



Бачук-Понич Н.В.
ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ВПЛИВУ НЕОТЕНЗУ НА
ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ

*Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
Буковинський державний медичний університет*

Хронічна серцева недостатність (ХСН) – це складний клініко–патофізіологічний синдром, при якому нейрогуморальний дисбаланс в організмі складає основну причину порушення функціонального стану нирок. Різноманітна дія складових частин Неотензу на уражені клітини в органах і тканинах постулює доцільність його застосування в лікуванні ХСН ішемічного генезу, однак цей напрямок на сьогодні висвітлений недостатньо і потребує подальшого вивчення.

Аналіз 12–годинного діурезу здійснено у 40 хворих із ХСН III ФК у перші дві доби перебування у стаціонарі. Збір сечі проводився в першу добу на повному безмедикаментозному фоні, на другу добу пацієнтам основної групи призначали Неотенз (Валартін Фарма, Україна) у подвоєній разовій дозі (600 мг) з подальшим дослідженням показників крові та сечі. Виявлено, що у досліджуваного контингенту пацієнтів у порівнянні із здоровими зменшувалися діурез на 35,5% ($p < 0,001$), клубочкова фільтрація на 33,3% ($p < 0,001$), екскреція креатиніну з сечею на 24,5% ($p < 0,001$) та екскреція іонів Na^+ з сечею на 17,2% ($p < 0,05$). Під впливом прийнятої подвоєної разової дози Неотензу у пацієнтів вірогідно зросли показник діурезу на 29,5% ($p < 0,05$), клубочкової фільтрації – на 39,8% ($p < 0,05$) поряд із зростанням у сечі екскреції креатиніну на 29,3% ($p < 0,001$) та екскреції іонів натрію – на 11,0% ($p < 0,05$). Показник канальцевої реабсорбції зазнавав незначних змін. Для уточнення терапевтичної ефективності Неотензу у 20 пацієнтів із ХСН III ФК провели дослідження сечі за С.С. Зимницьким. У хворих основної групи після прийому Неотензу виявлено зменшення діурезу в другій порції сечі на 20%. Починаючи з третьої порції спостерігали посилення діурезу на 60–70 мл із збереженням такої тенденції до п'ятої порції поряд із підвищенням питомої щільності сечі в 3–ій, 4–ій, 5–ій порціях сечі, що свідчить про покращення виділення нирками різних метаболітів з організму у хворих із ХСН.

Проведені дослідження свідчать, що Неотенз володіє м'якими діуретичними властивостями та може бути застосований при курсовому комплексному лікуванні хворих із ХСН ішемічного генезу як ад'ювантний засіб оптимізації терапії.

Безрук Т.О.
МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
В ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Кафедра внутрішньої медицини та інфекційних хвороб
Буковинський державний медичний університет*

За визначенням ВООЗ: «Реабілітація – це сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушеннями функцій в результаті хвороб, травм і вроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть».

Реабілітація – соціально-медична проблема, яка включає низку аспектів: медичний, в тому числі психологічний; професійний (трудоий, виробничий); соціально-економічний. Як відомо, медична реабілітація складається з наступних етапів: 1. Госпітальний (лікарня) етап – від моменту надходження пацієнта до стаціонару в гострому періоді. На цьому етапі необхідно сформувавши програму реабілітації в цілому. 2. Амбулаторно-поліклінічний етап (поліклініки, медико-санітарні частини, медичні центри), спрямований на заходи щодо регенерації та компенсації порушених функцій. 3. Санаторно-курортний етап (санаторії, профілакторії, будинки відпочинку), спрямований на попередження рецидивів, консолідації ремісії, збільшення адаптаційних резервів організму. 4. Побутова реабілітація (оздоровчі центри, спортивно-оздоровчі секції, групи загально фізичної підготовки), спрямована на



розширення фізіологічних резервів організму, профілактику функціональних розладів і здатність хворого до самообслуговування.

На госпітальному етапі реабілітація забезпечується спеціалістами вторинного або/та третинного рівня, оптимально – мультидисциплінарною бригадою.

З огляду на класифікацію етапів реабілітації, госпітальний і санаторно-курортний етапи забезпечуються відповідними спеціалістами вторинної ланки медичної допомоги (МД) з активним залученням середнього медичного персоналу та фізичних реабілітологів. Після виписки зі стаціонару контроль за виконанням попередніх призначень, включно й фізичних заходів, покладається на персонал первинної ланки МД.

На жаль, на первинному рівні МД не передбачено штатних посад реабілітологів. Враховуючи завдання для сімейного лікаря певними знаннями з реабілітації мають володіти медичні працівники первинної ланки МД, адже саме їм доводиться контролювати виконання хворим реабілітаційних заходів, призначених у стаціонарі, навіть дещо корегувати та у разі низької ефективності спрямовувати хворого на вищі рівні надання МД, тому що лікарі загальної практики – сімейної медицини та медсестри найкраще володіють інформацією про хворих, яких вони обслуговують.

В межах профілактичних заходів сімейний лікар може застосовувати різні види донесення інформації до населення: індивідуальні бесіди (як з пацієнтами груп ризику, так і з членами їхніх сімей); виступи перед громадою (групові семінари, де можуть бути як великі, так і малі групи); виступи в засобах масової інформації та комунікації (друковані видання, радіо, телебачення, Інтернет); друковані листівки та інформаційні листи (можуть використовуватися існуючі та/або на їх основі розроблені нові). Сімейний лікар у взаємодії з медпрацівниками інших спеціальностей має проводити широку просвітницьку роботу – залучати пацієнта та осіб, які його доглядають, до участі в програмах не медикаментозної корекції. Ними можуть бути не тільки різні «Школи здоров'я», програми відмови від шкідливих звичок, програми психологічної та фізичної реабілітації тощо, але й семінари й лекції самих лікарів.

Білецький С.В.

**ВПЛИВ МЕТАБОЛІТОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ КВЕРЦЕТИНУ
ТА АРГІНІНУ ГІДРОХЛОРИДУ НА ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ
У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ II СТАДІЇ
У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

Кафедра сімейної медицини

Буковинський державний медичний університет

У патогенезі артеріальної гіпертензії (АГ) та ішемічної хвороби серця (ІХС) значну роль відіграє активація вільнорадикального окиснення. Продукти переокисного окиснення ліпідів мембранотоксичні, вони деформують мембрани клітин, порушують їхню осмотичну резистентність і електричний потенціал, окиснюють тіолові сполуки і SH-групи білків мембран, розривають нуклеїнові кислоти, денатурують білки. Дослідження останніх років переконливо показали важливу і самостійну роль ендотелію в розвитку серцево-судинних захворювань, у тому числі АГ та ІХС. Провідним механізмом, що лежить в основі ендотеліальної дисфункції, є зниження утворення і біодоступності NO.

Метою проведеного дослідження було дослідити ефективність лікування хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) коморбідну з ІХС з використанням інгібітора 5-ліпоксигенази кверцетину (корвітину) і донатору NO - аргініну гідрохлориду (Тівортину) на тлі застосування базисної терапії. Аналізували вплив лікування на артеріальний тиск (АТ) та клінічний перебіг ІХС.

Обстежено 56 хворих на ГХ II стадії у поєднанні з ІХС (стабільна стенокардія I-II функціонального класу (ФК)). Всі хворі були рандомізовані у дві групи. До I групи входили 24 пацієнти, до II групи - 32 пацієнтів. Всі пацієнти отримували комплексну базисну терапію (БТ) антигіпертензивними та антиангінальними засобами (раміпріл, амлодипін, індапамід,