

Раніше нами було встановлено, що у хворих на туберкульоз легень знижений вміст метаболітів оксиду азоту (ІІ) NO (нітратів, нітритів та низькомолекулярних нітрозотіолів), змінені показники імунної системи, що обумовлює застосування препаратів, які впливатимуть на стан NO крові й КВП та показники імунітету. Таким препаратом був вибраний імунофан, який є модифікованим фрагментом біологічно-активної ділянки молекули гормону тимопоетину; містить аргінін, що є донатором NO; йому властиві імунорегулююча і гепатопротекторна дії.

Мета. Вивчити вплив імунофану на ефективність лікування туберкульозу легень у «ліквідаторів» наслідків аварії на ЧАЕС.

Матеріал і методи. Обстежено 122 хворих на туберкульоз, котрі брали участь у ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС («ліквідатори») і були розподілені на дві групи. Першу групу (І) склали 91 (74,6 %) хворий, котрі приймали антимікобактеріальну терапію за стандартною схемою. Другу групу склали 31 (25,4 %) хворий, котрі на фоні стандартної антимікобактеріальної терапії приймали імунофан (по 1,0 мл (50 мкг) підшкірно кожні 3 доби; курс лікування включав 10 ін'єкцій). Повне клініко-рентгенологічне і лабораторне обстеження хворих проводили перед призначенням лікування та в процесі терапії. Ефективність лікування хворих обох груп оцінювали за термінами ліквідації клінічної симптоматики туберкульозу, припинення бактеріовиділення, розсмоктування інфільтративних і м'яковогнищевих змін у легенях та загоєння порожнин.

Результати. Результати наших досліджень показали, що у пацієнтів, котрі приймали імунофан швидше зникали ознаки загальної інтоксикації – через $(10,34 \pm 0,62)$ тижнів у хворих І групи і через $(8,80 \pm 0,20)$ тижнів у хворих ІІ групи, $P < 0,05$. У хворих ІІ групи більш сприятливими були частота і терміни припинення бактеріовиділення. Середній термін припинення бактеріовиділення склав $(3,65 \pm 0,30)$ міс. у пацієнтів І групи і $(3,00 \pm 0,10)$ міс. – ІІ групи ($P < 0,05$). Термін розсмоктування інфільтративних і м'яковогнищевих змін у легенях та загоєння порожнин був коротшим у пацієнтів ІІ групи, ніж у І групі і склав відповідно $(5,48 \pm 0,10)$ і $(6,11 \pm 0,30)$ міс. Середні строки загоєння порожнин розпаду і часткової регресії каверн склали $(5,80 \pm 0,20)$ і $(6,44 \pm 0,20)$ міс. відповідно. Наприкінці лікування загоєння порожнин розпаду було у більшій кількості осіб ІІ групи (17 із 28 (60,7 %)), ніж І групи (42 із 79 (53,2 %)), $P < 0,05$. Переносимість імунофану була доброю, його прийом не супроводжувався наростанням побічних реакцій на антимікобактеріальні препарати.

Висновки. Отже, імунофан позитивно впливав на ефективність лікування хворих на туберкульоз легень у «ліквідаторів» наслідків аварії на ЧАЕС, що прискорювало загоєння порожнин розпаду і термін припинення бактеріовиділення.

УДК 612.12-005.4.616.24

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ ТА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: ВПЛИВ КАРВЕДИЛОЛУ

Полянська О.С., Амеліна Т.М.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, okspolyan@ukr.net

У численних рандомізованих контрольованих дослідженнях було продемонстровано, що призначення β-блокаторів хворим, які перенесли інфаркт міокарда, істотно продовжує їх життя, зменшує вірогідність смерті і знижує ризик повторного інфаркту міокарда. Достатньо низька частота використання β-блокаторів у постінфарктних хворих пов'язана з надмірною переоцінкою лікарями вагомості коморбідних станів, що рутинно розглядається ними як протипокази до призначення β-АБ. У Рекомендаціях Європейського товариства кардіологів підкреслюється

необхідність "...докладання зусиль з метою збільшення частоти використання β -адреноблокаторів у постінфарктних хворих".

З метою вивчення ефективності запропонованого лікування всі обстежені були розподілені на підгрупи: 1-а підгрупа складалася з 30 пацієнтів на ІХС без супутньої патології з боку органів дихання, яким проводилась загальноприйнята базисна терапія (антитромбоцитарна, ліпідознижувальна) та метопролол; 2-а - 33 хворих на ІХС без хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), у комплексне лікування яких на тлі базисної терапії було включено карведилол замість метопрололу; 3-я - 20 хворих на ІХС у поєднанні з ХОЗЛ, котрі отримували базисну терапію та метопролол; 4-а підгрупа - 30 хворих на ІХС із супутнім ХОЗЛ, яким на тлі диференційованої базисної терапії замість метопрололу було включено карведилол у дозі 12,5 мг на добу. Тип і ступінь вираженості порушень вентиляційної функції легень оцінювали за показниками спірограми і кривої «потік-об'єм» за таблицями Клемент Р.Ф. і співав. (1986). Оцінювали показники життєвої ємності легень вдиху (ЖЄЛвд), форсованої ЖЄЛ (ФЖЄЛ), об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1), індексу Тіффно (ОФВ1/ЖЄЛ), середньої (СОШ 25-75%) та максимальної об'ємної швидкості видиху 25% ЖЄЛ (МОШ 25%), МОШ 50%, МОШ 75%, максимальної вентиляції легень (МВЛ) за належними величинами.

У групі пацієнтів на ІХС без суттєвої патології показники ФЗД до та після проведеної терапії карведилолом на фоні базового лікування відповідали належним величинам та не зазнали вірогідних змін. Призначення базової схеми лікування ІХС із включенням β -адреноблокатора метопрололу 3-ій підгрупі пацієнтів призвело до статистично недостовірного покращання показників ФЗД. Так, ЖЄЛвд зросла на 3,9%, МВЛ на 4,2%, ФЖЄЛ на 3,8%, ОФВ1 на 4,1%, СОШ 25-75 на 5,04%. МОШ на рівні крупних бронхів збільшилась на 6%, на рівні середніх бронхів на 3,9% та рівні дрібних бронхів на 12,4%. Значний інтерес становили параметри функції зовнішнього дихання саме при призначенні запропонованого нами на фоні базової терапії $\beta_{1,2}$ - α_1 -адреноблокатора пацієнтам з поєднаною патологією ІХС і ХОЗЛ. На фоні терапії карведилолом виявлена тенденція до незначного покращання всіх показників спірограми. Так, показник ЖЄЛвд збільшився на 2,7%, МВЛ - на 3,9%. Наслідком проведеного лікування є тенденція до зростання показників ОФВ1, СОШ₂₅₋₇₅, МОШ₂₅, МОШ₅₀, МОШ₇₅ вказує на незначне покращання бронхіальної прохідності на 1,4; 3,1; 10,1; 5,9 та 8,7% відповідно. Аналізуючи результати досліджень, слід зазначити, що карведилол не погіршує перебіг ХОЗЛ у пацієнтів на ІХС і не посилює бронхообструктивний синдром. Доведено, що карведилол достовірно покращує вазодилатаційну функцію ендотелію. Ймовірно, наслідком такого впливу є зростання бронхіальної прохідності. Окрім того, карведилол є потужним антиоксидантом, який зменшує інтенсивність вільнорадикальних процесів та покращує антиоксидантний захист. Ефектом цих патогенетичних перетворень є нормалізація функціонального стану бета-адренергічної системи, зменшення гіперчутливості бронхів, покращання мукоциліарного транспорту, зменшення набряку слизової оболонки бронхів.

УДК 616.611-002-036.12+616.24-007.271]-08-035-092

ЗАСТОСУВАННЯ ІНТЕРВАЛЬНОЇ НОРМОБАРИЧНОЇ ГІПОКСИТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МІКРОСУДИННУ СТЕНОКАРДІЮ

Ракітов Б.Л., Ігнатенко Г.А., Мухін І.В.

*Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна,
Grygoriy.ignatenko@dsmu.edu.ua*

Вступ. Мікросудинна стенокардія (МС) досить рідке захворювання, в основі якого лежать мало вивчені процеси, що викликають спазм дрібних гілок коронарних