

**Висновки.** Ведення коморбідних пацієнтів в умовах пандемії вимагає комплексного підходу, спрямованого як на оптимальне ведення коморбідних станів у пацієнтів, які знаходяться в умовах самоізоляції, в умовах вимушених обмежень відвідування медичних установ, так і на ведення коморбідних станів у пацієнтів хворих на гостру респіраторну хворобу COVID-19 в стаціонарних умовах.

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РАНЬОГО ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ СУПРАТЕНТОРІАЛЬНИЙ ІНСУЛЬТ

*Козьолкін О.А., Медведькова С.О., Шкарупа В.Є.*

Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження:** дослідити особливості перебігу раннього відновного періоду у хворих, які перенесли ішемічний супратенторіальний інсульт шляхом порівняння показників шкал NIHSS, BI, mRS з показниками якості життя за шкалою SF-36 v2 Health Survey.

**Матеріали та методи:** на базі клініки нервових хвороб Запорізького державного медичного університету було обстежено 37 пацієнтів (середній вік 58,0 років, 10 жінок та 27 чоловіків), які перенесли мозковий супратенторіальний ішемічний інсульт, у ранньому відновному періоді (перші 180 днів). Клініко-параклінічне обстеження включало в себе оцінку за шкалою інсульту Національного Інституту здоров'я США (National Institute of Health Stroke Scale – NIHSS) для визначення ступеня неврологічного дефіциту, модифікованою шкалою Ренкіна (Modified Rankin Scale – mRS) для оцінки рівня функціонального відновлення, визначення індексу Бартела (Barthel ADL Index – BI) для оцінки можливостей побутових навичок та незалежності у повсякденному житті. За допомогою опитувальника SF-36 v2 Health Survey визначали якість життя, обумовлену станом здоров'я. Інструментальне дослідження включало комп'ютерну томографію.

**Результати:** було виявлено достовірне покращення балів за шкалами NIHSS, mRS, BI на 30, 90 та 180 добу у порівнянні із 10 добою ( $p < 0,05$ ). Достовірне покращення балів на 30, 90 та 180 добу спостерігалось за наступними показниками якості життя опитувальника SF-36 v2 Health Survey – фізичного функціонування (PF), рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (RP), життєвої активності (VT), соціального функціонування (SF), рольового функціонування, обумовленого емоційним станом (RE), ментального здоров'я (MH), а також показників загального фізичного (SumPH) та ментального здоров'я (SumMH) ( $p < 0,05$ ). При кореляційному аналізі отриманих результатів не було виявлено зв'язку показників якості життя із балами шкал NIHSS, mRS, BI на 10 добу. На 30 добу було виявлено негативний кореляційний зв'язок середньої сили балів за NIHSS та показників інтенсивності болю (BP), рольового функціонування, обумовленого емоційним станом (RE) та ментального здоров'я (MH) опитувальника SF-36 v2 Health Survey ( $p < 0,05$ ). Також був негативний кореляційний зв'язок середньої сили між балами NIHSS та 6 показниками опитувальника SF-36 v2 Health Survey (PF, RP, BP, GH, VT, SF) на 180 добу ( $p < 0,05$ ). Кореляційний зв'язок середньої сили був між балами за mRS та всіма показниками опитувальника SF-36 v2 Health Survey на 180 добу. Не було достовірної різниці у показниках якості життя та оцінках за шкалами NIHSS, mRS, BI у жінок та чоловіків. Так само не було такої різниці між пацієнтами з ураженням правої та лівої півкулі. Вік не впливав на рівень неврологічного дефіциту, ступінь функціонального відновлення, можливості побутових навичок та незалежність у повсякденному житті. Так само як не впливав він і на показники якості життя. Індекс маси тіла пацієнтів корелював із показником інтенсивності болю (BP) SF-36 v2 Health Survey на 10 добу. Розмір осередку ураження не впливав на показники якості життя, рівень функціонального відновлення чи незалежність у повсякденному житті. Проте було виявлено кореляційний зв'язок між ним та рівнем неврологічного дефіциту на 10 добу ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** 1. Було виявлено достовірне покращення стану хворих за показниками шкал NIHSS, BI, mRS у всіх контрольних дослідженнях на протязі трьох місяців після перенесеного інсульту. 2. Спостерігалась позитивна динаміка показників якості життя за шкалою SF-36 v2 Health Survey, був зв'язок між показниками якості життя та балами NIHSS, mRS, BI у ранньому відновному періоді у хворих, які перенесли ішемічний супратенторіальний інсульт.

## ІВАБРАДИН У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

*Шупер В. О., Шупер С. В.*

Буковинський державний медичний університет

**Мета дослідження:** дослідити ефективність та безпеку препарату Івабрадин для контролю частоти серцевих скорочень (ЧСС) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), які мають протипоказання або обмеження до застосування  $\beta$ -аденоблокаторів.

**Матеріали та методи.** Під наглядом знаходилося 32 пацієнта з ІХС, дифузним кардіосклерозом віком від 56 до 73 років (жінок – 18, чоловіків – 14). У хворих відзначалась серцева недостатність із зниженою фракцією викиду ( СН) I ст. (38%), ІІА ст. (53%), ІІБ ст.(9%). За даними ЕКГ синусова тахікардія спостерігалася у 62% хворих, надшлуночкова екстрасистолія – у 19%, шлуночкова екстрасистолія – у 25% хворих, АВ-блокада I ступеня – у 44%, АВ-блокада II ступеня – у 25%. Тенденцію до нормо- або гіпотонії реєстрували у 62% хворих, ЦД 2-го типу у стадії субкомпенсації виявлено у 30% хворих, БА – у 12% хворих. Хворих із фібриляцією передсердь та політропною частою шлуночковою екстрасистолією до дослідження не залучали. Всі хворі мали одне чи декілька протипо-

казань або обмежень до застосування  $\beta$ -аденоблокаторів. Хворі отримували стандартну терапію ІХС та СН, замість  $\beta$ -блокаторів для контролю ЧСС їм призначався Івабрадин 5 мг двічі на день 1 тиждень із переходом на 7,5 мг двічі на день.

**Результати.** Спостереження тривало три тижні стаціонарного лікування. Ефективність додавання препарату Івабрадин оцінювали тричі протягом лікування (через 1, 2, 3 тижні). Зниження ЧСС відмічалось у всіх хворих через 1 тиждень, причому цільову ЧСС було досягнуто у 25% хворих, через 2 тижні – у 38%, та наприкінці спостереження – у 81% хворих. У 19% хворих ЧСС значно знизилася, але цільовий рівень не був досягнутий. Клінічно зазначалося значне покращання стану хворих, підвищення толерантності до фізичного навантаження, зменшення інтенсивності проявів СН та порушень ритму. У всіх хворих була відзначена хороша переносимість комплексного лікування із застосуванням препарату Івабрадин. Не було виявлено підсилення АВ-блокади, суттєвого зниження АТ, збільшення ступеня СН або необхідності у підвищенні доз гіпоглікемічних засобів у хворих на ЦД. Усі хворі були виписані із покращанням та рекомендаціями продовжити застосування препарату Івабрадин у дозі 7,5 двічі на день під контролем ЧСС постійно.

**Висновки.** Додавання препарату Івабрадин до схеми лікування ІХС у хворих із протипоказаннями або обмеженнями до  $\beta$ -адреноблокаторів виявилось достатньо ефективним та безпечним, із хорошою переносимістю та відсутністю побічних дій, притаманних  $\beta$ -адреноблокаторам. Цільова ЧСС, згідно рекомендаціям Української та Європейської Асоціації Кардіологів, була досягнута у більшості хворих.

## ВРОДЖЕНИЙ ХВИЛЬОВИЙ ІМУНІТЕТ ЯК ПАТОГЕНЕТИЧНА ОСНОВА ІНФОРМАЦІЙНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Ярешко А.Г.<sup>1</sup>, Колбун М.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Полтавський державний медичний університет

<sup>2</sup>НДІ Інформаційно-хвильових технологій НАН України

**Мета дослідження.** Клініко-теоретичне обґрунтування існування явища вродженого хвильового імунітету як патогенетичної основи інформаційно-хвильових технологій лікування.

**Матеріал і методи.** Проведено клініко-статистичний аналіз ефективності лікування 137 хворих у віці 19-65 років (середній вік 39,3±1,72), із яких у 87 хворих було застосовано інформаційно-хвильовою терапією (ІХТ) з використанням апарату «ІХТ Поріг» професора Колбуна М. Д. Всі хворі були розділені на 3 групи. 1 група - 45 хворих (32,8%) на вперше діагностований ТБ, чутливий до хіміопрепаратів (ХП) отримували ХП+ІХТ, 2-га група 42 хворих (30,6%) – резистентний туберкульоз, отримували ХП+ІХТ і 3-тя група 50 (36,6%) хворих на вперше виявлений деструктивний ТБ легень з чутливими МБТ до ХП, отримували тільки антибактеріальну терапію.

Результати дослідження показали, що у хворих 1-ї групи ІХТ попереджає розвиток резистентності МБТ і підвищує припинення бактеріовиділення до 100%. Для досягнення такого ефекту достатньо було 30 сеансів ІХТ. У хворих на мультирезистентний ТБ – потрібно 40-50 сеансів ІХТ, а у хворих на ТБ з розширеною резистентністю 50 і більше.

Лікувальний ефект апарату ІХТ «Поріг» пов'язаний з електромагнітним полем (ЕМП) нетеплового діапазону. ЕМП це одне із фундаментальних взаємодій в природі і може взаємодіяти з біологічними об'єктами через їх ЕМП, або які мають заряд. Крім того, встановлено, що під впливом ІХТ відновлюють чутливість до антимікробіальних препаратів МБТ.

Резистентність МБТ обумовлюють мутації її генетичного апарату. Оскільки МБТ не мають плазмідної дезоксирибонуклеїнової кислоти (ДНК), то мутації можливі тільки шляхом фланкування інсерційних послідовностей. Фланкування можливе тільки на основі збалансованості частотних властивостей ДНК мікобактерій і інсерційних фрагментів. Отже, отримані результати свідчать про те, що ЕМП ІХТ позитивно впливає як на тканини вражених органів, так і на МБТ. Щоб пояснити такий широкий діапазон позитивних ефектів ІХТ, ми постулювали, що генетичний апарат соматичних клітин організму і МБТ мають ЕМП, з яким взаємодіє ЕМП апарату ІХТ. Оскільки ЕМП клітин як явище сучасна наука не встановила, а отримані клінічні результати досить переконливі, це дає клініко-теоретичні підстави вважати, що в основі лікувального ефекту лежить раніше невідоме явище хвильового електромагнітного захисту, в основі якого лежить строго індивідуальний частотний характер ЕМП, властивого кожній живій істоті. Наведене ЕМП ІХТ взаємодіє з ЕМП ДНК генетичного апарату соматичних клітин і МБТ, шляхом резонансу, внаслідок чого відбувається деблокування заблокованих мутацією ділянок ДНК мікобактерій, нормалізується їх функція і відновлюється чутливість МБТ до дії протитуберкульозних препаратів, що підтверджується припиненням бактеріовиділення у хворих на резистентний туберкульоз легень уже через 1-2 місяці лікування. В основі позитивного впливу ІХТ на організм є передача енергії клітинам організму шляхом резонансу, що відновлює їх функціональну здатність і швидко нормалізує самопочуття, апетит, сон хворого, відновлює детоксикаційну функцію організму, нівелює побічні ефекти ХП, чим забезпечує високу ефективність, скорочуючи в 2-3 рази строки лікування.

Отже, результати проведеного дослідження і їх клініко-теоретичний аналіз дають підстави вважати, що відкрито раніше невідоме, об'єктивно існуюче явище вродженого неспецифічного хвильового імунітету шляхом селекції випромінювання різних біологічних форм життя і при незбалансованості частот здійснюється захист, фізичною основою якого є генетично програмоване електромагнітне поле, частота якого є строго індивідуальна, визначає біологічні властивості і хвильовий захист кожної живої істоти.