаного із запальними реакціями, що корелюють із мікроциркуляторними порушеннями.

## ГЕМОРЕОЛОГІЧНИЙ СТАТУС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

*П. Ф. Дудка, Д. В. Добрянський, Р. І. Ільницький, Н. Х. Іорданова*

*Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ*

*Вступ.* В патогенезі хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) важливе місце належить порушенням гемореології. Під впливом бактеріальних ендотоксинів, лейкоцитарних протеаз та гіпоксемії посилюються дестабілізаційні процеси на рівні інтими судинної стінки. Структурна дезорганізація ендотеліоцитів та підвищення прокоагулянтної активності крові завершується гемодинамічними порушеннями та мікротромбоутворенням в системі малого кола кровообігу. Наслідком цього є прогресування гіпоксії дисмікроциркуляторного генезу та виникнення дисбалансу в системі «вільнорадикальні реакції – антиоксидантна активність», що проявляється в надмірному утворенні реактивних метаболітів кисню і активації запалення. Таким чином, вивчення особливостей стану реології крові у хворих на ХОЗЛ можна розглядати як таке, що має важливе наукове, практичне значення та визначає актуальність цього дослідження.

*Мета дослідження* — дослідження гемореологічного статусу у хворих на ХОЗЛ.

*Об'єкт і методи дослідження.* Обстежено 99 хворих на ХОЗЛ I–II стадії у фазі загострення чоловічої статі віком від 38 до 65 років, середній вік склав ( $56,7 \pm 7,1$ ) року. Середня тривалість захворювання становила ( $8,4 \pm 1,5$ ) року. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб. Визначення показників в'язкості крові проводилося на ротаційному віскозиметрі з вільноплаваючим циліндром системи В. Н. Захарченка (1971). Графоаналітичним методом розраховували величину уявної в'язкості крові ( $\tau$ ) в мПа $\cdot$ с та величину внутрішньої в'язкості еритроцитів (звн.) в мПа $\cdot$ с за швидкості зсуву  $1\text{с}^{-1}$  і  $5\text{с}^{-1}$ . У кесонівських координатах визначали межу плинності крові ( $\tau_0$ ) у мПа та коефіцієнт агрегації еритроцитів (КАер.) у мПа $\cdot$   $10^{-5}$ . Венозний гематокрит (Ht) досліджували на мікроцентрифузі, отримані дані виражали у відсотках. Отримані дані оброблялись на персональному комп'ютері з використанням програм Microsoft Excel та Statistica 6.1.478. Статистичний аналіз проводили із використанням критерію Ст'юдента (С. Н. Лапач та співавт., 2001).

*Результати та їх обговорення.* При дослідженні реологічної характеристики крові в переважній більшості 73,7 % хворих на ХОЗЛ відзначені порушення. Варто зауважити, що у 32,3 % із вище зазначених хворих виявлено суттєве зростання в'язкості крові, яка проявляється високим рівнем основних показників гемореограми (3 і більше показники більше ніж на 30 % перевищували відповідні значення в контрольній групі). Встановлене достовірне підвищення рівня гематокриту ( $p < 0,001$ ) негативно позначається на реологічній характеристиці крові, судинно-тромбоцитарній ланці гемостазу та ендотеліальній функції. Посилення дизциркуляторних порушень та інтенсифікація при цьому ліпідної пероксидації негативно позначається на структурі та функції мембран еритроцитів. Зниження мікров'язкості ліпідної упаковки еритроцитів визначає вираженість порушень в'язкості крові. Підтвердженням цього є зростання, в порівнянні з здоровими особами, внутрішньої в'язкості крові на 15,5 % ( $p > 0,05$ ) та уявної в'язкості крові на 24,0 % ( $p > 0,05$ ) при швидкості зсуву  $5\text{с}^{-1}$ , (ця швидкість відповідає скорості кровотоку в посткапілярах). Достовірне на 30,4 % ( $p < 0,05$ ) збільшення коефіцієнта агрегації еритроцитів може свідчити про наявність тромбоцитарних агрегатів та оклюзію ними мікроциркуляторного русла. Виявлена у кожного третього хворого на ХОЗЛ висока в'язкість крові є однією із причин артеріальної гіпоксемії. Дисбаланс в системі «вільнорадикальні реакції – антиоксидантна активність» та надмірне утворення реактивних метаболітів кисню веде до інтенсифікації механізмів ліпідної пероксидації та посилення деструктивних процесів клітинних структур. У разі структурної дезорганізації на



рівні мембран формених елементів та ендотеліоцитів змінюється їх Z-потенціал, що супроводжується посиленням адгезивно-агрегаційної спроможності тромбоцитів та мікроциркуляторних порушень.

*Висновки.* У хворих на ХОЗЛ переважно зустрічається підвищення показників, які характеризують гемореологічний статус, що потребує відповідної медикаментозної корекції.

## ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНА ТЕРАПІЯ ІЗОТОНІЧНИМИ РОЗЧИНАМИ В ІНФЕКТОЛОГІЇ

**В. П. Дядик**

*Кафедра інфекційних хвороб ДЗ «Дніпропетровська медична академія»*

Дезінтоксикаційна терапія важлива складова в лікування стаціонарних хворих. Практично необхідність парентеральної дезінтоксикації і обумовлює в багатьох випадках необхідність госпіталізації.

Головний принцип дезінтоксикації — розвести токсини в крові і вивести їх з організму, тому окрема стимуляція діурезу без попереднього введення в організм рідини є неефективною. В практичній діяльності з метою дезінтоксикації найбільш часто використовують ізотонічний розчин NaCl, рідше Рінгера-Локка, ще рідше — 5 % розчин глюкози, Квартасіль, Ацесіль, Хлосіль, Трисіль та інші. Проте надто широке використання ізотонічного розчину хлориду натрію не завжди адекватно стану і потребам хворого.

Ізотонічний розчин NaCl, внаслідок нейтральної рН, практично ідеальний для розведення багатьох медичних препаратів з наступним внутрішньовенним їх введенням. Проте окреме його застосування в великих об'ємах з дезінтоксикаційною ціллю має багато вад. При його введенні в організмі зменшується відносна кількість солей калію, бікарбонату натрію та кальцію, що може призвести до погіршення стану хворого. Надлишок NaCl веде до затримки води в організмі, що знижує ефективність виведення токсинів сечею, збільшує внутрішньоклітинний набряк. З іншого боку інтоксикація, як правило, супроводжується ацидозом, тому розчин Рінгера-Локка більш «фізіологічний» в таких випадках, проте Квартасіль та Трисіль більш збалансовані для введення в великих обсягах. Якщо явища інтоксикації поєднуються з діарейним синдромом, або має місце ізотонічне зневоднення, то полійонні розчини — Квартасіль, Ацесіль, Хлосіль, Трисіль — не мають собі рівних і ні в якому разі не можуть бути замінені на ізотонічний розчин NaCl.

Розчин 5 % глюкози, за умови відсутності протипоказань (цукровий діабет) найбільш ефективний при інтоксикаціях з тривалою гарячкою, коли внаслідок потовиділення та перспірації мають місце явища гіпертонічної дегідратації. Головна його перевага в тому, що при швидкому засвоєнні глюкози, вода що залишилася призводить до ліквідації дегідратації, а при відсутності явищ гіпертонічної дегідратації вода, внаслідок відсутності осмолярності, швидко виводиться з організму без необхідності застосування діуретичних препаратів. Причому при необхідності введення значних обсягів розчину надлишок глюкози можна компенсувати введенням інсуліну з розрахунку 1 од на 4–5 г глюкози. Порівняно з сольовими розчинами, застосування 5 % глюкози при гострих гепатитах достовірно зменшує перебування хворих у стаціонарі на 3–5 днів. Проте у випадках наявності у хворого свербіжної шкіри при алергічних реакціях введення глюкози протипоказано через можливість значного погіршення стану.

Таким чином, вибір дезінтоксикаційних розчинів для лікування повинен ґрунтуватися на основних патогенетичних проявах хвороби. Дезінтоксикаційну терапію можливо, а іноді і необхідно, починати з введення ізотонічного розчину хлориду натрію в обмежених обсягах задля введення інших необхідних препаратів, проте значні об'єми (1000 мл і більше) вводити недоцільно і можливо лише після визначення електролітного складу крові. Виражена гіпертермія та значна перспірація без можливості орального поповнення рідини вимагає введення 5% розчину глюкози. При діарейному синдромі та ацидозі адекватними будуть збалансовані полійонні розчини: Квартасіль, Ацесіль, Хлосіль, Трисіль та інші.

## ЩОДО ФІЗІОЛОГІЧНОСТІ «ФІЗІОЛОГІЧНОГО РОЗЧИНУ»

**В. П. Дядик**

*Кафедра інфекційних хвороб ДЗ «Дніпропетровська медична академія»*

Розчин 0,9 % хлориду натрію більше відомий серед медичних працівників та населення як «фізіологічний розчин» по кількості використань в медичній практиці є безумовним лідером серед інших розчинів. Його популярність обумовлена декількома складовими:

- сіль NaCl утворена сильним лугом та сильною кислотою тому в розчинах є рН нейтральною, що дає змогу використовувати її ізотонічний розчин як розчинник для внутрішньовенного введення багатьох препаратів;
- практично не має протипоказань при обмеженому використанні;
- відносно дешевою;
- назвою препарату — «фізіологічний розчин».

Проте, якщо перші три складові не викликають заперечень, то «фізіологічність» ізотонічного розчину NaCl заперечується навіть у відомому довіднику М. Д. Машковського. Про яку фізіологічність може йти мова, коли електролітний склад крові не обмежується лише одним хлоридом натрію. Неконтрольоване (по електролітному складу крові) введення до 3-х літрів на добу згідно інструкції до 0,9 % хлориду натрію протягом декількох днів може призвести до тяжких наслідків. Відомі випадки, коли хворих на холеру лікували виключно ізотонічним розчином натрію хлориду, внаслідок чого хворі помирали при наявності набряків. Тому для лікування холери зокрема та діарейного синдрому взагалі більш адекватні є розчини Філіпс I та Філіпс II, які проте мають лише історичне значення, а їх аналогами є Трисіль, Дисіль та Квартасіль. Тому, на наш погляд, в інструкції для медичного застосування натрію хлориду показання — «тривала діарея» — необхідно вказати на обмеження об'єму введення до 400–500 мл, або взагалі вилучити ці стани з переліку показань. Згідно вимог наказу МОЗ України №167 від 30.05.97 «Про удосконалення протихолерних заходів в Україні» при зневодненні рекомендовані полійонні ізоосмолярні розчини: Квартасіль, Ацесіль, Хлосіль, Трисіль. І лише при гіперкаліємії, яка розвинулася внаслідок введення полійонних розчинів, які містять калій, вводять ізотонічні розчини глюкози та натрія хлориду.

Виникають питання щодо рекомендації застосування хлориду натрію при «дегідратації, тривалих гарячкових станах та неможливості перорального введення необхідної добової норми води». Дегідратаційний синдром може бути як ізотонічним (кишкові інфекції) та і гіпертонічним — у хворих з високою тривалою гарячкою, у коматозних хворих, при ботулізмі (через неможливість ентерального прийому води). При ізотонічній дегідратації показані лише полійонні ізоосмолярні розчини: Квартасіль, Ацесіль, Хлосіль, Трисіль. При гіпертонічній дегідратації хлористий натрій взагалі не показаний, в даному випадку більш адекватним є розчин 5% глюкози.

*Висновки.* Ізотонічний розчин хлориду натрію внаслідок нейтрального рН є незамінним для розчинення та внутрішньовенного введення багатьох медикаментозних препаратів і це є головною його перевагою. Розчин 0,9 % хлориду натрію є ізотонічним, проте не є фізіологічним по відношенню до плазми крові. Назва «Фізіологічний розчин» є неприйнятною, бо призводить до дезорієнтації як пацієнтів так і медичних працівників і повинна замінитися на «ізотонічний розчин NaCl». Застосування ізотонічного розчину при дегідратації різного генезу та тривалій діарей не показане і можливе лише за умов наявної гіперкаліємії, яка доведена лабораторними показниками.

## CHARACTERISTIC HETEROCYCLIC COMPOUNDS AND THEIR EFFECT ON MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

*I. Ieremenchuk, L. Todoriko, I. Semianiv*

*Bukovina State Medical University, Chernivtsi*

The object of our research was analyzed the most effective heterocyclic compounds and their effect on mycobacterium tuberculosis in patients with primary diagnosed pulmonary tuberculosis.

Object of research: MBT selected from patients with primary diagnosed pulmonary tuberculosis.

The first stage of the synthesis of heterocyclic compounds 22 and study their impact on the MBT. Used MBT, isolated from the sputum of patients with primary diagnosed pulmonary tuberculosis with preserved sensitivity to antituberculous drugs. In view of antituberculous activity of imidazol derivatives, the synthesis of new structures that contain izoniazid and imidazole fragments — N'-(imidazol-5-il) methulen]izonikotinohidrazidi was done. For obtain these compounds, developed one-step scheme based on available condensation 4(2)-substituted 1-alkil(aril)-5-formilimidazoli was elaborate. When ones heated with acid hydrazides izonikotinovoyi in acetic acid the corresponding N'-(1H-imidazol-5-il)metylen]izonikotinohidrazidi (I-VII) formed, output — 75–85 %.

125 samples were assessed totally (22 compounds for 5 patients (110) + 2 controls for 5 patients (10) with dilution 10-2 and 10-4 (pure environment) + 1 tube in 5 patients (5) with the solvent DMSO) at a concentration compounds 1 mkg/ml, 0,2 mkg/ml, 0,1 mkg/ml and 0,05 mkg/ml. Sensitivity analysis of MBT strains to the new synthesized compounds witnessed, that antituberculous action of new synthesized compounds at concentrations in nutrient medium 0,05 mkg/ml at 4 times more active than used as a test object well-known drug izoniazid.

Thus, new synthesized compounds can be prototypes to create of highly efficient antituberculous drugs, and in particular for the treatment of chemotherapy-resistant forms of lungs tuberculosis.

## ВИКОРИСТАННЯ НОВОГО ІНФУЗІЙНОГО ПРЕПАРАТУ ЦИТИКОЛІНОГО РЯДУ НЕЙРОКСОН В НЕВРОЛОГІЧНІЙ ТА НЕЙРОХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

**І. С. Зозуля, А. І. Зозуля**

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ*

*Вступ.* Протягом попереднього десятиліття помічено прогресування цереброваскулярних захворювань, які на ранніх стадіях важко об'єктивувати, а на пізніх — важко і ефективно лікувати. На думку фахівців, у найближче майбутнє очікується подальше підвищення рівня первинної захворюваності на інсульт дорослого населення, у тому числі за рахунок його «омолодження».

*Метою нашої роботи було* проаналізувати ефективність використання нового препарату цитиколінового ряду Нейроксон виробництва корпорації «Артеріум» у хворих з гострим інфарктом мозку, які лікувалися консервативно та оперативно.

*Об'єкт і методи дослідження.* Обстежено 80 хворих з інфарктом мозку, з яких 60 лікувалося консервативно і 20 — оперативно. Нейроксон вводили по 1000 мг 1 раз на добу при консервативному лікуванні і 2000 мг — при оперативному. Використовували в діагностиці нейровізуалізуючі методи і сучасні міжнародні шкали.

*Результати та їх обговорення.* Встановлено, що після проведеного лікування цитиколіном Нейроксон у всіх хворих стан значно покращився, що заключалося в поступовому регресі симптомів і покращенні показників по шкалах NIHSS, mPMT, Бартел. На МРТ і КТ виявлено позитивну динаміку, яка виражалась в зменшенні ознак набряку мозку, зони пенумбри і об'єму осередку ураження мозку. Динаміка відновлення свідомості корелювала з регресом неврологічної симптоматики.

*Висновки.* Застосування цитиколіну Нейроксон значно покращував стан хворих з гострим інсультом мозку, що виражалось в статистично значимому зменшенні загальної неврологічної симптоматики, відновленні свідомості, когнітивної функції, емоційної сфери. Його можна застосовувати при консервативному лікуванні інсульту, а також до- і в післяопераційний період.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ РЕОСОРБІЛАКТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЇ ПРИГЛУХУВАТОСТІ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ЗА ДАНИМИ АУДИОМЕТРІЇ

**В. І. Ігнат'єва, М. І. Гуменюк, Л. П. Линник, В. А. Святненко**

*ДУ «Національний інститут фізіотерії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ*

*Інститут «Гіалуаль», Київ*

*Національний технічний університет України «КПІ», Київ*

*Мета дослідження* — вивчити ефективність Реосорбілакт в комплексному лікуванні гострої сенсоневральної приглухуватості у хворих на туберкульоз легень протягом фази інтенсивної протитуберкульозної хіміотерапії.

*Об'єкт і методи дослідження.* Обстежено 30 пацієнтів на туберкульоз легень (11 чоловіків і 19 жінок у віці 19–45 років), у яких гостра сенсоневральна приглухуватість виникла в період проведення фази інтенсивної протитуберкульозної хіміотерапії із застосуванням 5–6 хіміопрепаратів відповідно до стратегії ДОТС. I група — 15 хворих, яким проводилась стандартна антиневритна терапія (вітамін В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub> по 2 мл внутрішньом'язево через день, пантотенат кальцію по 0,2–0,4 г 2 рази на добу, АТФ по 1,0 внутрішньом'язево) на тлі інтенсивної протитуберкульозної хіміотерапії. 15 пацієнтам II групи

додатково призначали Реосорбілакт внутрішньовенно крапельно по 200 мл/добу протягом 7 діб, а потім 1 раз на тиждень протягом фази інтенсивної протитуберкульозної хіміотерапії. Судинні препарати не призначались. Методи дослідження: клінічні, рентгенологічні, вестибулометрія за стандартними методиками, аудіометрія на апараті «Interacustics AD 229-б», Данія.

*Результати та їх обговорення.* До початку лікування хворі скаржилися на сильний вушний шум, запаморочення, головний біль, зниження слуху, погіршення розбірливості мови та погіршення сну. У всіх хворих спостерігалися клінічні ознаки гострої сенсоневральної приглухуватості (шепітна мова (Ш.м.) у хворих I групи — AD ( $2,7 \pm 0,4$ ) м, AS ( $2,1 \pm 0,3$ ) м; II групи — AD ( $2,4 \pm 0,3$ ) м, AS ( $2,9 \pm 0,2$ ) м, латералізація звука у вухо, що краще чує, укорочений дослід Швабаха, позитивні досліди Рінне і Бінга), ознаки медикаментозної лабіринтопатії (обертова проба II–III ступеню, у 2 хворих I групи і 3 хворих II групи — спонтанний ністагм, позитивна проба Ромберга). Вестибулярні порушення у деяких хворих виникали раніше, ніж кохлеарні, що спостерігалось у 7 хворих I групи і 9 хворих II групи. Аудіометричні криві, як за кістковою, так і за повітряною провідністю, у хворих в обох групах носили різко низхідний характер на частотах 2000–8000 Гц, з найбільшим зниженням порогів або обривом на високих частотах (4000–8000 Гц). В зоні 125–2000 Гц пороги були незначно змінені і знаходились в межах 10–20 дБ. Такий тип аудіограм, з відсутністю кістково-повітряного розриву, свідчив про ураження звукосприймаючого апарату і відсутність резервів завитки на високих частотах. При аналізі мовних аудіограм встановлено, що пороги розбірливості мови для 50 % рівня були підвищені на 15–25 дБ. У всіх випадках не було досягнуто 100 % розбірливості мови. Найбільш ранній клінічний ефект відмічено у хворих II групи — на 8–10-й день лікування зменшувався вушний шум, головний біль, відбувалось деяке покращення розбірливості мови, нормалізація сну. Визначалось зменшення інтенсивності проявів лабіринтопатії, відбувалась стабілізація аудіометричних показників наприкінці фази інтенсивної хіміотерапії. У хворих I групи позитивної динаміки клінічних симптомів не відмічалось або спостерігалось їх погіршення. Так, у 4 пацієнтів I групи показники, що вивчались, залишалися без змін, у 8 — визначалось помірне і у 3 пацієнтів значне зниження слуху, що підтверджувалось даними аудіометрії наприкінці фази інтенсивної хіміотерапії.

*Висновки.* Застосування Реосорбілакту в комплексному лікуванні гострої сенсоневральної приглухуватості у хворих на туберкульоз легень за схемою — 200 мл/добу протягом 7 діб, а потім 1 раз на тиждень протягом фази інтенсивної хіміотерапії, сприяло зменшенню симптомів медикаментозної інтоксикації та покращанню реологічних властивостей крові, що проявилось в позитивній динаміці клінічних симптомів захворювання, зменшенні вушного шуму, стабілізації показників аудіограми, нормалізації функції вестибулярного апарату.

## ІНФУЗІЙНІ ПРЕПАРАТИ В ПРАКТИЦІ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**А. В. Кабачна, Л. Ф. Матюха, Е. В. Шелкова**

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

*Національна академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ*

*Вступ.* Важливе місце серед першочергових завдань реформування системи охорони здоров'я України відводиться розвитку та підтримці сімейної медицини, зокрема впровадженню основних принципів раціональної фармакотерапії як в амбулаторних умовах, так і при використанні стаціонаро-замінних форм надання медичної допомоги.

*Мета дослідження* — наукове обґрунтування організаційно-економічних засад оптимізації лікарського забезпечення хворих інфузійними препаратами в умовах впровадження сімейної медицини.

*Об'єкт і методи дослідження.* Інформаційною базою досліджень слугували локальні формуляри лікарських засобів 45 центрів ПМСД Дніпропетровської, Донецької, Вінницької та Харківської областей, розроблені на базі Державного формуляра четвертого випуску за запропонованим авторами алгоритмом (Свідоцтво Державної служби інтелектуальної власності по реєстрації авторського права на твір № 42862 від 20.03.2012 р.), інформація щодо структури захворювань, фармакотерапію яких передбачається здійснювати в умовах денних стаціонарів амбулаторій та центрів ПМСД, а також протоколи їх лікування (База СМД).

*Результати та їх обговорення.* Аналіз асортименту лікарських засобів, які увійшли до локальних формулярів центрів ПМСД, показав присутність в них майже всіх груп інфузійних розчинів, які представлені у Державному формулярі: амінокислоти; препарати метилксантинів; електроліти як самостійно, так і у комбінації з іншими препаратами; хінолони та ін. В основному це торгові назви лікарських за-

собів вітчизняного виробництва. Так, найчастіше у формулярах зустрічається реосорбілакт, який завдяки гіперосмолярності викликає надходження рідини з міжклітинного простору у судинне русло і нормалізує реологічні властивості крові. Значна частина формулярів (до 55 %) містить аспарагін хлорид (за МНН) під торговою назвою Тівортін, гідроксietилкрохмаль 200000/0,5 (за МНН) — Гекодез. В той же час слід зазначити, що у структурі більш ніж 80 % формулярів присутній розчин альбуміну людини, препарати на основі декстрану, полівінілпіролідонів. І це не дивлячись на те, що доля тяжких побічних реакцій після застосування цих лікарських засобів залишається досить значною. Паралельно з цими дослідженнями нами був проведений вибіркового аналізу структури захворювань пацієнтів, яким була надана допомога у денних стаціонарах амбулаторій і центрів ПМСД. Найбільшу питому вагу склали хвороби органів дихання (від 26 до 45 %), причому у їх структурі до 20 % — це обструктивні хвороби легень. Досить велика частина припадає на хвороби системи кровообігу, чия питома вага коливалася від 25 до 35 %, ішемічної хвороби — від 15,5 до 31 %, хвороби сечостатевої системи — до 15,6 %, органів травлення — до 14 %. Така структура захворювань не може не передбачати і велику кількість хронічних хворих, яким за мірками сучасних уявлень життєво необхідна інфузійна терапія. Крім того при наданні невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі сімейному лікарю доцільно починати адекватну інфузійну терапію одразу після встановлення необхідності її проведення.

*Висновки.* Сімейна медицина робить лише перші кроки в організації лікування хворих переважно на первинному рівні надання медичної допомоги — амбулаторно, у денних стаціонарах. Зважаючи на результати проведеного дослідження нами у співпраці з Фармацевтичною Корпорацією «Юрія-Фарм» розпочато розробку для сімейних лікарів методичних рекомендацій щодо застосування інфузійної терапії у відповідності до структури захворювань населення і вимог протоколів надання медичної допомоги на догоспітальному етапі з використанням основних принципів раціональної фармакотерапії (формулярної системи) як складової системи галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я. Такий підхід у подальшому дозволить раціонально використовувати бюджетні кошти при подушовому фінансуванні закладів ПМСД на засадах сімейної медицини.

## ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ С ПРИМЕНЕНИЕМ НЕИНТЕНСИВНОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ И ВАКУУМ-ДРЕНАЖА

**Г. П. Козинец, Ю. М. Васильчук, В. Н. Назаренко, А. Н. Ищенко, Ю. А. Солодкий**

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, Киев*

*Клиническая больница № 2 г. Киева*

Сложной проблемой является лечение длительно не заживающих трофических язв, возникающих в результате хронической венозной недостаточности и посттромботической болезни, а также после длительного консервативного лечения глубоких ожогов III-IV степени.

*Цель исследования* — повышение эффективности и улучшение результатов путем разработки рациональных методов консервативного и хирургического лечения.

*Объект и методы исследования.* Нами проведен анализ результатов лечения больных с трофическими язвами, находившихся на лечении в Центре термической травмы и пластической хирургии КБ № 2 г. Киева за период 2008–2011 гг. Возраст больных от 30 до 78 лет (мужчин — 82,2 %, женщин — 17,8 %). Трофические нарушения в результате варикозной болезни отмечались у 36 больных (50,6 %), посттромботической болезни — у 20 (30 %), глубоких ожогов — 8 (13 %). Размеры трофических язв колебались от 20 до 400 см<sup>2</sup>. Большинство больных с данной патологией было переведено из других лечебных учреждений.

*Результаты и их обсуждение.* В патогенезе трофических язв основная роль принадлежит нарушению микроциркуляции. Наличие сопутствующих заболеваний — атеросклеротический кардиосклероз, ИБС, осложняли консервативное лечение и подготовку к проведению оперативных вмешательств. При поступлении больных в клинику, у большинства из них, отмечались атрофические бледные грануляции, отделяемое серозно-гнойное, края язвы неровные, отечные с перифокальными воспалениями. Дно язвы представлено фиброзным слоем. Для улучшения микроциркуляции больным проводился курс неинтенсивной инфузионной терапии с применением р-ра Рингера для улучшения реологических свойств крови и перфузии тканей, а также Гекодез — для нормализации центральной гемодинамики и микроциркуляции, Реосорбилакт — способствует улучшению микроциркуляции и перфузии тканей, улучшая функцию печени, почек, сердечно-сосудистой системы. Для местного лечения ран применяли антисептические препараты — Декасан, Октенисепт, которые оказывали бактерицидное действие

на грамположительную и грамотрицательную флору. Перевязки проводили ежедневно. Применение неинтенсивной трансфузионной терапии с помощью р-ра Рингера, Гекодеза, Реосорбилакта с одновременным применением для местного лечения антисептических препаратов Декасан, Октенисепт привело к полной эпителизации трофических язв у 24 больных, размеры до 30 см<sup>2</sup>. Оперативное лечение проведено 40 больным. У них размеры язв составляли более 30 см<sup>2</sup> и достигали 350 см<sup>2</sup>. Им наряду с местным лечением одновременно проводили вакуум-дренирование. Применение этого метода показало высокую эффективность при подготовке к оперативному лечению. Проводились одномоментные иссечение дна и краев язвы с аутодермопластикой. Средний койко-день оперативных больных составлял 23 дня.

**Выводы.** Использование для местного лечения антисептических препаратов Декасан, Октенисепт с одновременным проведением неинтенсивной трансфузионной терапии — р-р Рингера, Гекодеза, Реосорбилакт — приводит к полной эпителизации трофических язв размерами до 30 см<sup>2</sup>. Применение дозированного вакуум-дренирования у больных с трофическими язвами свыше 30 см<sup>2</sup> приводило к значительному улучшению течения раневого процесса и показало высокую эффективность при подготовке больных к оперативному лечению.

## ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНЫХ РАН У ПОСТРАДАВШИХ С ОЖГОВОЙ ТРАВМОЙ

**Г. П. Козинец, Ю. М. Васильчук, В. Н. Назаренко, О. И. Осадчая**

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, Киев*

*Институт гематологии и трансфузиологии АМН Украины*

*Киевская городская клиническая больница № 2*

Лечение ограниченных ран у больных с ожоговой травмой II–III степени размерами от 0,2 до 5 % является актуальным и в настоящее время.

**Цель исследования** — повышение эффективности лечения больных с ограниченными остаточными ранами при ожоговой травме путем применения комплексной хирургической и трансфузионной тактики.

**Объект и методы исследования.** Проанализировано лечение 34 больных, переведенных из хирургических отделений других лечебных учреждений в Центр термической травмы городской клинической больницы № 2 с ожоговой травмой от 0,2 до 5 % в возрасте от 20 до 83 лет. Проводились исследования клеточных реакций воспаления состава раневых отпечатков по Покровской-Штейберг.

**Результаты и их обсуждение.** Больным проводили курс неинтенсивной инфузионной терапии латрен-антиагреганта для улучшения реологических свойств крови и перфузии тканей и микроциркуляции с введением р-ра Рингера, Гекодеза, Реосорбилакта. Для местного лечения ран применяли препараты Офлокаин, Мирамистин, а также антисептики Декасан, Октенисепт. У 16 больных наступила полная эпителизация ран. У 18 больных наряду с поверхностными были и глубокие ожоги до 5% поверхности тела в виде остаточных ран. Для местного лечения применяли препарат РЕГЕН–Д 150. У 6 больных наступила полная эпителизация ран на площади до 0,2 %. У 12 пострадавших, у которых размеры ран превышали 0,2 %, проведено оперативное лечение — иссечение грануляций с одновременной аутодермопластикой. Отмечено полное приживление пересаженных аутодермоплантатов. Для оценки эффективности применения препарата проводились исследования клеточных реакций воспаления, состав раневых отпечатков по Покровской-Штейберг. В процессе проведенного исследования в зоне поражения отмечалось развитие воспалительной реакции с изменением типа раневого отпечатка со снижением количества нейтрофильных гранулоцитов с незавершенным фагоцитозом до 63 %, а количество лимфоцитов прогрессивно увеличивалось, что свидетельствует об активации репаративных процессов.

**Выводы.** Своевременный перевод больных с ограниченными поверхностными и глубокими ожогами в ожоговый центр дает возможность применения современных методов консервативного и оперативного лечения. Использование для местного лечения препарата РЕГЕН–Д 150 с одновременным проведением неинтенсивной трансфузионной терапии с введением р-ра Рингера, Гекодеза, Реосорбилакта приводило к полной эпителизации ран размерами до 0,2 % на 8–10 сутки, а раны более 0,2 % подлежат оперативному лечению — иссечению грануляций с одновременной аутодермопластикой.

## КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ II СТАДІЇ

**О. А. Козьолкін, С. В. Яркова**

*Запорізький державний медичний університет*

*Університетська клініка ЗДМУ*

*Вступ.* В Україні та світі проблема цереброваскулярних захворювань є однією з актуальних проблем сучасної клінічної медицини у зв'язку із значною частотою їх розвитку, великим відсотком інвалідизації та смертності. В останні десятиріччя в Україні відзначається значне зростання поширеності хронічних цереброваскулярних захворювань. Спостерігається збільшення цієї патології серед осіб працездатного віку. Цереброваскулярні захворювання у 78 % випадків призводять до розвитку інвалідності та значно погіршують якість життя хворих. Саме тому важливою медико-соціальною проблемою останніх років є розроблення ефективних методів попередження, діагностування та лікування цереброваскулярних захворювань.

*Мета дослідження* — оптимізація лікувальної тактики цереброваскулярних порушень у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії.

*Об'єкт і методи дослідження.* Обстежено 50 пацієнтів. З них хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії на тлі церебрального атеросклерозу, артеріальної гіпертензії або їх поєднання віком від 44 до 68 років (середній вік 55,16 року), з яких 10 становили чоловіки (25,64 %) і 29 — жінки (74,36 %), а також 11 пацієнтів без клінічних ознак цереброваскулярної патології які увійшли у групу контролю. Пацієнтам проведені такі дослідження: клініко-неврологічне дослідження, нейропсихологічні тести (шкала Mini Mental State Examination (MMSE), Монреальська шкала (MoCA), дослідження церебральної гемодинаміки методом дуплексного сканування екстракраніальних судин та транскраніальне дуплексне сканування (з оцінкою КІМ, швидкісних показників кровообігу (ЛШК) артеріального та венозного русла, індексів пульсативності та резистивності, цереброваскулярної реактивності артеріальної та венозної ланки), МРТ головного мозку. Опрацювання отриманих даних проводилося за допомогою пакета програм Statistica for Windows 5.0 (Statsoft, США). У залежності від результатів дуплексного сканування, виявлених порушень артеріальної, венозної ланки, або їх поєднання пацієнти були поділені на 3 групи. У першій групі, до якої увійшли 12 пацієнтів (30,76 %), були виявлені переважно порушення венозного кровообігу (підвищення ЛШК по венам Розенталя, прямому синусу, хребцевим венам ретроградний кровообіг по очним венам); в другій групі, до якої увійшли 11 пацієнтів (28,20 %), — артеріальні порушення (зниження ЛСК, підвищення індексів реактивності та пульсативності); до третьої групи увійшли пацієнти з поєднанням ураження артеріальної та венозної ланки церебрального кровообігу (16 пацієнтів — 41,75 %). Всім хворим призначалася терапія згідно зі стандартами лікування. Крім того, хворим I групи призначався L-лізину есцинат у дозі 10 мг протягом 10 днів з подальшим призначенням діосміну по 500 мг 2 рази на добу. Хворим II групи призначався L-аргінін по 100 мл (4,2 г) протягом 10 днів з подальшим призначенням L-аргінін по 5 мл (1 г) 3 рази на добу. Хворі III групи протягом 10 днів отримували комбіновану терапію, а саме: L-лізину есцинат по 10 мг та L-аргініну по 100 мл (4,2 г) з подальшим прийомом діосміну по 500 мг 2 рази на добу та L-аргініну по 5 мл (1 г) 3 рази на добу. Дуплексне сканування брахіоцефальних артерій та транскраніальне дуплексне скануванням всім хворим проводилося у перший день перебування у стаціонарі, на 10-й день лікування та через місяць прийому пероральних форм препаратів.

*Результати та їх обговорення.* На 10-й день лікування зниження ЛШК кровообігу по венам Розенталя у пацієнтів I групи відзначалося у 75 % хворих. По загальним сонним артеріям (ЗСА), внутрішнім сонним артеріям (ВСА), середнім мозковим (СМА), заднім мозковим (ЗМА) та очним артеріям (ОА) достовірного покращання не зареєстровано. У II групі на 10-й день лікування не відзначено достовірних змін у стані венозного кровообігу, але зареєстровано підвищення ЛСК по ЗСА, СМА, ЗМА у 27,27 % хворих. У III групі відзначалося покращення венозного кровообігу у 87,50 %, артеріального, переважно по ЗМА та ОА — у 31,25 % хворих. При контрольному обстеженні через місяць в I групі зниження ЛШК по венозним колекторам відзначалося у 91,66 % хворих, в II групі підвищення ЛШК по ЗСА зареєстровано у 90,90 % хворих, по ВСА — у 81,81 % хворих, по СМА — у 90,90 % хворих, по ЗМА — 100 %, по БА — 72,72 %. У III групі зниження ЛШК по венозним колекторам виявлено у 93,75 % хворих, підвищення ЛШК по ЗСА — у 93,75 % хворих, по ВСА — у 93,75 % хворих, по СМА — у 87,50 % хворих, по ЗМА — у 93,75 % хворих, по БА — у 87,50 % хворих. Розширення цереброваскулярного резерву по венам Розенталя спостерігалось у I групі у 91,66 % хворих, по СМА — у 33,33 % хворих. В II групі — по венам Розенталя — у 9 % хворих, по СМА — у 81,81 %, в III групі — по венам Розенталя у 93,75 % хворих, по СМА — у 87,50 % хворих.

*Висновки.* Таким чином, одержані результати проведеного дослідження засвідчили доцільність та перевагу одночасного застосування L-лізину есцинату та L-аргініну з подальшим призначенням пероральних форм L-аргініну та дігосміну у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію П стадії.

## МОЖЛИВІ ПІДХОДИ ЩОДО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

**М. М. Корчинська**

*Кафедра фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ*

*Вступ.* Якщо врахувати, що в результаті гепатотоксичних ускладнень при застосуванні антибіотиків та протитуберкульозних препаратів ефективність хіміотерапії знижується, а інколи вимагає її припинення, стає очевидним важливість вивчення функціонального стану печінки, виключення супутньої патології, диференційований підхід до профілактики токсичних гепатитів у різних груп хворих. Діагностика токсичних гепатитів у хворих на туберкульоз легень є складним та актуальним завданням, від якого залежить тактика та вибір етіотропної та патогенетичної терапії.

*Мета дослідження* — визначити частоту вірусного, токсичного та поєданого ураження печінки у хворих на туберкульоз легень, визначити ефективність гепатопротекторної дії препарату тівортіну у хворих на туберкульоз легень з супутніми вірусними та медикаментозними гепатитами.

*Об'єкт і методи дослідження.* Для дослідження нами було відібрано 96 хворих на туберкульоз, віком від 18 до 58 років, 67 (70 %) чоловіків та 29 (30 %) жінок. Контрольну групу склали 22 хворих без встановленої патології печінки та туберкульозу. Усі хворі обстежені на наявність у крові маркерів вірусу гепатиту В — анти-НВсog та НВsAg за допомогою імуноферментного аналізу (ІФА), при позитивних анти-НВсog та НВsAg — дослідження сироватки крові на DNA HBV методом ПЛР (для виключення мутантного штаму); при позитивних НВsAg — проводилось дослідження на сумарні анти-НДV (для виключення гепатиту D та на anti-НВсorIgM-для виключення гострого гепатиту В); сумарних антитіл до вірусу гепатиту С (анти-НСVlgG+IgM) за допомогою ІФА. У випадку позитивних анти-НСVlgG+IgM на RNA HCV методом ПЛР. Поряд із загальноклінічним обстеженням та дослідженням функціональних проб печінки (білірубін та його фракції, активність АлАТ, АсАТ, ГГТП та ЛФ, тимолова проба, рівень холестерину, тригліцериди, сечовина, креатинін, загального білку, білкових фракцій), хворим проводилось дослідження на ВІЛ та для виключення аутоімунного процесу кров на ANA (антинуклеарні антитіла) та антитіл печінкових клітин (LKM1).

*Результати та їх обговорення.* У 14 % відсотків обстежених нами хворих знайдено маркери перелічених парентеральних вірусних гепатитів. Серед цих хворих на туберкульоз домінували хворі з маркерами гепатиту С (8 %). Маркери гепатиту В, що свідчили про наявну інфекцію, зустрічались у 4 % хворих, у 2 % мав місце НВV+ НCV мікст-гепатити. Ізольовано медикаментозне ураження печінки визначено у 20 % хворих, про що свідчило відсутність маркерів вірусних гепатитів, менш виражений синдром цитолізу гепатоцитів, нормалізація рівнів амінотрансфераз, білірубину після відміни гепатотоксичних протитуберкульозних препаратів. У хворих на хронічні вірусні гепатити на тлі прийому ізоніазиду, рифампіцину та піразинаміду в середньо терапевтичних дозах явища гепатотоксичної дії препаратів спостерігались в 4 рази частіше, ніж у хворих на туберкульоз без супутніх вірусних гепатитів, їх перебіг був важчим. З метою визначення ефективності гепатопротекторної дії тівортіну хворі на туберкульоз розподілені наступним чином: до основної групи увійшли 17 хворих на туберкульоз із супутнім ураженням печінки (вірусного, токсичного та змішаного генезу), а контрольну групу (15 осіб) склали хворі на туберкульоз із супутніми гепатитами. Основній групі у якості гепатопротектора був призначений препарат аргініну гідрохлорид (Тівортін, розчин для інфузій 4,2 г/100,0 мл) внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу протягом 10 днів. Контрольна група отримала у якості гепатопротектора Гептрал в/в 400 мг 1 раз на добу протягом 10 діб. В динаміці визначались ступінь цитолітичного, мезенхімального, холестатичного синдромів. Так в основній групі на через 2 тижні застосування тівортіну у 76 % хворих визначена нормалізація АлАТ, АсАТ, ГГТП, лужної фосфатази, білірубину та його фракцій, в той час як у контрольній групі цей показник склав 80 %. Достовірної різниці між результатами застосування Гептралу та Тівортіну не отримано ( $p < 0,05$ ).

*Висновки.* Отже, Тівортін ефективний для лікування токсичних (медикаментозних) гепатитів, уражень печінки у хворих на туберкульоз легень та супутні вірусні гепатити і може використовуватись у якості гепатопротектора під час застосування протитуберкульозної хіміотерапії.



## МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ АНОМАЛИЯМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

**Ю. И. Коценко, Е. А. Статинова**

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького*

Цель исследования — оценить эффективность медикаментозной коррекции когнитивных нарушений (КН) у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ), обусловленным аномалиями церебральных артерий (ЦА).

*Объект и методы исследования.* Проведено комплексное клинично-неврологическое, клинично-лабораторное, клинично-инструментальное обследование 37 пациентов в возрасте от 35 до 65 лет (21 женщина, 16 мужчин) с ИИ, обусловленным аномалиями ЦА. Для нейропсихологического исследования использовали шкалы MMSE, тест рисования часов (ТРЧ), таблицы Шульце (ТШ).

*Результаты и их обсуждение.* КН выявлены у всех пациентов: легкой степени — у 57,3 %, умеренной степени — у 42,7 % пациентов. Для ранней профилактики и коррекции КН назначался Цитиколин в дозе 2000 мг в сутки первые 5 дней, затем по 1000 мг в сутки — 10 дней, далее по 1 таб. (500 мг) 1 раз в сутки в течение 1 месяца.

*Результаты и их обсуждение.* Улучшение неврологических функций отметили 70,3 % пациентов. На 1-е и 14-е сутки показатели по шкалам достоверно изменялись: ТШ ((66,8 ± 7,2) и (41,2 ± 6,9), соответственно), ТРЧ ((8,0 ± 0,7) и (9,9 ± 0,5), соответственно), MMSE ((25,2 ± 0,3) и (28,9 ± 0,3), соответственно).

*Выводы.* Отмечено положительное влияние Цитиколина на когнитивные функции больных с ИИ, обусловленным аномалиями ЦА.

## МІСЦЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНИХ ПРЕПАРАТІВ ПЕРШОГО РЯДУ ПРИ СУЧАСНІЙ ЕПІДЕМІЧНІЙ СИТУАЦІЇ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

**М. М. Кужко, Л. І. Гречаник, Н. М. Гульчук**

*ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України», Київ*

*Головний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», Київ*

На жаль, статистичні показники захворюваності і смертності в Україні за останні 5 років залишаються високими, перевищуючи епідемічний поріг в 2–3 рази (в 2010 р. захворюваність склала 68,4; а смертність — 18,2 випадку на 100 тис. населення). Крім того, з початком нового тисячоліття, світ зіштовхнувся з новою проблемою — поширенням мультирезистентного туберкульозу та появою нової смертоносної форми туберкульозу із розширеною резистентністю [WHO. Tuberculosis M/XDR-TB Fast and the response]. Частота первинної мультирезистентності МБТ коливається від 5,8 до 16 %, а вторинної — 30–55 % [Фещенко Ю. І., 2010]. Найвищий рівень первинної резистентності МБТ визначають в країнах колишнього Радянського Союзу, причому Україна посідає 4 місце, після якого ще 23 країни світу [Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2009]. Найвищий рівень мультирезистентності серед вперше діагностованих хворих із невдачею першого та повторного курсу хіміотерапії, і становить відповідно 88,9 та 92,5 % [Черенько С. О., 2008]. Частота рецидивів туберкульозу наближається до 5,8 випадку на 100 тис. населення. У половини пацієнтів з рецидивами специфічного процесу діагностуються порожнини деструкції, бактеріовиділення з резистентністю [Кужко М. М., 2011]. Вартість лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз в 100 разів перевищує вартість лікування хворих на звичайний туберкульоз. На лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз щорічно витрачають 14,4 млрд. доларів

в США, майже половина з них йде на протитуберкульозні препарати II ряду через їх високу вартість [Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2009].

Враховуючи складність і багатогранність епідемічної ситуації з туберкульозу в Україні на теперішній час, підвищення ефективності лікування хворих на туберкульоз це найбільш актуальне завдання сучасної фтизіатрії. Не зважаючи на досягнення сучасної антимікобактеріальної терапії та фтизіохірургії, ефективність лікування хворих на туберкульоз легень залишається низькою і потребує вдосконалення та раціоналізації [Фещенко Ю. І., 2010]. Однією з основних причин, які призводять до зниження ефективності лікування хворих на туберкульоз і підвищення смертності від нього є резистентність мікобактерій туберкульозу (МБТ) до антимікобактеріальних препаратів I ряду [WHO, 2006]. До основних причин невдач в лікуванні впродовж перших 2–3 місяців (інтенсивний етап лікування) відносять: недотримання режимів лікування, супутні захворювання, які перешкоджають повноцінній хіміотерапії, медикаментозна стійкість, неможливість створення в крові і тканинах оптимальної концентрації препаратів внаслідок недостатнього їх всмоктування в шлунково-кишковому тракті або швидкої інактивації препарату [Кужко М. М., 2011].

На теперішній час, основний шлях введення протитуберкульозних препаратів — пероральний, ін'єкційний шлях їх введення рекомендований лише для аміноглікозидів (стрептоміцину, канаміцину, амікацину та капреоміцину) [Camínego J. A., 2005]. Відомо, що ефективність антимікробної терапії залежить від способу введення препарату [Манічева О. А., 2001]. Впродовж останніх 30 років багатьма дослідниками розроблені різні схеми ендолімфатичної терапії, запропоновані методи ендобронхіального, внутрішньокавернозного введення протитуберкульозних препаратів [Ніконова С. Д., 2002]. Однак, ці методи належать до інвазивних, і в багатьох випадках ускладнюються лімфостазом, емпіємою або прогресуванням туберкульозу. Тому пероральний шлях лишається переважним методом введення протитуберкульозних препаратів [WHO, 2006].

Останні декілька років все більше з'являється інтерес у науковців фтизіатрії щодо відновлення вивчення парентерального способу введення протитуберкульозних препаратів. Давно відомі переваги парентерального способу введення протитуберкульозних препаратів такі як: 1) лікарський засіб через велике коло кровообігу поступає перш за все в легеневу артерію, минаючи печінку, як основний орган інактивації протитуберкульозних препаратів, і в зв'язку з цим створюється значно більша і триваліша бактеріостатична концентрація препарату в крові; 2) можна створювати необхідну концентрацію препаратів в організмі в залежності від легкої зміни швидкості введення; 3) досить часто хворі на туберкульоз мають супутню патологію шлунково-кишкового тракту, що значно утруднює вживання великої їх кількості в таблетках; 4) можливість введення тяжким хворим без свідомості; 5) парентеральне введення препаратів позитивно впливає на контрольованість лікування, допомагає втілити надію у хворого на позитивний результат лікування [Фещенко Ю. І., 2002]. Під час клінічних і експериментальних досліджень встановлено, що лікувальна дія препаратів знаходиться в прямій залежності від рівня концентрації препаратів в крові і, відповідно, в вогнищі специфічного запалення. Також було доведено, що включення навіть одного з антибактеріальних препаратів шляхом парентерального введення дозволяє підвищити ефективність лікування за частотою і часом зникнення клінічних симптомів і припиненням бактеріовиділення, скоротити термін перебування в стаціонарі [Кужко М. М., 2011]. На теперішній час в арсеналі фтизіатра існує 4 з 5 препаратів першого ряду з формою випуску для парентерального застосування (ізоніазид, рифампіцин, етамбутол, стрептоміцин). В дисертаційній роботі Іванюти О. М. (1971 р.) науково доведено переваги внутрішньовенного введення тубазиду, ПАСКу, етіонаміду, флориміцину. В Національному інституті фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського та в Головному військовому медичному клінічному центрі МО України активно вивчається ефективність внутрішньовенного введення ізоніазиду, рифампіцину і етамбутолу. Було встановлено, що застосування модифікованої схеми лікування — внутрішньовенні інфузії ізоніазиду, рифампіцину і етамбутолу в складі етіотропного лікування — має переваги перед стандартною хіміотерапією за рахунок скорочення терміну припинення бактеріовиділення і загоєння порожнин розпаду [Кужко М. М., 2011].

На сьогодні, в літературних джерелах продовжується висвітлення результатів подальших наукових досліджень ефективності та безпеки парентерального способу введення протитуберкульозних препаратів першого ряду в різних схемах антимікобактеріальної терапії.

# ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З СУПУТНІМ ПОРУШЕННЯМ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ІНФУЗІЙНИХ ПРЕПАРАТІВ НА ОСНОВІ СОРБІТОЛУ

**М. М. Кужко, О. М. Старкова, О. В. Аврамчук**

*ДУ «Національний інститут фізіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України», Київ*

Вступ. Однією з причин неефективного лікування хворих на туберкульоз легень є наявність супутньої патології, а саме порушень функціонального стану печінки, наявність гепатиту і т. д. Наявність такої супутньої патології призводить до більш важкого перебігу туберкульозу, а із-за вимушеної перерви в лікуванні — до подовшення терміну загоєння порожнин деструкції та припинення бактеріовиділення. Тому важливо, особливо в таких випадках, застосування дезінтоксикаційної терапії.

*Об'єкт і методи дослідження.* Обстежено 65 хворих на туберкульоз легень з супутніми порушеннями функціонального стану печінки у вигляді білірубінемії, наростанням активності АсАТ, АлАТ. Основну групу склали 35 хворих, із них 18 хворих на інфільтративний туберкульоз легень та 12 хворих — на дисемінований туберкульоз, яким поряд з протитуберкульозними препаратами або при неможливості їх призначення із-за наростання показників печінкових проб застосовували Реосорбілакт. Реосорбілакт (100 мл розчину містять сорбітолу — 6 г, натрію лактату — 1,9 г, натрію хлориду — 0,6 г, кальцію хлориду — 0,01 г, калію хлориду — 0,03 г, магнію хлориду — 0,02 г) призначали по 200 мл розчину внутрішньовенно крапельно через день на протязі 20 діб. В контрольну групу увійшли 30 пацієнтів: з інфільтративним туберкульозом легень (16 пацієнтів) та дисемінованим туберкульозом (14 пацієнтів), які не отримували Реосорбілакт. Хворі у групах за клінічними формами туберкульозу легень, наявністю резистентності МБТ, вираженістю інтоксикаційного синдрому, функціональним станом печінки були ідентичні. Робота виконана за кошти державного бюджету.

*Результати та їх обговорення.* У хворих як основної так і контрольної груп була виявлена білірубінемія з показниками від 35 до 120 мкмоль/л, збільшення АсАТ з 65 до 250 од/л, АлАТ з 70 до 452 од/л. У хворих основної групи із-за збільшення показників АлАТ вище 200 од/л було перервано лікування антимікобактеріальними препаратами. Так само було і у 5 хворих контрольної групи. Застосування Реосорбілакту в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз в основній групі призвело до повного відновлення показників функціонального стану печінки вже через 1 місяць. Усім хворим, котрим було перервано лікування із-за порушення функціонального стану печінки вже через 7 днів було повністю відновлено лікування антимікобактеріальними препаратами. У хворих, які не отримували Реосорбілакт в комплексному лікуванні, показники білірубінемії, АлАТ та АсАТ тримались на високих цифрах, але це дозволяло проводити антимікобактеріальну терапію. А хворим контрольної групи, які мали перерву в лікуванні було призначено застосування Реосорбілакту.

Аналіз ефективності лікування хворих на туберкульоз через 2 місяці показав, що у хворих основної групи, яким застосовували Реосорбілакт, динаміка зменшення клінічних проявів була більш суттєвою, чим у контрольній. Більш суттєвою також була рентгенологічна динаміка у порівнянні з контрольною групою.

*Висновки.* Призначення Реосорбілакту в комплексній терапії хворих на туберкульоз легень з супутнім порушенням функціонального стану печінки підвищує ефективність лікування, що підтверджується не тільки позитивною динамікою клінічних проявів захворювання, а також більш суттєвою рентгенологічною динамікою у хворих, які отримували Реосорбілакт. Крім цього, у хворих які отримували Реосорбілакт, показники функціонального стану печінки нормалізувались у більш короткий термін чим у хворих, які його не отримували. Враховуючи вище зазначене, застосування Реосорбілакту можна рекомендувати у лікуванні хворих на туберкульоз легень в поєднанні з порушенням функціонального стану печінки.

## ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ

**В. Н. Куница, С. Н. Чернуха**

*ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского»*

**Объект и методы исследования.** Обследованы 48 больных, которым по разным причинам производились оперативные вмешательства на желудке. Из них у 20 произведена резекция желудка, у 28 — стволовая ваготомия или проксимальная ваготомия с дренированием желудка. Больным проводили общеклиническое, спирометрическое, рентгенологическое, электрокардиографическое и лабораторное исследование. Исследование функции внешнего дыхания проводили на аппарате «Спиро-Тест-РС». Функцию внешнего дыхания оценивали по следующим параметрам: ЖЕЛ — жизненная емкость легких; ФЖЕЛ — форсированная жизненная емкость легких; ОФВ1 — объем форсированного выдоха за 1-ю секунду; ПОС — пиковая объемная скорость; МОС-25 — максимальный экспираторный поток при 25 % ФЖЕЛ; МОС-50 — максимальный экспираторный поток при 50 % ФЖЕЛ; МОС-75 — максимальный экспираторный поток при 75 % ФЖЕЛ.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе показателей спирометрии в зависимости от вида операции выявлена тенденция к уменьшению всех дыхательных объемов в обеих группах. Также выявлено уменьшение скоростных показателей дыхания: ОФВ1, ПОС, МОС-75, МОС-50 в обеих группах больных. Но достоверные изменения в показателях ОФВ1, ПОС, МОС-75, МОС-50 были отмечены у больных с резекцией желудка. При ваготомии эти показатели имели недостоверные отклонения.

В целом среди обследованных больных нарушение вентиляции выявлено у 35 человек (72,9 %). Обструктивный тип нарушения вентиляции установлен у 15 (42,9 %), рестриктивный тип — у 9 (25,7 %), смешанный тип нарушения (обструктивно-рестриктивный) — у 11 больных (31,4 %).

**Выводы.** Таким образом, можно говорить о влиянии различных операций на желудке на снижение показателей функции внешнего дыхания, которые имеют обструктивный, реже — рестриктивный характер. Проведение спирометрии у больных, перенесших операции и выявление нарушений дыхательных объемов могут способствовать диагностике ранних нарушений функций внешнего дыхания, которые часто протекают латентно и на практике часто не диагностируются.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕОСОРБІЛАКТУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ

**І. О. Лаврінчук, С. Л. Лофицький, А. М. Шевцова**

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»*

**Вступ.** За даними ВООЗ негоспітальна пневмонія (НП) займає одне з провідних місць в структурі захворюваності та смертності населення, в тому числі серед осіб працездатного віку. Захворюваність НП — до 40 випадків на 1000 населення. Из усіх хворих на НП 40–60 % госпіталізується, із числа госпіталізованих 10 % пацієнтів — у відділення інтенсивної терапії (ВІТ). Летальність від НП у відділеннях загального профілю складає 8–10 %, у ВІТ — 28 %. Однією з причин прогресування запального процесу в бронхах і легенях та зміни імунної активності є порушення кислотно-основного балансу і, як його прояв — респіраторний ацидоз, який обтяжує перебіг захворювання збільшенням тканинної гіпоксії, інактивацією ряду ферментів, порушеннями гемодинаміки, метаболічною активацією симпато-адреналової системи. Одним з найбільш ефективних препаратів для усунення й метаболічного і респіраторного ацидозу є Реосорбілакт — комбінований препарат на основі шестиатомного спирту сорбітолу, збалансований по іонному складу, що містить буфер і енергоносій.

**Мета дослідження** — вивчити ефективність Реосорбілакт в лікуванні хворих на негоспітальну пневмонію III клінічної групи.

**Об'єкт і методи дослідження.** Обстежено 83 пацієнти у віці ( $39,8 \pm 4,1$ ) року, хворих на НП III клінічної групи, які перебували на стаціонарному лікуванні в терапевтичних відділеннях Луганської МКБЛ № 1 та № 9. Серед них було 47 жінок та 36 чоловіків. Всі хворі були довільно розподілені на 2 групи. Пацієнти I групи (42 хворих) у доповнення до стандартної терапії отримували Реосорбілакт внутрішньо венозно крапельно 1 раз на добу протягом 5 днів. Хворі II групи (41 пацієнт) отримували тільки лікування згідно існуючим рекомендаціям. Клінічні, лабораторні, рентгенологічні та гемодинамічні параметри хворих оцінювалися до початку лікування, по закінченні стаціонарного лікування (в середньому, через 14–15 днів).

*Результати та їх обговорення.* У всіх хворих на початку захворювання відзначалися інтоксикаційний, респіраторний, астено-невротичний синдроми. На тлі проведення лікування із додаванням Реосорбілакту у пацієнтів I групи дезінтоксикаційний синдром зникав, в середньому, на  $(1,2 \pm 0,2)$  дня раніше, ніж у хворих II групи. Прояви астено-невротичного синдрому у осіб I групи усувалися, в середньому, на  $(2,3 \pm 0,3)$  дня раніше. Респіраторний синдром у вигляді кашлю із виділенням незначної кількості слизуватого мокротиння зберігався у 32 (76,2 %) хворих I групи проти 36 (87,8 %) пацієнтів II групи. Реосорбілакт добре переносився усіма хворими що його отримували. Середній термін госпіталізації у хворих I групи становив  $(13,2 \pm 0,3)$  дня, у осіб із II групи —  $(14,2 \pm 0,5)$  дня.

*Висновки.* Таким чином, включення Реосорбілакт в комплексне лікування пацієнтів з НП III клінічної групи значно оптимізувало лікування хворих за рахунок більш скорішого усунення всіх патологічних синдромів завдяки його виразному дезінтоксикаційному ефекту.

## ЗАСТОСУВАННЯ ТІВОРТІНУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ I ТИПУ

**В. Г. Майданник, М. В. Хайтович, Т. А. Шевченко, А. П. Бурлака**

*Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця МОЗ України, Київ*

*Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології ім. Р. Є. Кавецького НАН України, Київ*

*Вступ.* Провідне місце серед пізніх ускладнень цукрового діабету I типу займають ураження судинної системи, що є причиною ранньої інвалідації та зниження якості життя дітей. В останні роки особливу увагу в механізмах розвитку цукрового діабету та його укладень приділяють оксидативному стресу і його корекції. Оксидативний стрес розвивається внаслідок недостатності антиоксидантної системи та гіперпродукції вільних радикалів. Серед препаратів, що мають антиоксидантні властивості, звертає на себе увагу Тівортін (L-arginini gydrochloridum). Тівортін проявляє антиоксидантну, антигіпоксичну, мембраностабілізуючу, цитопротекторну, дезінтоксикаційну активність. Даний препарат є субстратом для NO-синтази ферменту, що каталізує синтез оксид азоту в ендотеліоцитах. Препарат активує гуанілатциклазу і підвищує рівень циклічного гуанідинмонофосфату в ендотелії судин, зменшує активацію й адгезію лейкоцитів і тромбоцитів до ендотелію судин, пригнічує синтез ендотеліну-1, що є потужним вазоконстриктором і стимулятором проліферації й міграції гладких неоцитів судинної стінки. Тівортін також пригнічує синтез асиметричного диметиларгеніну — потужного ендогенного стимулятора оксидативного стресу. В джерелах літературних даних зустрічаються позитивні результати застосування Тівортіну в кардіології (при гіпертонічній хворобі, стенокардії), пульмонології (при хронічних обструктивних захворюваннях легень), нефрології (при хронічній нирковій недостатності), акушерство-гінекології (при прееклампсії вагітних препарат дозволяє пролонгувати вагітність до строку доношеності плоду у вагітних з цукровим діабетом), неврології. В дитячій практиці Тівортін застосовували в комплексній терапії при захворюваннях легеневої системи.

*Метою нашої роботи* є підвищення ефективності профілактики та лікування пізніх ускладнень шляхом корекції оксидативного стресу у дітей, хворих на цукровий діабет I типу.

*Об'єкт і методи дослідження.* Ми почали обстеження дітей у міському ендокринологічному центрі на базі ДКЛ № 6 м. Києва, віком від 3-х років, які хворіють на ЦД I типу більше 1 року і знаходяться у субкомпенсованому та декомпенсованому стані. Цим дітям проводяться загальноклінічні обстеження та досліджується добова екскреція з сечею 8-оксогуаніну (8-охоG) та 8-гідрокси-2-деоксигуанозину (8-ОНdG), що визначається методом спектру фотометрії, та рівень супероксидного радикал-аніону та оксида азоту в нейтрофілах периферійної крові за допомогою електронного парамагнітного резонансу.

До схеми лікування дітей, хворих на ЦД I типу, ми почали додавати Тівортін. Препарат призначали протягом 5 днів у дозі 5 мл/кг/добу (але не більше 100 мл/добу) внутрішньовенно крапельно зі швидкістю 10 крап/хв протягом перших 15 хвилин, потім збільшували швидкість до 20 крап/хв. Прийом препарату не викликав алергічних реакцій або інших побічних дій.

Результати даної роботи знаходяться на стадії обробки, дослідження триває.

# ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ІНФУЗІЙНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА НЕГОСПІТАЛЬНУ ПНЕВМОНІЮ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ЦЕФТРИАКСОНУ І СУЛЬБАКТМАКСУ

*I. M. Марків, I. M. Кліш*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського»*

*Вступ.* Незважаючи на велику кількість наукових досліджень, присвячених пневмонії, це захворювання продовжує займати передові позиції серед інфекційних хвороб за рівнем захворюваності, втрати працездатності та смертності. У 2011 р. поширеність пневмонії в Україні становила 494,3 випадку на 100 тис. дорослого населення, а смертність — 10,5 на 100 тис. дорослого населення. Значні економічні витрати суспільства на лікування цього захворювання надають проблемі пневмонії важливого соціального значення. У зв'язку із цим, актуальною є оцінка медичних технологій, які застосовуються при лікуванні хворих на пневмонію з точки зору їхньої фінансової рентабельності і клінічної ефективності.

*Мета дослідження* — фармакоекономічний аналіз схем інфузійної антибіотикотерапії негоспітальної пневмонії (НП), зокрема, із використанням препаратів цефалоспоринового ряду — цефтриаксону і сульбактаксу.

*Об'єкт і методи дослідження.* Методика дослідження полягала у проведенні розрахунку витрат на діагностику та лікування хвороби (методика аналізу «загальної вартості захворювання»). Враховувались витрати на лабораторні та інструментальні методи обстеження хворих, перебування пацієнтів у лікарні (харчування, готельні послуги, робота персоналу), медикаментозне лікування. Проведений аналіз даних 64 медичних карт хворих, які лікувались у терапевтичному та пульмонологічному відділеннях міської та обласної лікарень з приводу НП.

*Результати та їх обговорення.* Клінічна картина захворювання у всіх пацієнтів відповідала критеріям третьої клінічної групи. У структурі медикаментозних призначень були виділені дві основних схеми інфузійної антибіотикотерапії: схема № 1 — цефтриаксон по 1,0 г 1 раз на день внутрішньовенно протягом  $(9,9 \pm 0,5)$  дня у поєднанні із 3-денним пероральним прийомом азитроміцину по 0,5 г 1 раз на день (34 хворих, I група) і схема № 2 — сульбактамкс по 1,5 г 2 рази на день внутрішньовенно протягом  $(9,6 \pm 0,4)$  дня (30 хворих, II група). Лікування у всіх випадках було успішним і закінчилось видуженням хворих. Середня тривалість лікування всіх обстежених у стаціонарі була приблизно однаковою і становила у I групі  $(10,4 \pm 0,7)$  дня, у II групі —  $(11,2 \pm 0,8)$ ,  $p_{1-2} > 0,25$ . При підрахунку загальної вартості захворювання було встановлено, що середні витрати на лікування одного пацієнта I групи у стаціонарі становили  $(674,80 \pm 38,96)$  грн., тоді як на одного хворого II групи —  $(1128,67 \pm 93,22)$  грн. ( $p_{1-2} < 0,001$ ). Із цих коштів безпосередньо на інфузійну антибіотикотерапію (антибіотик, системи для внутрішньовенного введення, стерильний розчин, голки, спирт, вата) припадало відповідно 9,5 % (I група) і 46,8 % (II група). Середня вартість курсу антибіотикотерапії одного пацієнта I групи складала  $(97,94 \pm 18,20)$  грн. (64,35 грн. — вартість інфузій цефтриаксону і 33,58 грн. — ціна азитроміцину), аналогічний показник у пацієнтів II групи становив  $(528,00 \pm 65,50)$  грн. ( $p_{1-2} < 0,001$ ). Результати дослідження показали, що при статистично однаковій тривалості стаціонарного лікування хворих на НП із використанням препаратів цефалоспоринового ряду — цефтриаксону і сульбактаксу, спостерігається різниця як загальної вартості захворювання, так і у витратах на антибіотикотерапію.

*Висновки.* Із проаналізованих нами схем інфузійної антибіотикотерапії хворих на НП застосування комбінації цефтриаксону з азитроміцином виявилось вигіднішим, ніж лікування із використанням сульбактаксу.

## EFFECT OF DEKASAN NEBULIZED THERAPY ON THE CLINICAL COURSE IN PATIENTS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA

*L. Mygayluk, L. Todoriko, A. Herman*

*Bukovina State Medical University, Chernivtsi*

At present, the use of nebulized inhalation of antimicrobial preparations is an effective method of pneumonia treatment. Inhalation therapy, especially in severe infiltrative processes in the lungs, let the effective delivery of drugs, having variety effects: anti-inflammatory, bronchodilatory, antibacterial and mucolytic, both conven-

tional and high doses. A significant advantage of aerosol therapy is a high concentration of drugs in air ways at medications insignificant number itself, and low drug concentration in the organism as a whole.

Domestic medicine decamethoxin — Dekasan («Yuri-Farm») has a high bactericidal activity against gram-positive and Gram-negative, atypical and anaerobic bacteria; virusocidal effect on the lipophylic viruses; fungicidal action on various types of fungi and antiprotozoal activity (Trichomonas, Giardia). The treatment increases the sensitivity of Dekasan to antibiotic-resistant microorganisms to antibiotics. In addition, Dekasan has anti-spasmodic, hyposensencitiz, immunostimulant action, suppresses production of serotonin, providing anti-inflammatory and decongestant effects.

25 patients with community acquired pneumonia have been treated on the base of Pulmonology Chernivtsi Regional Hospital, who received the basic treatment (antibiotics, mucolytics, detoxication therapy) as well as Dekasan inhalation. 5 ml of a 0,02 % Dekasan solution at room temperature via a compression nebulizer was used twice a day for 7 days for inhalation. After the treatment status patients has improved significantly: in 2–3 days the intensity and duration of cough have decreased as well as shortness of breath, sputum has become mucous character, the body temperature normalized, symptoms of intoxication have decreased. In patients with non-productive cough in 3–4 days the frequency and intensity of coughing have decreased. The obtained data allowed to elaborate effective treatment regimen of patients with diseases of the respiratory system, namely pneumonia, by the inclusion nebulized Dekasan in the complex treatment.

Thus, aerosol inhalation therapy with antimicrobial medication Dekasan is one of effective methods of treatment community acquired pneumonia, which increases the treatment efficacy and reduces the time of clinical recovery such patients.

## ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ ВЕНОЗНИХ ПОРУШЕНЬ У ПОСТІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ

**Т. С. Міщенко, І. В. Здесенко, О. В. Дмитрієва**

*ДУ «ІНПН НАМН України», Харків*

*Мета дослідження* — розробити принципи інфузійної терапії венозних порушень у постінсультних хворих.

*Методи обстеження:* клініко-неврологічні, нейропсихологічні (визначення стану пацієнта згідно шкали астеничного стану (ШАС)), ультразвукові (транскраніальне дуплексне сканування (ТКД) інтракраніального венозного кровотоку з оцінкою швидкісних параметрів (ТАМАХ) у венах Розенталя), офтальмоскопічні (реєстрація спонтанної пульсації церебральної ділянки ретинальної вени).

Нами було обстежено 56 пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт. Середній вік пацієнтів — (46,8 ± 1,2) року. В клінічній картині разом з загальноомозковою та вогнищевою симптоматикою значне місце займали лікворно-венозні порушення. Пацієнти поряд з базисною терапією упродовж 10 днів (1 раз на день в першій половині дня) отримували препарат L-лізину есцинат, 0,1 % розчин для ін'єкцій, корпорації «Артеріум», по 10 мл внутрішньовенно, краплинно, в 50 мл фізіологічного розчину. *Результати та їх обговорення.* Застосування у хворих на тлі базисної терапії препарату L-лізину есцинат, сприяло клінічному поліпшенню у вигляді зниження виразності та представленості головного болю, шуму в голові, ознак венозних порушень (набряклість обличчя, повік, ціаноз шкірних покривів обличчя, набряклість під очима), стабілізації артеріального тиску, зменшення виразності вестибулярних, зорових порушень, нормалізації формули сну, поліпшення неврологічної симптоматики. Відзначалася позитивна динаміка показників астеничної симптоматики за шкалою ШАС. Сума балів за ШАС зменшувалася у кінці курсу лікування на 52,9% (p < 0,001). Поліпшення відзначалося і за показниками ТКД. Середнє значення ТАМАХ у венах Розенталя знизилося у кінці курсу лікування на 36,21 % (p < 0,001). В процесі лікування у 96 % хворих відновлювалася пульсація церебральної ділянки ретинальної вени.

*Висновки.* Інфузії препарату L-лізину есцинат ефективні при лікуванні пацієнтів з лікворно-венозними порушеннями при постінсультній ішемії мозку, добре переносяться хворими, покращують якість життя пацієнтів.

# ОБГРУНТУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ НАПРАВЛЕНОГО ТРАНСПОРТУ АНТИБІОТИКІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕГОСПІТАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ

**Ю. М. Мостовий, О. О. Вільцанюк**

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

Вступ. Введення антибіотиків шляхом інфузії при лікуванні тяжких негоспітальних пневмоній (НП), без сумніву залишається одним із основних методів лікування цієї патології. Однак ця методика не завжди дозволяє створити високі концентрації антибіотиків в вогнищі запалення, що потребує розробки нових підходів до проведення інфузійної антибактеріальної терапії при НП. Нами розроблено методику лікування тяжких НП, яка включає інфузійне введення антибіотиків в фармакоцитах (еритроцитарних тінях) (Патент України на корисну модель № 57219).

*Мета дослідження* — експериментально обгрунтувати ефективність лікування негоспітальної пневмонії шляхом інфузійного введення антибіотиків в фармакоцитах (еритроцитарних тінях).

*Об'єкт і методи дослідження.* Ефективність розробленої методики лікування пневмонії вивчена на 70 білих лабораторних щурах масою тіла від 200 — 250 г, в двох серіях дослідів по 35 тварин в кожній. Експериментальні дослідження були виконані згідно міжнародних законів та документів про біоетику України. Модель пневмонії створювали за загальноприйнятою методикою, після чого тварин в першій серії дослідів лікували за загальноприйнятою методикою, шляхом введення цефтриаксону з розрахунку 50 мг/кг маси тіла, а в другій серії дослідів — за розробленим способом з використанням інфузійного введення антибіотика в аутологічних еритроцитарних тінях в аналогічних дозах та санації трахеобронхіального дерева катіонним поверхневоактивним антисептиком Декасан. Після проведення знеболення в усіх серіях тварин виводили з досліду на 2, 3, 5, 9, 15, 20 та 30 добу спостереження для мікробіологічних та морфологічних досліджень. Отримані результати по вивченню мікробної забрудненості тканин піддавали статистичній обробці з використанням інтегральної системи STATISTICA 5.5 (STAT+SOFT Snc, USA) і проводили їх порівняльну оцінку для визначення достовірності отриманих результатів.

*Результати та їх обговорення.* Як показали проведені дослідження, лікування експериментальної пневмонії за розробленим способом забезпечувало більш сприятливий перебіг захворювання. Вивчення мікробної забрудненості легеневої тканини показало, що при використанні направленої транспорту антибіотику в фармакоцитах, вже через три доби після початку лікування кількість мікроорганізмів в легеневій тканині складала  $(3,8 \pm 0,1) \cdot 10^3$  КУО/г тканини, тоді як в серії дослідів де використовувалось традиційне введення антибіотиків —  $(4,1 \pm 0,3) \cdot 10^5$  КУО/г тканини, що було достовірно вище ( $p < 0,05$ ), ніж у серії дослідів де лікування проводилось за розробленим способом. Через п'ять діб після початку лікування за розробленим способом з посівів легеневої тканини були виділені одиничні мікроорганізми, в той час як в контрольній серії дослідів кількість бактерій в посівах складала  $(5,3 \pm 0,7) \cdot 10^3$  КУО/г тканини. На дев'яту добу спостереження при лікуванні за традиційною методикою — визначався ріст поодиноких бактерій, а у тварин, що лікувались за розробленим способом росту бактерій не визначалось.

Морфологічні зміни в легенях також значно відрізнялись від змін в легенях у тварин в контрольній серії дослідів. Через три доби після створення моделі захворювання і лікування за розробленим способом, запальні вогнища за своєю структурою значно відрізнялись від аналогічних вогнищ у тварин з експериментальною пневмонією в контрольній серії дослідів. Вони характеризувались відсутністю перифокального мікробного набряку, що можна пояснити меншою вираженістю запального процесу і неможливістю швидкого розповсюдження ексудату в легеневій тканині, крім цього в жодному випадку не було виявлено мікроорганізмів у міжклітинному просторі та ділянок абсцедування. Морфологічні зміни у бронхах також відрізнялись від змін у бронхах тварин контрольної серії дослідів. Епітелій бронхів був збережений, але в ньому спостерігались дистрофічні зміни. Про швидке зменшення запального процесу та ефективність розробленого способу лікування пневмоній також свідчило помірне кровонаповнення судин легень, помірний набряк їх стінок та периваскулярної сполучної тканини. В подальшому спостерігались позитивна динаміка перебігу експериментальної пневмонії і вже на 15 добу спостереження, на відміну від контрольної серії дослідів, паренхіма легень звільнялась від запальних вогнищ. Запальний процес в бронхах був виражений незначно, просвіти бронхів були правильної форми. Хоча стінки бронхів були потовщені вираженої деформації не спостерігалось, що на нашу думку пов'язане не лише із зменшенням запалення в легеневій тканині внаслідок введення антибіотиків у фармакоцитах, але і за рахунок санації трахео-бронхіального дерева Декасаном.



Отримані дані експериментальних досліджень свідчать про високу ефективність розробленого способу лікування тяжких НП і дозволяють рекомендувати його використання в клінічній практиці.

*Висновки.* Використання направленного транспорту антибіотиків у фармакоцитах в легеневу тканину у поєднанні з санацією трахео-бронхіального дерева Декасаном при лікуванні експериментальної пневмонії забезпечувало неускладнений перебіг захворювання, що свідчить про високу ефективність розробленого способу.

## ДЕТОКСИКАЦІЙНА ТЕРАПІЯ РЕОСОРБІЛАКТОМ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ТОКСИКОДЕРМІЮ

*Л. А. Муляр, Т. А. Петрова, Г. Ю. Островська*

*Українська медична стоматологічна академія, Полтава*

*Вступ.* Токсикодермія — захворювання алергічного, а інколи, псевдоалергічного генезу, являється актуальною проблемою практичної охорони здоров'я. Вона часто має тяжкий перебіг та супроводжується вираженими порушеннями кислотно-лужного, водно-електролітного балансу, накопиченням токсичних метаболітів. У лікуванні таких хворих надзвичайно важливе значення мають препарати, що можуть зв'язувати і виводити ендотоксини. Цим вимогам у значній мірі відповідає Реосорбілакт, що містить сорбітол, лактат-аніон та комплекси електролітів. Препарат має виражену детоксикаційну дію, відновлює водно-електролітний баланс, кислотно-лужний стан, покращує мікроциркуляцію, створюючи тим самим умови для дифузії токсичних факторів із уражених клітин, тканин і органів у загальний кровообіг та сприяє зниженню концентрації токсинів у плазмі крові.

*Метою дослідження* було вивчення детоксикаційної активності Реосорбілакту в комплексному лікуванні хворих на токсикодермію при тяжкому та середньотяжкому перебігу захворювання.

*Об'єкт і методи дослідження.* Хворим, крім Реосорбілакту, вводилися кристалоїдні розчини, глюкокортикостероїди, інгібітори протеаз, проводилась інтракорпоральна детоксикація та, у тяжких випадках — екстрокорпоральна (гемосорбція, плазмасорбція, ін.). У дослідження включені 46 хворих, 31 з яких отримували додатково до основної терапії Реосорбілакт. Для оцінки ефективності проведеного лікування оцінювалася динаміка загальноклінічних аналізів та швидкість регресії клінічних проявів захворювання.

*Результати та їх обговорення.* Отримані результати клінічних і лабораторних досліджень свідчили про більш швидку позитивну динаміку захворювання у хворих на токсикодермію при включенні в комплексне лікування Реосорбілакту. Так, у дослідній групі хворих на 3–4 дні раніше, ніж у контрольній групі обстежених, нормалізувалися клінічні прояви захворювання — зменшення та остаточне зникнення висипів, гіперемії та набряку шкіри, ліхенізації, нормалізація гематологічних та біохімічних показників, у тому числі лейкоцитів, ШОЕ, білірубину, активності трансаміназ, циркулюючих імунних комплексів.

*Висновки.* Таким чином, застосування Реосорбілакту в комплексному лікуванні хворих на токсикодермію з тяжким та середньотяжким перебігом позитивно впливає на швидкість одужання, нормалізацію гемограми, показників водно-електролітного балансу, стану печінки та інших життєвоважливих органів.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ АЛЬФА-ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТИ В ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ

*О. С. Орлик*

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, кафедра діабетології*

Діабетична полінейропатія (ДПН) — найбільш розповсюджене ускладнення цукрового діабету яке характеризується вираженим больовим синдромом, прогресуючою загибеллю нервових волокон, що призводить до втрати чутливості та ранньої інвалідизації пацієнтів. В теперішній час в якості патогенетичної терапії ДПН застосовують препарати альфа-ліпоєвої (тіоктової) кислоти.

*Метою нашого дослідження* було дослідити ефективність препаратів альфа-ліпоєвої кислоти в лікуванні діабетичної полінейропатії у пацієнтів на цукровий діабет (ЦД) 1-го та 2-го типу, з різною тривалістю цукрового діабету, наявністю макро- та мікросудинних ускладнень ЦД та надлишкової маси тіла.

*Об'єкт і методи дослідження.* Нами було обстежено 1510 пацієнтів з цукровим діабетом (ЦД) 1 та 2 типів, що проходили лікування в 62 клінічних центрах України. Всі обстежені хворі страждали на діабетичну полінейропатію (ДПН) різних ступеней прояву. Серед обстежуваних пацієнтів 863 жінки та 647 чоловіків, середній вік пацієнтів —  $(54,3 \pm 0,4)$  року. Більшість (72 %) склали хворі з ЦД 2 типу, а 28 % — з ЦД 1 типу. Середня тривалість ЦД перевищувала 10 років. В пацієнтів відмічались мікро- та макросудинні ускладнення цукрового діабету, в тому числі діабетична нефропатія у 32,5 % хворих, діабетична ретинопатія — у 59,5 %, інфаркт міокарду в анамнезі — у 5,6 %, гострі порушення мозкового кровообігу — у 11 %. Наявність виразкових дефектів нижніх кінцівок на момент огляду виявлено у 12,5 % хворих, в анамнезі — у 17,8 %. Ступінь прояву ДПН оцінювали за допомогою спеціальних шкал неврологічних симптомів TSS та NSS, визначали сумарну кількість балів за цими шкалами. Середній бал за шкалою TSS склав 7,82 балу, за NSS — 5,35 балу, що свідчило про виражену ДПН. Всі пацієнти отримували лікування препаратами альфа-ліпоевої кислоти в дозі 600 ОД на 200 мл 0,9 % NaCl внутрішньовенно крапельно (1 раз на добу, на курс — 10–15 інфузій); а далі по 600 мг/добу перорально не менше 2 місяців.

*Результати та їх обговорення.* В результаті застосування препаратів альфа-ліпоевої кислоти вже через 2–3 тижні терапії відмічено статистично достовірне зниження вираженості основних симптомів ДПН за шкалами NSS та TSS. До закінчення лікування відмічалась більш суттєва динаміка — було відмічено зниження показників в порівнянні як з початковим рівнем, так і з результатами, що були отримані через 2 тижні терапії. Загалом, вираженість клінічних проявів нейропатії за шкалами NSS та TSS зменшилась більш ніж на 70 %, при цьому суттєві зміни відмічено стосовно всіх основних позитивних симптомів — ниючого болю, оніміння, пекучого та колючого болю нижніх кінцівок.

*Висновки.* Таким чином нами були отримані підтвердження високої ефективності б-ліпоевої кислоти в патогенетичній терапії ДПН. Лікування б-ліпоевою кислотою протягом 2 місяців сприяло зменшенню симптомів нейропатії (що визначались за шкалами NSS та TSS) приблизно на 75 % від вихідного при обох типах ЦД, незалежно від наявності макро- та мікросудинних ускладнень ЦД та надлишкової маси тіла. Варто додати, що препарати альфа-ліпоевої кислоти ефективно зменшують вираженість симптомів ДПН незалежно від тривалості цукрового діабета, однак пацієнтам з більшою тривалістю ЦД, а також пацієнтам із нейропатичною та нейроішемічною формою синдрому діабетичної стопи слід призначати препарати б-ліпоевої кислоти курсом від 4 до 6 місяців.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ L-АРГИНИНА ПРИ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА

**О. А. Павленко**

*Больница скорой медицинской помощи, Киев*

Сахарный диабет (СД) является фактором риска развития ангиопатий (микро- и макроангиопатий), которые являются причиной высокой инвалидизации и летальности. Проведенные эпидемиологические исследования показывают, что при СД 2 типа риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) увеличивается в 3–6 раз по сравнению с популяцией без СД (J. Stamler и соавт., 1993). Сердечно-сосудистые заболевания являются причиной смерти у 50–60 % всех больных, страдающих диабетом. У больных сахарным диабетом ИБС диагностируется в 2–4 раза чаще, чем у людей того же возраста без диабета. СД значительно повышает риск развития коронарной, цереброваскулярной патологии и заболевания периферических артерий (Mark A. Creager, 2003).

У больных с первичным инфарктом миокарда в 25 % случаев определяется вновь выявленный СД 2 типа. Как показывают исследования последних лет (L. H. Kuller и соавт., 2000), при СД 2 типа сердечно-сосудистые заболевания протекают в субклинической форме, а первая их клиническая манифестация проявляется в виде инфаркта миокарда, инсульта или диабетической гангрены.

Такая высокая частота сердечно-сосудистых заболеваний при СД 2 типа объясняется не только наличием таких факторов высокого риска, к которым относится дислипидемия и гипертензия (J. M. Hayden и соавт., 2000). К другим не менее, а вероятно, и более важным факторам риска развития сосудистых осложнений диабета относятся гипергликемия, гиперинсулинемия и инсулиновая резистентность. Вопрос о первичности и вторичности патогенеза ангиопатий по отношению к СД до настоящего времени остается открытым, однако наличие макро- и микроангиопатий при СД и их отсутствие при других заболеваниях, связанных с патологией сосудов, неоспоримо свидетельствует о первичном влиянии на их развитие нарушений углеводного, жирового и белкового обмена, чем и характеризуется СД. Патоморфологической основой диабетической ангиопатии является атеросклероз, который разви-

вається на 10–15 лет раньше, чем у лиц без СД, значительно быстрее прогрессирует и протекает в более тяжелой форме. Имеющиеся на сегодняшний день данные позволяют рассматривать нарушение структуры и функции эндотелия как важный аспект в патогенезе развития ранних и поздних осложнений СД 2 типа. Клинические последствия эндотелиальной дисфункции (ЭД) не ограничиваются увеличением степени атеросклероза. ЭД играет важную роль в снижении коронарного резерва у больных с сопутствующей артериальной гипертензией и ангиографически неповрежденными коронарными артериями.

Одним из ключевых биологически активных соединений, генерирующихся в клетках эндотелия, является оксид азота (NO). Оксид азота вовлечен в процессы вазодилатации сосудов, в поддержании тонуса сосудистой стенки посредством релаксации гладкомышечных клеток сосудистой стенки. Образование оксида азота происходит вследствие конверсии аминокислоты L-аргинина в L-цитрулин, которая контролируется ферментом NO-синтазой (NO-синтетазой). Идентифицировано 3 изоформы NO-синтазы (эндотелиальная, нейрональная и индуцированная), гены которых экспрессируются в различных тканях. Так, эндотелиальная NO-синтаза образуется в эндотелиальных клетках и осуществляет релаксацию гладкомышечных клеток, а также принимает участие в агрегации тромбоцитов и ингибирует рост гладкомышечных клеток. Ген нейрональной NO-синтазы экспрессируется в нервных клетках. Образующийся в этом случае NO осуществляет сигнальные функции и участвует в модуляции болевого раздражения, обеспечении памяти, а также в синхронизации сосудистого тонуса с состоянием активности нервной системы. Эндотелиальная и нейрональная NO-синтаза являются конституциональными ферментами. Индуцированная (индуцибельная) NO-синтаза экспрессируется в лейкоцитах и обладает цитотоксическими и цитостатическими свойствами. Индукторами экспрессии гена NO-синтазы являются цитокины, эндотоксины и липополисахариды, содержащиеся в различных бактериях. Следствием повышения активности индуцированной NO-синтазы является усиление кровотока в очагах воспаления. Доказано участие индуцированной NO-синтазы в усилении инсулина и ускорении апоптоза  $\beta$ -клеток островка поджелудочной железы, что приводит к аутоиммунной деструкции инсулинпродуцирующих клеток и развитию сахарного диабета 1 типа.

При СД (вследствие дисфункции эндотелия) образование NO снижается, что облегчает функционирование механизмов, приводящих к ускоренному образованию всех тех структурных изменений в сосудистой стенке, которые характерны для ангиопатий, в том числе и для атеросклероза. Окислительный стресс и активирование процессов перекисного окисления липидов, в том числе и липопротеидов низкой плотности, сопровождается ингибированием синтеза эндотелиального NO. Нарушение функции сосудов сопровождается изменением транспорта кислорода и степени напряжения кислорода в тканях, и в этих условиях активируются процессы анаэробного гликолиза, приводящие к деструкции клеточных мембран, цитолизу и тканевому ацидозу, а в итоге — к гипоксическому и ишемическому повреждению тканей и органов.

Постоянно идет поиск новых и эффективных возможностей воздействия на указанные патологические механизмы. В последние годы значительный прорыв был достигнут благодаря раскрытию роли гипергликемии в развитии окислительного стресса и пониманию последовательности звеньев свободно-радикального окисления. Роль ферментов антиоксидантной защиты с введением в практику методов их количественной оценки также подверглась переоценке.

Современной тенденцией является включение в комплексную терапию сахарного диабета не только гипогликемизирующих средств, но и препаратов, оказывающих ангиопротекторное действие, влияние на уменьшение прогрессирования эндотелиальной дисфункции, окислительного стресса и инсулинорезистентности, улучшение реологических свойств крови, снижение гипоксии.

Широкое применение в качестве донатора NO нашли препараты L-аргинина — Тивортин и Тивортина аспарат в неврологической практике, акушерстве, педиатрии, кардиологии, хирургии. Интересны результаты, полученные на фоне применения пероральной формы L-аргинина (Тивортина аспарата): в ходе исследования, в котором приняли участие 27 пациентов с уровнем холестерина в крови выше 6,5 ммоль/л в возрасте от 19 до 40 лет, которые в течение 28 дней принимали L-аргинин перорально в суточной дозе 21 г/сут, были сделаны выводы об улучшении функционального состояния эндотелия у пациентов с гиперхолестеринемией (Clarkson P., Adams M. R., Powe A. J. et al., 1996).

В исследовании, проводимом на женщинах с СД 2 типа, которые в течение недели принимали перорально 9 г L-аргинина в сутки, было доказано значительное улучшение функционального состояния эндотелия уже после 7 дней приема препарата (Judith G. Regensteiner, Shawn Popylisen, Timothy A. Bauer, *Vascular Medicine*, 2003). Существуют рекомендации по применению L-аргинина (Тивортин) при облитерирующем поражении сосудов нижних конечностей.

Таким образом, Тивортин с успехом используется для профилактики и лечения эндотелиальной дисфункции, метаболических и сосудистых нарушений. В связи с этим спектр применения препарата должен расширяться.

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ

**В. И. Паламарчук, Н. Н. Гвоздяк, О. В. Шуляренко,  
Ахмед Мохамед Мустафа, Р. О. Балацкий**

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев*

В основу работы положен анализ обследования и хирургического лечения 158 больных, все больные мужчины пожилого (65–74) и старческого возраста (75–89) с паховой грыжей, которые поступали в плановом порядке в клинику кафедры хирургии и сосудистой хирургии НМАПО имени П. Л. Шупика (хирургические отделения Киевской городской клинической больницы № 8, больницы «Горстрой» НПО «Киевгорстрой», Вышгородской ЦРБ Киевской обл.) с 2005 по 2011 г. Обследованные больные были разделены на 2 группы: группа сравнения — 76 больных, которым предоперационная подготовка, выбор метода операции, способ оперативного вмешательства осуществлялись по общепринятым методикам; основная группа — 82 пациента, которым предоперационная подготовка осуществлялась по разработанной нами схеме, выбор операции дифференцировался с использованием разработанного нами алгоритма и схемы, в большинстве случаев использовался разработанный и внедренный нами способ пластики паховой грыжи (Декларационный патент Украины на полезную модель № 59507 от 10.05.2011 г., бюл. № 9) с применением биоимпланта «Тугопласт», операции выполнены с применением прецизионной техники, атравматических игл, для антибиотикопрофилактики использовали ампициллин/сульбактам, для профилактики тромботических осложнений, по показаниям, — низкомолекулярный гепарин. Больные первой и второй группы по возрасту, полу и скрининговым данным предоперационного обследования были однородны, в обеих группах использовалась классификация типов грыж по Leoyd M. Nyhus. Анализ результатов показал, что наилучшие результаты качества жизни, по данным анкетирования, получены в группе больных, оперированных по разработанному нами способу пластики паховой грыжи. Полученные результаты свидетельствуют, что предложенная тактика позволила уменьшить на 3,01 % частоту ранних послеоперационных осложнений и увеличить на 6,87 % частоту хороших поздних результатов хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с паховой грыжей.

## ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ УРАЖЕНЬ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

**А. А. Руденко, Л. В. Муравська, П. А. Дьяченко, Б. А. Пархомець,  
Є. Г. Андрєєва, Ж. П. Сидорова, П. В. Кругліков**

*ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України», Київ*

Під нашим спостереженням знаходилось 56 хворих (20 чоловіків та 36 жінок) з ураженнями центральної нервової системи, спричинених CMV або асоціаціями останнього з іншими вірусами родини герпесу. За віком хворі розподілялись наступним чином: 14–18 років — 4 (7,14 %) пацієнтів, 19–29 — 22 (39,29 %), 30–44 — 20 (35,71 %), 45–59 — 7 (12,5 %) та 60 і більше років — 3 (5,36 %). Таким чином, найчастіше ураженням нервової системи цитомегаловірусної природи страждали особи працездатного віку.

Клінічні діагнози у хворих: енцефаліт — у 11 (19,65 %) осіб, менінгоенцефаліт — у 5 (8,93 %), енцефаломієліт — у 4 (7,14 %), енцефаломієлополірадикулоневрит — у 7 (12,5 %), мієлополірадикулоневрит — у 1 (1,79 %), арахноенцефаліт — у 20 (35,71%), арахноїдит — у 4 (7,14 %) та розсіяний енцефаломієліт — у 4 (7,14 %).

Аналіз результатів лабораторного обстеження хворих на віруси родини герпесу показав, що лише в 17 (30,36 %) пацієнтів етіологічним чинником був CMV як єдиний збудник. У 39 хворих поряд з CMV виявлялись інші віруси родини герпесу. Найчастіше це були наступні асоціації: CMV — у 17 (30,36%) пацієнтів; CMV+HSV S — у 13 (23,21 %); CMV+EBV — у 12 (21,43 %); CMV+HSV 1/2 +EBV — у 10 (17,86 %); CMV + EBV + HHV6 — у 3 (5,36 %); CMV+HSV 1/2 + EBV + HHV6 — у 1 (1,78 %).

Слід відзначити, що початок хвороби у 26 (46,4 %) був гострим, у 30 (53,6 %) — поступовим.

Середній ступінь тяжкості перебігу хвороби спостерігався у 39 (69,6 %) пацієнтів, тяжкий — у 17 (30,4 %). Більш тяжкий перебіг був у хворих за участю в етіології асоціацій герпесвірусів. Частота клінічних проявів залежала від тяжкості перебігу хвороби та ураження відповідних структур головного

мозку. Порушення свідомості були у 6 (10,72 %) хворих, психічні розлади — у 5 (8,93 %), пірамідні порушення — у 21 (37,50 %), афазія — у 4 (7,14 %), дизартрія — у 9 (16,07 %), порушення координації — у 23 (41,07 %), порушення ФТО — у 11 (19,64 %), лікворногіпертензійний синдром — у 6 (10,72 %), порушення функції II пари черепних нервів — у 3 (5,36 %), III пари — у 42 (75,0 %), VII пари — у 28 (50,0 %), XII пари — у 27 (48,21 %), симптоми натягу — у 10 (17,86 %), діенцефальні кризи — у 1 (1,79 %).

Терапія проводилась згідно сучасних вимог та у повному обсязі. В якості етіотропної терапії 50 хворих одержували цимевен, 6 — медовір. Також були застосовані імуноглобулін людський для внутрішньовенного введення — Біовен-моно або Сандоглобулін на протязі 3–5–7 днів. У тяжких випадках, особливо при ураженні бульбарних центрів призначали глюкокортикостероїди, починаючи з 12–16 мг в/в крапельно із послідовним зниженням дози на протязі 10 днів. Також використовувався пентоксифілін (Латрен) внутрішньовенно крапельно по 200 мл, тривалість курсу лікування — до 10 діб. Застосовувались ноотропи (луцетам, Тіоцетам по 10 мл в/венно крапельно), антихолістеразні препарати — прозерин по 1, 0 мл в/м № 10–15 або нейромедін по 1,0–2, 0 мл в/м, потім по 20 мг 2 рази на день всередину.

Термін госпіталізації залежав від тяжкості перебігу хвороби і складав у 11 пацієнтів 2 тижні, у 16 — 3 тижні, у 8 — 4 тижні, у 21 — більше 1 місяця.

Після проведеного лікування одужали 16 хворих, покращення зафіксовано у 40 пацієнтів, інвалідизація — у 1 хворого.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО РАССЕЯННОГО ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТА МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОЙ МЕЖФАЗНОЙ ТЕНЗИОМЕТРИИ

**Е. А. Статинова, Р. Я. Омельченко, А. Б. Медведь,  
С. А. Мамедалиева, О. Л. Максименко**

*ДонНМУ им. М. Горького, кафедра неврологии и медицинской генетики*

Мультиполярность, недостаточная информативность и отрицательная корреляционная связь между клиническими проявлениями острого рассеянного энцефаломиелита (ОРЭМ) и полученными результатами инструментальных исследований требуют внедрения новых дополнительных методов диагностики этого заболевания. Изучение поверхностного натяжения (ПН) сыворотки крови и ликвора с помощью динамической межфазной тензиометрии (ДМТ) позволяет разрабатывать тензиограммы, обеспечивающие индивидуальную диагностику ОРЭМ и определять тактику лечения больных.

*Целью работы* явилось улучшение ранней диагностики и оценка эффективности противовирусной терапии у пациентов с ОРЭМ.

*Объект и методы исследования.* Исследование проводилось на кафедре неврологии и медицинской генетики ДонНМУ им. М. Горького. Под наблюдением находилось 69 человек (средний возраст —  $(34,3 \pm 2,9)$  года): 24 пациента с диагнозом ОРЭМ, 8 — с рассеянным склерозом (РС), 37 человек составили контрольную группу. Всем пациентам проводили ДМТ с определением ПН ликвора.

*Результаты и их обсуждение.* Анализ полученных результатов ДМТ ликвора показал, что у больных с ОРЭМ в сравнении с РС были достоверно увеличены следующие показатели: вязкоэластичность поверхностно-активных веществ (ПАВ), концентрация низко- и среднемолекулярных ПАВ, адсорбция высокомолекулярных ПАВ. В зависимости от схемы назначения противовирусной терапии, пациенты были распределены на две группы. В I группу вошли 45,8 % больных, которые получали Панавир по 200 мкг в/в струйно 3 раза в течении первой недели с интервалом в 48 часов и 2 раза в течении второй недели с интервалом в 72 часа. Вторую группу составили 54,2 % пациентов, которым Панавир назначался по 200 мкг в/в струйно ежедневно в течении 5 дней. Эффективность лечения оценивали по изменениям авидности Ig M и показателей ДМТ ликвора. У пациентов II группы регресс неврологической симптоматики наблюдался на 4-й день от начала противовирусной терапии, у больных I группы — на 7 день.

Таким образом, доказана информативность ДМТ ликвора в диагностике ОРЭМ и оценке эффективности противовирусной терапии.

## ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ПАРАЦЕТАМОЛА У ПОЖИЛЫХ УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**В. В. Суслов, О. А. Тарабрин**

*Институт урологии НАМН Украины*

*Одесский медуниверситет*

По данным различных статистик, численность пожилых больных (возраст > 60 лет) в урологических клиниках колеблется от 30 до 60 %. Наряду с основным урологическим заболеванием для этой группы больных характерен ряд патофизиологических нарушений жизненноважных органов. К ним относятся: атеросклеротические поражения сосудов сердца и мозга, инволюционные изменения внутрипочечного кровотока и клубочковой фильтрации, диффузные изменения легочной ткани (эмфизема легких), атония кишечника, склонность к гиперкоагуляции крови. В послеоперационном периоде больные страдают не только от боли, но и от осложнений интеркуррентных заболеваний.

Известно, что болевой синдром активирует симпатoadреналовую систему, вследствие чего возникает каскад патологических реакций: повышается периферическое сосудистое сопротивление, возрастает АД, возникает тахикардия и относительная ишемия миокарда, гиповентиляция легких и дефицит кислородного бюджета. Снижается также эффективный почечный кровоток из-за спазма приводящих артериол клубочков. Поэтому устранение боли не только избавляет больного от страданий, но и служит профилактикой обострения сопутствующих заболеваний.

Современное развитие анестезиологии позволяет сегодня решить проблему безболезненного проведения послеоперационного периода. Для этого есть технические предпосылки. Созданы инфузоматы и перфузоры позволяющие точно дозировать лекарственные препараты. Канюлирование периферических вен и катетеризация центральных вен дает возможность осуществлять длительную перманентную инфузию одного или нескольких препаратов.

Многие десятилетия купирование послеоперационных болей осуществлялось внутримышечными инъекциями наркотических анальгетиков или препаратами НПВП с интервалами в 6 часов. Если такое обезболивание оказывалось недостаточно эффективным и больной продолжал жаловаться на боль, то дежурный персонал утешал его следующими словами: «Это естественно, ведь вам сделали операцию». Кроме того, внутримышечное введение анальгетиков создает волнообразное изменение его концентрации в крови.

Тенденция ухода от наркотических анальгетиков логична, их применение связано с рядом недостатков. У пожилых урологических больных под влиянием наркотических анальгетиков развивается сонливость, неадекватность поведения (потеря ориентации, выдергивание дренажей), часто наступает парез кишечника, задержка мочеиспускания. Большие неудобства связаны также с организационными аспектами применения наркотических анальгетиков: строгость хранения и множество документов для учета препаратов. Это создает ненужную нагрузку на медперсонал.

В настоящее время в большинстве стран послеоперационное обезболивание проводится внутривенным путем. Наряду с быстрым наступлением обезболивающего эффекта создается постоянная концентрация препарата в крови, что значительно лучше, чем волнообразная его концентрация при внутримышечном введении.

Появление жидкого парацетамола (ацетаминофена) для внутривенного введения явилось важным шагом в решении проблемы безопасного устранения послеоперационной боли. Сам препарат в таблетированной форме известен более 100 лет, однако его растворимая форма для внутривенного введения появилась сравнительно недавно (> 10 лет). Уже в 2002 г. на международном конгрессе анестезиологов в Вене было представлено 8 докладов по применению внутривенного парацетамола как компонента мультимодальной анальгезии.

Начиная с января 2012 г. внутривенный парацетамол (Инфулган, «Юрия-Фарм», Украина) вошел в повседневную практику как анальгетический препарат в Одесской областной больнице и Институте урологии (г. Киев). Препарат вводился 3–4 раза в сутки в раннем послеоперационном периоде. Взрослым пациентам (вес > 50 кг) первая доза (500 мг) вводилась на операционном столе сразу же после окончания операции. Вторая доза вводилась при появлении болей в ране. Дальнейшие инфузии парацетамола проводились через 4–8 часов в зависимости от травматичности операции. Скорость введения препарата составляла 15 мин. При слабой боли у пожилых урологических больных парацетамол может быть использован в качестве монотерапии, (операции: иссечение оболочек яичка, эпицистостомия, иссечение крайней плоти, ТУР опухоли мочевого пузыря, ТУР аденомы предстательной железы). При умеренной боли (после лапароскопических операций, нефростомии, пластики ЛМС, аденомэктомии) анальгетический эффект парацетамола может быть усилен введением НПВП.

Приблизительно у 10 % больных с повышенной болевой чувствительностью послеоперационная анальгезия достигается параллельным внутримышечным введением опиоидов в редуцированных дозах. При сильной боли (после нефрэктомии, цистэктомии, радикальной простатэктомии) парацетамол используется в качестве базисного препарата для мультимодальной анальгезии. При этом расход опиоидов уменьшается на 45–50 %.

Вероятным механизмом анальгетического действия парацетамола считается ингибирование изоферментов циклооксигеназы (ЦОГ-1, ЦОГ-2, ЦОГ-3). Следует отметить, что парацетамол обладает не только анальгетическим эффектом, но и выраженным жаропонижающим эффектом. До недавнего времени наиболее применяемым жаропонижающим средством был жидкий аналгин. Внутривенное введение 0,5 г аналгина приводило к довольно быстрому снижению температуры тела. Однако, это, как правило, сопровождалось обильным потоотделением (необходимо было менять белье и перестилать постель). В настоящее время аналгин как жаропонижающее средство вышел из употребления, а во многих странах прекращено его производство.

В противовес аналгину парацетамол постепенно снижает температуру тела и не вызывает чрезмерного потоотделения. Отмечено также купирование парацетамолом послеоперационной дрожи (озноба).

В результате многоцентрового клинического испытания внутривенного парацетамола Всемирная федерация обществ анестезиологов (WFSA) разработала рекомендации по применению парацетамола как препарата первого ряда при боли любой интенсивности.

Наличие в Украине форма парацетамола для внутривенного введения под названием «Инфулган» расширило возможности адекватной послеоперационной анальгезии у пожилых урологических больных.

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ АСОЦІЙОВАНИЙ З ВІЛ/СНІД В ІНТЕНСИВНІЙ ФАЗІ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

**Л. Д. Тодоріко, О. В. Підвербецька, А. В. Бойко**

*Буковинський державний медичний університет*

*Мета дослідження* — оцінка ефективності лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз на тлі ВІЛ-інфекції у динаміці застосування левофлоксацину в інтенсивній фазі антимікобактеріальної терапії (АМБТ) за 4-ю категорією.

*Об'єкт і методи дослідження.* Залежно від режиму АМБТ було сформовано методом простої вибірки дві співставні групи хворих. До 1-ї групи (18 осіб) увійшли пацієнти, які щоденно отримували у схемі антимікобактеріальної терапії левофлоксацин (Лефлорин, «Юрія-фарм», Україна) у дозі 500 мг 2 рази на добу парентерально. Хворі 2-ї групи (18 осіб) отримували стандартні режими АМБТ.

*Результати та їх обговорення.* Найбільш ефективними виявилися схеми інтенсивної терапії: ZK(Am)EtCsQ(Lev) або ZEPtKCsQ(Lev), що ґрунтувалися на використанні респіраторних фторхінолонів (Q), зокрема, Лефлорину по 500 мг 2 рази на добу доведено упродовж 1 місяця, потім продовжили таблетований прийом по 750 мг (1 таблетка) на добу, щодня. Курс інтенсивного лікування тривав від 2 до 4 міс, тобто до отримання тесту медикаментозної чутливості, з метою збереження досить високої ймовірності того, що, у цілому, ще хоча б до 3-х препаратів у мікобактерій туберкульозу збережена чутливість. У хворих 1-ї групи на тлі застосування Лефлорину вірогідно частіше ( $p < 0,05$ ) спостерігалось прискорення зникнення інтоксикаційного синдрому ( $y (77,8 \pm 0,9) \%$  випадків) порівняно з аналогічним показником пацієнтів 2-ї групи ( $y (36,6 \pm 10,0) \%$ ). Така ж тенденція зберігалася і при аналізі клінічних симптомів. Дещо менша вірогідність прискорення позитивної динаміки процесу між хворими обох груп при аналізі рентгенологічної регресії виявлених змін.

*Висновки.* У більшості пацієнтів, які отримували під час інтенсивної фази антимікобактеріальної терапії за 4-ю категорією за відсутності чи до отримання тесту медикаментозної чутливості до мікобактерій туберкульозу доведено Левофлорин досягнуто вірогідно кращі результати регресії клінічно-рентгенологічних показників порівняно з пацієнтами, як отримували стандартні режими АМБТ.

# ОРГАНОПРОТЕКЦИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕАМБЕРИНА, КАК ОДИН ИЗ ПУТЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ОРГАНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Л. В. Усенко, А. В. Царев

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

*Цель исследования* — изучить органопротекторный эффект Реамберина у больных с повышенным риском развития органной недостаточности в следствие агрессивного воздействия различного генеза и оценить его влияние на течение заболевания и летальность.

*Объект и методы исследования.* В исследование включены 131 больной, разделенных на 3 группы. Реамберин использовали для фармакологической нейропротекции у больных пожилого возраста при абдоминальных оперативных вмешательствах в условиях общего обезболивания для профилактики послеоперационной когнитивной дисфункции. С целью защиты миокарда от ишемически-реперфузионного и постдефибрилляционного повреждения при кардиохирургических вмешательствах в условиях искусственного кровообращения с последующим проведением электрической дефибрилляции и для профилактики и коррекции полиорганной недостаточности — прежде всего острофазной реакции печени у больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком. Оценку психоневрологического статуса проводили на основании теста «прогрессивных матриц Равена» и качественного анализа ошибок при его выполнении (на внимание и восприятия, на построение конкретных и абстрактных умозаключений, динамического синтеза) в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах. У кардиохирургических больных наряду с мониторингом общепринятых показателей исследовали кардиоспецифические ферменты тропонин-I, лактатдегидрогеназу (ЛДГ), креатининкиназу (КК) и ее изоформы МВ (КК-МВ). У больных с тяжелым сепсисом определяли состояния микроциркуляции (шкала P. E. Sponk, плетизмография, гепатоспланхнитический кровоток), уровень воспаления и органных дисфункций, активность ферментов АСТ и АЛТ, щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутаминтрансферазы (ГГТ), гидроксibuтиратдегидрогеназы (ГБДГ), концентрацию лактата, глюкозы. Конечные клинические результаты оценивали на 28–30 день заболевания. Полученные данные были подвержены статической обработке с использованием методов биометрического анализа.

*Результаты и их обсуждение.* У больных пожилого возраста в раннем послеоперационном периоде (5-е сутки) выявлено достоверное ( $p < 0,05$ ), снижение доли правильно решенных тестовых заданий, в среднем на 28,1 % ниже исходного. Восстановление когнитивных функций в контрольной группе не происходило и к 30-м суткам после операции ( $(44,8 \pm 51)$  против  $(51,03 \pm 6,8)$  %). При введении Реамберина уровень мыслительных функций оставался практически не измененным ( $(43,3 \pm 6,9)$  % на 5-е сутки и  $(46,8 \pm 5,75)$  % на 30-е сутки против  $(46,21 \pm 6,64)$  % до операции). К 30-м суткам уменьшилось число допущенных больными ошибок, особенно связанных с аналитико-мыслительной деятельностью, что свидетельствовало о когнитивсберегающем эффекте Реамберина.

У кардиохирургических больных оперированных в условиях искусственного кровообращения на фоне фибриллирующего сердца с последующей электрической дефибрилляцией, основной причиной смерти в раннем послеоперационном периоде является развитие ишемически-реперфузионного и постдефибрилляционного повреждения миокарда.

Включение Реамберина в комплекс интенсивной терапии способствует нормализации экстракардиального гомеостата, обеспечивая снижение темпа нарастания биомаркеров повреждения сердца (через 24 часа после операции уровень КК и КК-МВ и особенно тропонина-I были соответственно на 7,2; 7,6 и 30,8 % ниже, чем в контрольной группе), что говорит о его комплексном кардиопротекторном эффекте.

У больных с тяжелым сепсисом острофазовая реакция печени на исходном этапе характеризовалась значительным повышением концентрации С-реактивного белка (СРБ) (до  $(298,0 \pm 9,6)$  мг/л), фибриногена (до  $(6,1 \pm 1,2)$  г/л), умеренным снижением уровня альбумина (до  $(26,8 \pm 4,3)$  г/л), что сопровождалось выраженным уменьшением активности системы протеина С (до  $(0,31 \pm 0,04)$  ед. н. с)

Под влиянием Реамберина на фоне быстрого восстановления системной и регионарной гемодинамики и газообмена, снижения лактатемии и стресс-индуцированной гипергликемии, улучшалась функция печени, что подтверждалось достоверным снижением на этапах исследования СРБ (с  $(269, \pm 19,3)$  до  $(76,4 \pm 6,1)$  мг/л на 3-й день и до  $(48,6 \pm 5,2)$  на 5-е сутки лечения) и увеличенном синтезе протеина С (с  $(0,31 \pm 0,03)$  до  $(0,87 \pm 0,04)$  и  $(0,88 \pm 0,06)$  ед. н. с соответственно на 3-и и 5-е сутки). Включение Реамберина в комплекс ранней целенаправленной интенсивной терапии повышало эффективность лечения: уменьшались в 2 раза риск развития нежелательных явлений, на 14,5 % частота персистирующих органных дисфункций, на 20 % когнитивные расстройства и на 3,57 % снижалась летальность.



*Выводы.* Реамберин обладает выраженным нейро-кардио-гепатопротекторным действием, что позволяет рекомендовать его применение с целью профилактики и коррекции органных нарушений при критических состояниях и на различных этапах анестезиологического обеспечения у больных с повышенным риском развития органных дисфункций.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕОСОРБИЛАКТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОБОСТРЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

**Ю. И. Фещенко, Л. А. Яшина, М. А. Полянская, И. В. Зволь,  
С. Г. Ищук, С. М. Москаленко**

*ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского НАМН Украины», Київ*

Тяжелое обострение бронхиальной астмы может сопровождаться развитием респираторного и метаболического ацидоза, приводящего к нарушениям гемодинамики, требующей коррекции. Актуальным в таких случаях является восполнение дефицита жидкости в организме, который имеется у большинства больных с тяжелым обострением астмы. Такое лечение не только восстанавливает ОЦК, устраняет сгущение крови и дефицит внеклеточной жидкости, но и нормализует электролитный баланс, способствует разжижению бронхиального секрета, улучшает отделение мокроты и проходимость бронхов.

*Цель исследования* — оценить клиническую эффективность Реосорбилакта в комплексной терапии больных с тяжелым обострением бронхиальной астмы.

*Объект и методы исследования.* 12 больных с тяжелым обострением БА получали Реосорбилакт внутривенно капельно (40–60 капель в минуту) по 200 мл 1–2 раза в сутки на протяжении 5–7 дней на фоне стандартной терапии обострения астмы. Оценивались: динамика клинических симптомов, жизненных признаков (АД, ЧСС, ЧД), насыщения крови кислородом ( $\text{SaO}_2$ ), физикальных признаков, показателей функции внешнего дыхания (спирометрии) относительно исходных данных через 1, 3 и 5 дней после начала терапии и на момент выписки из отделения.

*Результаты и их обсуждение.* На момент госпитализации у пациентов отмечалась тахикардия ( $110 \pm 3,2$ ) удара в минуту, увеличение частоты дыхания до ( $28,1 \pm 3,2$ ) в минуту, снижение АД систолического до ( $96,7 \pm 4,2$ ) мм рт. ст., диастолического до ( $58,6 \pm 2,3$ ) мм рт. ст., снижение  $\text{SaO}_2$  до ( $86,7 \pm 3,3$ ) %. ОФВ<sub>1</sub> был в среднем ( $32,4 \pm 4,2$ ) %, емкость вдоха снижена до ( $56,5 \pm 5,2$ ) %. На 3-й день комплексной терапии была отмечена положительная динамика — уменьшилась одышка, улучшилось отхождение мокроты, было отмечено уменьшение тахикардии до ( $92 \pm 1,9$ ) удара в минуту, снижение частоты дыхания до ( $20,2 \pm 1,3$ ) в минуту, увеличение АД систолического до ( $110,7 \pm 3,1$ ) мм рт. ст., диастолического до ( $75,4 \pm 3,8$ ) мм рт. ст., повышение  $\text{SaO}_2$  до ( $92,7 \pm 4,1$ ) %. ОФВ<sub>1</sub> увеличился до ( $56,6 \pm 2,7$ ) %, емкость вдоха увеличилась до ( $70,4 \pm 3,6$ ) %. Положительная динамика нарастала к 5 дню, на 5-й день состояние стабилизировалось у 7 больных (58,3 %), на 7-й день — еще у 2-х, на 9-й день — у всех пациентов.

*Выводы.* Таким образом, применение инфузионной терапии, в частности, Реосорбилакта, в комплексной терапии тяжелого обострения БА способствует нормализации гемодинамики, улучшению клинических симптомов, улучшению общего состояния больных.

## РЕДЕРМАЛІЗАЦІЯ В СТРУКТУРІ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ІНТЕНСИВНОЇ РЕГЕНЕРАЦІЇ ШКІРИ

**В.О. Цепколенко, О. М. Зацеркляний**

*Институт эстетической медицины «Виртус»*

Одним из наиболее приоритетных направления развития современной эстетической медицины (ЭМ) является поиск и внедрение в практику новых методов, направленных на интенсификацию процессов регенерации кожи.

Важной вехой в развитии ЭМ стало создание алгоритма применения современных методов интенсивной регенерации кожи, который направлен на повышение влагоемкости основного вещества дермы; адекватную физиологическим возможностям кожи стимуляцию, способную воссоздавать трехмерную организацию; восстановление качественных и количественных параметров волокнистых структур;

повышение пролиферативной активности фибробластов. Данный алгоритм включает в себя четыре важные составляющие (каждая из которых имеет свои показания к применению): редермализацию (использование комбинированного препарата, содержащего гиалуроновую кислоту и натриевую соль янтарной кислоты — Гиалуаль); использование аутоплазмы, обогащенной факторами роста; применение препаратов плаценты человека; фракционный фототермолиз.

Нами была изучена эффективность редермализации с позиций доказательной медицины. Под наблюдением находилось 108 пациентов с инволюционно-дистрофическими изменениями кожи в возрасте от 41 до 71 года. У всех пациентов была отмечена положительная динамика таких объективных показателей состояния кожного покрова, как сальность, гидратация, электропроводимость и акустическая плотность при ультразвуковом исследовании.

Редермализация является высокоэффективным, доступным большинству врачей ЭМ, удобным в применении методом интенсивной регенерации кожи, не вызывающим побочных эффектов при правильном использовании.

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ КСИЛАТ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ВИГЛЯДІ ДІАБЕТИЧНОГО КЕТОАЦИДОЗУ

**Л. І. Червякова, В. В. Луговська**

*Чернігівська обласна лікарня*

*Вступ.* Гостра декомпенсація обміну речовин при цукровому діабеті залишається серйозною проблемою охорони здоров'я в усьому світі. Середня смертність при діабетичному кетоацидозі в Європі та США становить від 5 до 14 %. Ризик летального кінця збільшується зі збільшенням віку хворого, у разі наявності артеріальної гіпотензії, надвисокої гіперглікемії, супутньої патології.

Причина гострої діабетичної декомпенсації — абсолютна або виражена відносна інсулінова недостатність. Вона призводить до суттєвого збільшення концентрації глюкозону у крові. Внаслідок цього різко посилюються глюконеогенез та глюконеолиз, збільшується продукція глюкози. Утилізація глюкози печінкою, м'язами та жировою тканиною за відсутності інсуліну різко знижується. Наслідком цих процесів стає виражена гіперглікемія. Водночас посилюються катаболізм білків, розпад ліпідів з різким підвищенням концентрації кетонів. При інсуліновій недостатності швидкість утворення кетонів тіл набагато перевищує швидкість їх утилізації, внаслідок чого концентрація їх у крові збільшується. Виникає метаболічний ацидоз. Адекватна, збалансована та патогенетично обґрунтована терапія при декомпенсації ЦД повинна складатися з: інсулінотерапії, регідратації, корекції електролітних порушень та метаболічного ацидозу. Оптимальний засіб для усунення декомпенсації ЦД повинен мати гемодинамічні властивості (сприяти зменшенню гіповолемії) та коригувати метаболічний ацидоз, мати антикетогенну дію та не підвищувати рівень глікемії. Саме такі властивості характеризують новий вітчизняний препарат Ксилат виробництва ТОВ «Юрія-Фарм». Ксилат рекомендується застосовувати як засіб для зменшення інтоксикації, покращення гемодинаміки та мікроциркуляції. Незважаючи на унікальні терапевтичні властивості Ксилату, препарат має й певні протипоказання та застереження при використанні. Застосовувати Ксилат у хворих на ЦД необхідно під контролем рівня глюкози у крові. Він протипоказаний при гіперосмолярній комі, значній серцево-судинній декомпенсації, крововиливі у мозок, тромбоемболії.

*Мета дослідження* — порівняння тривалості кетоацидозу у хворих на цукровий діабет при проведенні традиційної інфузійної терапії та інфузійної терапії з включенням Ксилату.

*Об'єкт і методи дослідження.* Проведено ретроспективний аналіз даних медичних карт стаціонарних хворих на цукровий діабет, що знаходилися на лікуванні в ендокринологічному відділенні Чернігівської обласної лікарні за 6 місяців 2012 р. До дослідження було відібрано 40 хворих віком від 18 до 64 років. Обстеження пацієнтів включало фізикальне дослідження, загальні клінічні та біохімічні аналізи крові та сечі, ЕКГ, рентгенографію органів грудної порожнини, консультацію спеціалістами при потребі. Контроль лабораторних показників здійснювався щоденно, періодичність контролю рівня глікемії визначалася динамікою її зниження, рівень ацетонурії — 1 раз на добу. Середній вік пацієнтів становив 40 років. Чоловіків було 22 (55,0 %), жінок — 18 (45,0 %). Серед хворих 10 пацієнтів з вперше виявленим цукровим діабетом (переважно молодого віку), у 30 пацієнтів декомпенсація цукрового діабету пов'язана з тривалим прийомом таблетованих ЦЗП, порушенням режиму інсулінотерапії (самовільне зниження дози інсуліну), дієти (надмірне вживання легкозасвоюваних вуглеводів). В усіх хворих

перебіг захворювання ускладнився кетоацидозом. Рівень глікемії (глюкозо-оксидатним методом) становив від 6,4 до 35,7 ммоль/л, вираженість ацетонурії (методом Ланге) — від (+++++) у 72,5 % хворих до (+) у 3,8 %. Всі хворі отримували інфузійну терапію з метою регідrataції, покращання реологічних властивостей крові, дезінтоксикації, корекції порушень водно-електролітного балансу, кислотно-лужної рівноваги. Інсулінотерапія починалася із введення простого інсуліну, з корекцією дози залежно від динаміки зниження рівня глікемії. Комплексне лікування включало також антибактеріальну терапію, антиагреганти, вітаміни, тощо. В програму інфузійної терапії був включений Ксилат в дозі 400 мл/добу у 23 хворих.

*Результати та їх обговорення.* Покращання стану визначали із зниженням рівня глікемії, клінічних та лабораторних проявів кетоацидозу. У хворих, що отримували Ксилат, клініко-лабораторні прояви кетоацидозу регресували після першої доби лікування у 2 хворих (5,0 %), після другої доби — у 9 хворих (22,5 %), після третьої доби — у 10 хворих (25,5 %), на четверту добу — у 2 хворих (5,0 %). У хворих, що отримували традиційну інфузійну терапію, нормалізація досягнута на другу добу у 1 хворого (2,5 %), на третю добу — у 4 хворих (10,0 %), на четверту добу — у 5 хворих (12,5 %), на шосту добу — у 7 хворих (17,5 %). Результати проведеного дослідження свідчать, що застосування Ксилату у хворих на цукровий діабет сприяє більш швидкій позитивній динаміці зникненні кетоацидозу.

*Висновки.* Ксилат є ефективним засобом корекції кетоацидозу при ускладненому перебігу цукрового діабету. Використання Ксилату у хворих на цукровий діабет, ускладнений кетоацидозом, сприяє більш швидкій нормалізації рівня кетонів у сечі.

## ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ РАЦИОНАЛЬНОЙ МЕТАБОЛИТОТРОПНОЙ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ СТРАТЕГИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**М. А. Шальмина**

*Запорожский государственный медицинский университет*

*Целью нашей работы* было исследовать патогенетические аспекты клинической эффективности Тивортин у лиц с ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста.

*Объект и методы исследования.* Было обследовано 60 пациентов пожилого и старческого возраста (38 женщин и 22 мужчины) с диагнозом ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения II–III функционального класса (классификация CCS, 1976) без клинически значимой сопутствующей патологии, средний возраст которых составил  $(76,77 \pm 0,93)$  года. Все больные были разделены на 2 группы — по 30 человек в каждой. Пациенты первой группы в составе комплексной терапии, включавшей антиангинальные, антитромбоцитарные препараты, перорально принимали Тивортин («Юрия-Фарм», Украина) в растворе, суточная доза 3 г (в 3 приема), пациенты 2 группы — только стандартную базисную терапию. Через 12 недель проводилось контрольное обследование. Для оценки функционального состояния эндотелия оценивали вазореактивность плечевой артерии после пробы с реактивной гиперемией (ЭЗВД) и фармакологической пробы с нитроглицерином (ЭНВД), проводили суточное мониторирование ЭКГ. Содержание стабильных метаболитов оксида азота в плазме определяли по качественной реакции с реактивом Грисса, также оценивали активность NO-синтазы и супероксиддисмутазы (СОД).

*Результаты и их обсуждение.* В ходе процедуры двухфакторного дисперсионного анализа с повторными измерениями оценивали влияние факторов, характеризующих выраженность эндотелиальной дисфункции и тяжесть нитрозирующего и оксидативного стресса, на динамику выраженности ишемических явлений за сутки к окончанию курса терапии. Было выявлено, что наибольшее влияние на указанный показатель депрессии сегмента ST оказывала величина ЭЗВД ( $F$  значение Фишера = 21,47 при  $F_{крит.} = 4,15$ ,  $p < 0,001$ ), меньшим влиянием на выраженность различий вариации величины динамики ST на фоне лечения обладала низкая активность СОД ( $F = 14,84$  при  $F_{крит.} = 4,07$ ,  $p < 0,01$ ). Согласно результатам проведенного многофакторного дисперсионного анализа повторных изменений и ковариационного анализа, статистически обоснованы точки приложения препарата Тивортин при лечении больных пожилого и старческого возраста с ИБС.

*Выводы.* Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что регресс выраженности ишемии миокарда в процессе терапии в большей степени обусловлен восстановлением функционального состо-

яния сосудистого эндотелия и в значительной степени ассоциирован с уменьшением проявлений оксидативного дисбаланса, что указывает на патогенетические «мишени» Тивортина и объясняет его высокую клиническую эффективность при добавлении к традиционной комплексной терапии ИБС, особенно у лиц старших возрастных групп.

## ВЗГЛЯД АБДОМИНАЛЬНОГО ХИРУРГА НА ПРОБЛЕМУ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ

**А. Н. Шевчук, Н. Т. Шевчук, С. И. Сидоренко, И. С. Сидоренко**

*Кировоградская областная больница*

Проблема профилактики и лечения кишечной дисфункции остается актуальной. Ранняя активизация моторики кишечника — ведущее звено в предотвращении полиорганной недостаточности особенно у послеоперационных больных. Во время проведения операций (в том числе и эндоскопических) возможно развитие осложнений. Тщательно проведенное предоперационное обследование и подготовка позволяют избежать большинства из них. Осложнения, возникающие при выполнении операций, могут зависеть от особенностей оперативного вмешательства, так и быть независимыми от них (инфекционные и тромбоземболические).

В раннем послеоперационном периоде необходимо решать две основные проблемы:

1. Поддержка или замена функций поврежденного органа в результате выполненной операции.
2. Предупреждение отрицательных воздействий на функции неповрежденных органов.

Технически совершенно выполненная операция лучше всего гарантирует быстрое выздоровление. Тем не менее, травма в результате любой операции вызывает определенные метаболические и другие нарушения. Некоторые из этих реакций организма необходимы для выздоровления и являются закономерным ответом на травму. Катаболические процессы вообще могут развиваться из-за недостаточного питания или органной недостаточности при шоке, больших потерях белка с экссудатом, крови или в результате альбуминурии, а также из-за повышенной физиологической потребности организма в результате стресса при тяжелых травмах, ожогах, инфекции или операции.

После перенесенной операционной травмы начинается фаза, характеризующаяся задержкой натрия, воды и потерей калия с мочой. Калий теряется из-за повреждения тканей. Это происходит на фоне отрицательного азотистого баланса. В это время проявляется экссудативная фаза заживления раны, повышается выработка кортикостероидов. Клинически наблюдается вялость, анорексия. При нормальных условиях эта фаза длится 2–3 дня, но в зависимости от общего состояния больного и тяжести операции, может удлиняться. Для практики важно то, что такой ответ организма на травму не может быть предупрежден, но должен быть определенным образом скорректирован.

Парез кишечника почти постоянно сопровождает абдоминальные операции из-за нанесения операционной травмы. Однако если парез держится больше 2–3 дней, надо искать другую причину его. Иногда он может обусловлен пневмонией, или электролитными нарушениями, например, дефицитом калия. Частая причина расхождения швов — сильный кашель на фоне развития пареза кишечника. Поэтому ранняя профилактика кишечной дисфункции является актуальной.

Широкий спектр клинических эффектов обуславливает необходимость применения препарата Сорбилакт, который обладает протившоковым, энергетическим, дезинтоксикационным, диуретическим действиями, и важным компонентом стимуляции перистальтики кишечника. В. В. Кирковский, С. И. Третьяк и др. (2000) рекомендуют также введение в гастроинтестинальный тракт раствора Сорбилакта.

Инфузионное введение Сорбилакта в дозе 200–400 мл/сутки способствует улучшению моторики кишечника.

Оправданно также введение калий содержащих препаратов (ГИК, калий хлорид), с целью коррекции электролитных нарушений, в частности дефицита калия. Своевременная профилактика осложнений при ведении больных в периоперационные периоды — залог успешного исхода оперативного вмешательства.