



УДК: 616.233

*Я.А. Ткаченко***БРОНХООБСТРУКТИВНИЙ СИНДРОМ И ОКСАЛАТУРИЯ**

Кафедра терапии №2

*(научний керівник – доц. Р.В. Окушко)*Придністровський державний університет ім. Т.Г. Шевченка, г. Тирасполь,
Придністровська Молдавська республіка (ПМР)

Общезвестным является наличие связи между обменными процессами в организме и формированием изменений в тегументальных тканях организма, а также во внутренних органах (особенно – в сосудах). Реагирование этих тканей на такие процессы рассматривается с использованием концепций «биологических дефектов», sqvendger эффекта и других. Вместе с тем, в доступной литературе нами не обнаружены способы объяснения локальных изменений в связи с системной реактивностью организма, а особенно – с индивидуальными особенностями реактивности. С этой точки зрения интересным представилось изучение пациентов с повышенным содержанием солей щавелевой кислоты и бронхообструктивным синдромом (БОС).

Цель - Обосновать возможность использования определения оксалатов в моче для прогнозирования течения заболеваний с БОС и возможность использования этого показателя при изучении хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Задачи: 1. Определить частоту встречаемости оксалатурии у пациентов с бронхообструктивным синдромом. 2. Выявить нозологические единицы, при которых чаще всего бронхообструкция сочетается с оксалатурией. 3. Изучить особенности течения заболеваний, проявляющихся БОС и сопровождающихся оксалатурией.

Материалы: Изучено 160 историй болезней и амбулаторных карт пациентов с бронхообструктивным синдромом, мужчин 102, женщин 58 в возрасте 56-88 лет, 132- с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ), 28 – с бронхиальной астмой (БА) с длительностью заболевания не менее 10 лет. Диагноз ХОБЛ как отдельной нозологической единицы не выставлялся. Среди обследованных у 118 выявлена оксалатурия (113 были больные ХОБ, а 5 – БА). Ретроспективно определяемая длительность оксалатурии не может быть высокодостоверной, (число анализов мочи в амбулаторных картах колебалось от 20 до 2), но у 21 пациента с ХОБ верифицирован нефролитиаз и оксалатурия, причем у 5 – до развития ХОБ. Наличие оксалатов в моче не было связано со скоростью прогрессирования и вариантами течения болезни.

Выводы: В соответствии с данными и собственными клиническими наблюдениями установлено существование частого сочетания бронхообструктивного и оксалатурии. Этот фактический материал можно трактовать двояко – как влияние гипероксалатемии на функцию тканей с клиренсовой функцией или склонность к развитию гипер-и дискринии, отека слизистой бронхов как проявлению диатеза. Уточнение позиций изучения сочетания БОС и оксалатурии может внести ясность в понимание некоторых механизмов формирования ХОБЛ.

УДК: 616.12-008.46+616.24-007.272]-085.22:616.15

*О.В. Топорівська, К.О. Бобкович***ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ КАРДІОФІТ НА ПОКАЗНИКИ ГЕМОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ТА СУПУТНІМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ**Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
(науковий керівник – доц. К.О. Бобкович)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

В сучасній терапевтичній науці важливе місце займає вирішення питань лікування поєднаної патології внутрішніх органів. Зокрема, низка проблем виникає при поєднанні хронічної серцевої недостатності (ХСН) ішемічного генезу та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ). У даному випадку слід враховувати побічні ефекти основних базисних препаратів та уникнути поліпрагмазії при досягненні максимального терапевтичного ефекту. Альтернативою у цьому можуть слугувати комбіновані медикаментозні засоби рослинного походження, зокрема препарат кардіофіт (фірма “Ейм”, м.Харків), що містить 14 складових.

Мета дослідження – вивчити вплив кардіофіту на показники гемостазу у хворих із ХСН ішемічного генезу та супутнім ХОЗЛ в фазі помірного загострення в якості ад’ювантного засобу в комплексній терапії.

Хворі були розподілені на дві групи. Пацієнти

контрольної групи приймали базисний комплекс терапії (інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ), діуретики, антагоністи кальцію, інгалятор беродуал). Пацієнтам основної групи додатково призначали препарат кардіофіт в дозуванні 5 мл тричі на день за 30 хвилин до їжі впродовж 12-14 днів.

В основній групі регресу клінічних проявів, зокрема больового синдрому, нападів серцебиття, задишки, досягнуто раніше. Додаткове призначення до базисного комплексу кардіофіту спричинило вагомий позитивний вплив на дисбаланс гемостазу. Найсуттєвіший його вплив відмічено на систему фібринолізу (активація сумарної, ферментативної та неферментативної фібринолітичних активностей та Хагеман-залежного фібринолізу), особливо в пацієнтів із ХСН II ФК. Препарат проявляв помірні інгібіторні властивості відносно гіперактивності протеолітичної системи. Встановлено незначний його вплив на при-



гнічення згортання крові у вигляді помірного зниження рівня фібриногену крові.

Отже, використання кардіофіту в комплексному лікуванні хворих із ХСН ішемічного генезу та супут-

нім ХОЗЛ призводило до помірного, але вірогідного покращання реологічних властивостей крові, що розширює уявлення про механізм його терапевтичної дії.

УДК: 616.12-06:616.379-008.64-085.22

Ю.Д. Ухач, О.В. Залявська

ЕФЕКТИВНІСТЬ АМЛОДИПІНУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ З ДІАБЕТИЧНОЮ КАРДІОМІОПАТІЄЮ

Кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб
(науковий керівник – проф. О.С. Хухліна)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Цукровий діабет (ЦД) становить на сьогодні медико-соціальну проблему. В Україні зареєстровано понад 1 млн хворих на ЦД. Підбір адекватної цукрознижувальної та симптоматичної терапії й досягнення бажаного ступеня компенсації захворювання у хворих на ЦД становить певні труднощі. Це зумовлено значною гетерогенністю даного захворювання, швидким розвитком ускладнень, що ускладнює пошук патогенетичного лікування в кожному конкретному випадку.

Ураження міокарда (МК) у хворих на цукровий діабет (ЦД) може бути спричинене діабетичною мікроангіопатією, діабетичною кардіоміопатією, діабетичною автономною нейропатією серця (ДАНС), а також коронарним атеросклерозом. Діабетична кардіоміопатія (ДКМП) належить до вторинних метаболічних ендокринних кардіоміопатій.

Актуальність теми полягає в тому, що при цукровому діабеті ризик виникнення серцевої недостатності зумовлений поєднанням діабетичної кардіоміопатії, ІХС та АГ – так званої „кардіотоксичної тріади”. Метаболічні порушення (інсулінорезистентність, гіперінсулінемія, порушення толерантності до глюкози, пізніше —гіперглікемія натще, абдомінальне ожиріння, гіпертригліцеридемія, низькі рівні холестерину ліпопротеїдів високої щільності), порушення регуляції артеріального тиску і функцій ендотелію лежать в основі мікро- та макроангіопатії коронарних артерій, що призводить до гіпоксії міокарду та сприяє розвитку реперфузійної ішемії. Застосування блокаторів

кальцієвих каналів полягає в обмеженні проникнення зовнішнього Ca²⁺ в клітини гладких м'язів і судин, оскільки власне надлишкове його накопичення в цитоплазмі призводить до незворотніх змін структур мембран клітин.

У роботі висвітлюється питання щодо ефективності і безпеки застосування амлодипіну у хворих на діабет 2-го типу, оскільки відомо, що деякі з них (наприклад, ніфедипін) сприяють підвищенню глікемії і пригніченню секреції інсуліну. Амлодипін володіє антигіпертензивною та антиангінальною дією, яка обумовлена прямим вазодилатуючим впливом на гладкі м'язи артеріальних судин і наступним зниженням загального периферичного опору судин без зміни частоти серцевих скорочень. Завдяки повільному початку дії та пролонгованому ефекту забезпечує плавне і тривале зниження артеріального тиску. Запобігає розвитку спазму коронарних артерій (стенокардія Принцметала або вазоспастична стенокардія). Власне амлодипін викликає лише незначне підвищення рівня глюкози і підвищення рівня холестерину за рахунок ліпопротеїдів високої щільності, які володіють антиатерогенними властивостями. Крім того, амлодипін нормалізує інсулінову відповідь на провокацію глюкозою у інсулінорезистентних хворих, не погіршує функцію нирок і не впливає на мікроглобулінурію. Завдяки перерахованим якостям препарат є оптимальним варіантом для симптоматичного лікування хворих на ДКМП.

УДК: 612.176-085.322:582.46

А.М. Ференц, О.М. Волощук, І.П. Осадчук, В.М. Багрій

РЕЗУЛЬТАТИ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ТА СТУПЕНЯ НАСИЧЕНОСТІ КРОВІ КИСНЕМ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ З СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Кафедра внутрішньої медицини
(науковий керівник – доц. Л.Д. Кушнір)

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

За даними ВООЗ виразкова хвороба шлунка (ВХШ) та дванадцятипалої кишки (ДПК), а також хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – одні з найбільш розповсюджених хронічних захворювань травного каналу та органів дихання. В Україні поширеність ХОЗЛ складає до 30%, а пептичної виразки – до 13%. Виразкові ураження шлунка та ДПК відмічали у кожного другого хворого на ХОЗЛ.

Мета роботи: визначити особливості показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) та ступеня насиченості крові киснем у хворих на ВХШ та ДПК поєднаної з ХОЗЛ.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 23 (чоловіків - 15, жінок - 8) хворих на ВХШ та ДПК на тлі ХОЗЛ II ст. (1-а група); 19 (чоловіків – 13, жінок – 6) хворих на ХОЗЛ III ст. (2-а група). Контрольну