

гетативно регуляції (індекси напруження зменшились на 42,6 % в 1 групі і на 41 % – в 2 групі, вегетативно рівноваги – на 39 % і 38 % відповідно).

Комбінація магнію і берлітіону більш виражено змінювала вегетативні показники – індекс напруження знижувався на 64 %, індекс вегетативно рівноваги – на 52 %.

У більшості хворих з метаболічним синдромом виявляють ознаки вегетативно дисфункції.

Магнію і берлітіону за ефективністю впливу на показники варіабельності серцевого ритму подібні.

Використання комбінації цих препаратів дозволяє отримати більш значимий ефект.

Швед М.І., Прокопович О.А.

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ У ХВОРИХ В ГОСТРІЙ СТАДІ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Метою роботи було оцінити зміни функціонального стану печінки у хворих в гострій стадії інфаркту міокарда та оптимізувати лікування у таких осіб.

Клініко-лабораторні дослідження проводили при госпіталізації хворих та на 8-10 добу лікування.

Основну групу дослідження склали 24 хворих (18 чоловіків та 6 жінок) віком від 42 до 78 років, які знаходились на лікуванні в палаті інтенсивно терапії кардіологічного відділення Тернопільсько обласно клінічно лікарні. Серед обстежуваних Q інфаркт діагностовано у 17 хворих (71 %) та інфаркт без зубця Q у 7 (29 %). У 12 хворих (50 %) інфаркт перебігав з ускладненнями, такими як: пароксизми фібриляції передсердь (3), гостра лівошлуночкова недостатність (9), синусна тахікардія (1), синусна брадикардія (2), шлуночкова екстрасистоля (10 хворих). В контрольну групу увійшло 17 хворих на інфаркт міокарда без функціональних змін печінки.

В результаті клініко-лабораторного обстеження хворих з основно групи було встановлено, що гепатомегалія (клінічно та сонографічно) відмічена у 21 хворого (87 %), підвищення рівня білірубіну спостерігалось у 8 осіб (33 %), збільшення АлАТ – у 17 осіб (70,8 %), АсАТ – у 21 (87,5 %), холестерину – у 12 (50 %), α -холестерину – у 13 (54 %), β -ліпопроте дів – у 14 (58 %), тригліцеридів – у 9 (37,5 %), транзитрна гіперглікемія відмічалась у 23 осіб (96 %). Одночасно у пацієнтів цієї групи спостерігався тяжчий пе-

ребіг основно захворювання. Так, параметри ЕхоКГ у всіх обстежуваних свідчили про розвиток систолічно та діастолічно дисфункції міокарда, але у пацієнтів першо групи зниження фракції викиду відмічалось у 22 хворих (92 %), тоді як в контрольній групі – у 11 (64,7 %), діастолічна дисфункція спостерігалась у 14 осіб (58 %) і цей показник був суттєво більш вираженим ніж у хворих групи контролю – 8 (47 %). Ускладнення в першій групі зустрічались у 18 хворих (75 %), тоді як у контрольній – лише у 4 (23,5 %), середня тривалість лікування в стаціонарі хворих першо групи була значно більшою – 17 днів порівняно з другою групою – 12.

Таким чином, у значно частини хворих на інфаркт міокарда в гострій стадії мають місце функціональні зміни печінки. Ці зміни проявляються гіпербілірубінемією, підвищенням активності трансаміназ (АлАТ, АсАТ), атерогенною дисліпідемією, транзиторною гіперглікемією. Одночасно у пацієнтів цієї групи спостерігається суттєве погіршення центрально та периферично гемодинаміки, а також більш частий розвиток ускладнень інфаркту міокарда.

Отримані клініко-лабораторні показники обґрунтовують необхідність поводити корекцію функціонального стану печінки в гострій стадії інфаркту міокарда, що дасть змогу зменшити ймовірність розвитку ускладнень, підвищити функціональний клас хворих в процесі реабілітації та поліпшити якість життя.

Мазур О.П.

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСНЕННЯ ЛІПІДІВ ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ КАНДЕСАРТАНОМ ТА КОРВІТИНОМ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ У ПОЄДНАННІ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Метою нашої роботи було вивчити динаміку показників перекисного окиснення ліпідів під впливом лікування кандесартаном та корвітином у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) у поєднанні із хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ).

Показники ПОЛ та АОСЗ вивчено у 42 хворих (24 чоловіків та 18 жінок) із поєднаною патологією, які отримували комплексну терапію із включенням біофлавоноду корвітину. Обстеження проводилося до лікування, через 4 тижні та через 6 місяців після лікування. Контрольну групу ста-

новили 20 практично здорових людей. Середній вік обстежуваних становив (53,4±2,6) роки, тривалість захворювання – (15,65±1,15) років.

Всі хворі отримували кандесартан, який призначали як засіб комбіновано гіпотензивно терапії. Доза препарату становила 8 мг один раз на добу протягом перших 2 тижнів з наступним титруванням до 16 мг/добу. Оцінювали динаміку показників добового моніторингу артеріального тиску (ДМАТ), клінічних симптомів та побічних ефектів, які виникали під час лікування. Тривалість

спостереження за хворими становила 6 міс. Крім того, пацієнти отримували водорозчинну форму кверцетину – корвітин, по 0,5 г препарату в 50 мл фізіологічного розчину внутрішньовенно краплинно протягом 30-45 хв, один раз на добу. Курс лікування становив 5 ін'єкцій.

Статистичну обробку матеріалу проведено на персональному комп'ютері із застосуванням електронних таблиць Excel 2000 for Windows (Microsoft, USA). Результати вважалися статистично достовірними при $P < 0,05$.

До лікування обстежувані хворі скаржилися на задишку, кашель із виділенням харкотиння, головний біль, запаморочення, підвищення артеріального тиску до 180/110-170/100 мм рт.ст. Після проведеного лікування спостерігалось зменшення частоти виникнення періодів кашлю, задишки та нормалізація артеріального тиску до 140/90 мм.рт.ст. При аналізі результатів ПОЛ та АОСЗ до та після лікування відмітили, що корвітин справляв суттєвий

антиоксидантний ефект у хворих із поєднаною патологією. Так, відмічалось зниження рівня МДА із $(5,16 \pm 0,38)$ до лікування до $(3,56 \pm 0,15)$ через 1 місяць лікування та деяке підвищення його до $(4,82 \pm 0,24)$ мкмоль/л через 6 місяців після лікування, на фоні покращання параметрів, які характеризують АОСЗ: рівень СОД до лікування становив $(122,4 \pm 6,4)$, через 1 місяць лікування $(151,3 \pm 7,0)$ та через 6 місяців $(125,5 \pm 6,8) \times 10^3$ ум. од./мл, ГВ $(46,56 \pm 2,24)$, $(58,17 \pm 2,43)$ і $(49,12 \pm 2,30)$ мкмоль/л та каталази $(11,23 \pm 0,73)$, $(13,62 \pm 0,61)$ і $(12,32 \pm 0,64)$ ммоль/л відповідно. Слід відмітити, що деяке погіршення показників через 6 місяців після лікування пов'язане із одномісячним курсом прийому корвітину.

Застосування біофлавоноду корвітину покращує перебіг мікст-патології завдяки відновленню порушень перекисного окиснення ліпідів та антиоксидантно системи захисту.

Боб А.О., Боднар Л.П., Боднар Р.Я.

КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ФОРМОТЕРОЛУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

Інгаляційні стимулятори β_2 -адренергічних рецепторів (β_2 -АС) займають одне з головних місць у лікуванні бронхіальної астми. Вони виявляють швидку та виражену бронхолітичну дію, і тому рекомендовані в якості препаратів першого ряду для зняття гострих симптомів бронхіальної обструкції.

В останні десятиріччя у клінічну практику впроваджені β_2 -АС нової генерації – тривало дії (формотерол, сальметерол), які мають високу терапевтичну ефективність. Формотерол є високоефективним (β_2 -АС), так як поєднує в собі переваги і пролонгованих (тривалість бронхорозширюючого ефекту до 12 год), і короткодіючих (швидкий початок дії) бронходилататорів.

Нами було проведено вивчення ефективності зафірону (формотеролу) у хворих на персистуючу бронхіальну астму. Обстежено 26 хворих на бронхіальну астму (18 чоловіків, 8 жінок), середній вік обстежених складає 47,5 років. У всіх пацієнтів бронхіальна астма легкого ступеня тяжкості, тривалість захворювання складає від 2 до 10 років. Формотерол був призначений по 12 мкг на день протягом 2-х місяців.

Було проаналізовано динаміку клінічних симптомів захворювання (вираженість кашлю, задишки, частоти нападів ядухи) через 1 та 2 місяці від початку лікування. Проводили дослідження клінічного аналізу крові, ряду біохімічних показників, загального Ig E, ФЗД, бронхолітично проби на початку та в кінці лікування зафіроном. Було отримано наступні результати: в 12 осіб через 1 місяць лікування зникли всі симптоми бронхіальної астми; в 14 осіб клінічні прояви захворювання зменшились через 1 місяць і зникли повністю через 2 місяці від початку лікування. Значне полегшення симптомів захворювання відмічалось досить швидко після прийому препарату: ОФВ₁ піднімався до рівня 85 % від початкового через 7-15 хвилин. У всіх пацієнтів зменшилась кратність прийому β_2 агоністів коротко дії, значно підвищилась фізична активність обстежених хворих.

Використання формотеролу в якості монотерапії у хворих з легким перебігом бронхіальної астми є високоефективним. Його перевагами при такому використанні є швидкий початок та тривалість дії, висока економічність та зручність у використанні.