

ти хворих, 3-й - у 2хворих. При декомпенсованому цукровому діабеті 1 ступінь дисбактеріозу виявлений у 4-ох, 2-й у 11-ти, 3-й у 5-ти пацієнтів.

Таким чином, дисбактеріоз з клінічними ознаками має місце лише у 47,05%, а при мікробіологічному обстеженні – практично у всіх (97,05%). Встановлений факт свідчить про необхідність корекції дисбіотичних змін, навіть за відсутності скарг з боку шлунково-кишкового каналу.

Срколюк Н.Л., Люлька Н.О., Гопко О.Ф., Гасвський С.О.

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ПОЄДНАННІ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
Полтава*

Поєднання бронхіальної астми (БА) та ішемічної хвороби серця (ІХС) супроводжується складними функціонально-морфологічними змінами як серцево-судинної, так і легеневої системи та потребує адекватної медичної корекції. Наявність БА значно погіршує перебіг ІХС. При БА розвивається артеріолярна гіпоксемія та гіпоксія, що обтяжує ішемічні зміни в серці та призводить до токсичного впливу на міокард, перевантаженню правого шлуночка, виникненню хронічного легеневого серця, що негативно впливає на перебіг ІХС. Проблема лікування поєданого перебігу захворювання залишається актуальною в сучасних умовах, що зумовлено фармакологічними ефектами препаратів, які застосовуються для лікування ІХС чи БА.

Мета дослідження – оптимізація лікування БА у поєднанні з ІХС шляхом призначення β -адреноблокаторів та антагоністів кальцію.

Обстежено 56 хворих на БА, у яких в анамнезі встановлена ІХС (стабільна стенокардія, кардіосклероз). Середній вік пацієнтів склав $53,7 \pm 6,7$ років. Усі хворі отримували β_2 -агоніст тривалої дії (БАТД) (формотеролу фумарат) в дозі 12,5 мкг через 12 год. на фоні прийому інгаляторних кортикостероїдів (ІКС). Всім хворим проводили спірографію, електрокардіографію (ЕКГ) до та через 2 год. після прийому інгаляцій, холтеровське моніторування. Визначали ступінь бронхообструкції (ОФВ₁, ФЖЄЛ, ПОШ), частоту серцевих скорочень (ЧСС), наявність порушень ритму і провідності. Ефективність лікувальних комплексів оцінювали через 2 год. та через 14 днів.

Після прийому БАТД через 2 год. у 36 (64,2%) хворих виникали серцебиття, перебої в роботі серця, давячий біль за грудиною. У 42 (75%) хворих на ЕКГ встановлена тахікардія, у 7 (12,5%) – ексрасистоія. Встановлені зміни зумовили необхідність призначення препаратів для попередження порушень ритму. Пацієнти, у яких була виявлена тахікардія, були розподілені на 3 групи. І група (n=15) – за 1 год. до прийому БАТД отримувала біспролол в дозі 2,5 мг; ІІ

група (n=16) – амлодіпін в дозі 5 мг за 1 год. до прийому БАТД, III група (n=11) – БАТД. Протипоказанням до призначення бісопрололу була серцева недостатність вища ІА ступеня. У хворих I групи встановлено зменшення ЧСС через 2 год. після прийому БАТД у 1,4 рази ($64,8 \pm 3,1$ уд/хв. проти $89,6 \pm 4,9$ уд/хв.; $p < 0,05$), через 14 днів спостереження встановлено зменшення скарг на серцебиття, покращення показників гемодинаміки. Однак в даній групі не встановлено вірогідного впливу бісопрололу на показники ОФВ1 ($63,4 \pm 4,8\%$ проти $62,1 \pm 7,6\%$), ПОШ ($61,5 \pm 4,7\%$ проти $59,8 \pm 3,8\%$) порівняно з хворими III групи. Побічні ефекти в вигляді посилення ядухи виникли у 3 пацієнтів, що зумовило необхідність припинення прийому бісопрололу.

У хворих II групи спостерігалось покращення клінічного перебігу БА, зменшення ЧСС у 1,2 рази ($66,7 \pm 3,4$ уд/хв. проти $85,7 \pm 4,6$ уд/хв.; $p < 0,05$). Через 14 днів спостереження встановлено вірогідне покращення показників функції зовнішнього дихання порівняно з хворими III групи, а саме, збільшення ОФВ1 у 1,3 рази ($71,3 \pm 5,8\%$ проти $55,6 \pm 3,8\%$; $p < 0,05$), ПОШ у 1,2 рази ($64,8 \pm 4,1\%$ проти $54,3 \pm 3,5\%$; $p < 0,05$), що свідчить про позитивну динаміку під впливом комплексного лікування з включенням амлодіпіну. Побічні ефекти виникали у 2 хворих в вигляді пастозності гомілок, головного болю. Серед хворих III групи встановлено приріст ОФВ, ПОШ на фоні погіршення показників перебігу ІХС (наявність порушення ритму та провідності після прийому БАТД, посилення больового синдрому, які зменшувались через 3-4 год. після інгаляції).

Таким чином, призначення бісопрололу в мінімальних дозах та амлодіпіну дозволяє запобігти загостренням ІХС у хворих на БА, однак необхідно враховувати ступінь серцевої недостатності, індивідуальну переносимість препарату.

Сорока Ю.В.

ПРОТЕКТИВНИЙ ВПЛИВ ТРИВАЛОЇ ШЛУНКОВОЇ ОКСИГЕНОТЕРАПІЇ ПРИ ТОКСИЧНОМУ УРАЖЕННІ ПЕЧІНКИ ТЕТРАХЛОРМЕТАНОМ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

*Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського,
кафедра хірургії з урологією, анестезіологією та малоінвазивними ендоскопічними технологіями,*

Резюме. Встановлено гепатопротективну дію тривалої шлункової оксигенації за умов ураження тварин чотирьоххлористим вуглецем.

Ключові слова: печінка, гепатозити, тетрахлорметан, шлункова оксигенація

Вступ. Токсичне ураження печінки внаслідок поліетіологічних чинників є актуальною медико-біологічною проблемою сьогодення. При цьому інтен-