

кого самого віку. Спектр жовчних кислот (ЖК) в сироватці крові та жовчі визначали хроматографічним методом.

Дослідження показали, що у пацієнтів з ІХС вміст загальних ЖК, як і співвідношення триоксихоланових та диоксихоланових ЖК в сироватці крові суттєво не різнилися від таких у контролі. В жовчі у хворих спостерігали значні зміни. Так, при зниженні загального вмісту ЖК (на 20,4%), концентрація кон'югованих ЖК була зменшена на 20,9%, переважно за рахунок тауринових кон'югатів (на 25,7%), тоді як сумарний вміст вільних ЖК характеризувався лише тенденцією до зниження. Виявлені зміни у складі ЖК зумовили зменшення співвідношення кон'юговані/вільні ЖК на 17,9%. Аналіз змін окремих ЖК свідчив про значне підвищення вмісту вільних диоксихоланових кислот (дезоксихолева+хенодезоксихолева) – на 71,7% та деяке зниження рівня холевої кислоти (на 14,7%). Співвідношення між триоксихоланових і диоксихоланових кислот зменшилось на 24%.

Таким чином, у пацієнтів з ІХС виявляють значні розлади процесів обміну ЖК – гідроксилування диоксихоланових кислот та кон'югацію ЖК з таурином і гліцином.

## ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ РІЗНОМАНІТНИХ ФОРМ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Дегтярьова І.І., Скрипник І.М., Потяженко В.М., Скопиченко С.В.

*Українська військово-медична академія, м. Київ*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

Мета дослідження – розробити медикаментозні комплекси для лікування хворих з гостри атаками (ГА) хронічного панкреатиту (ХП) та ХП з недостатністю зовнішньосекреторної функції (НЗФ) підшлункової залози (ПЗ).

Обстежено 75 хворих на ХП, які були розподілені на дві групи: I група – 28 хворих з ГАХП, яким призначали квамател по 40 мг і гастроцепін по 30 мг інфузійно з подальшим переходом на пероральний прийом в дозах, відповідно 40 і 50 мг на добу. З вираженим больовим синдромом призначали дуспаталін, дуоденостазу – еглоніл, 13 хворим I групи з метою підсилення антиангінального ефекту призначали гордокс інфузійно по 100000-200000 ОД на добу. За наявності синдрому подразненого кишечника (СПК), асоційованого з його дисбіозом (ДК) призначили дуфалак по 40-60 мл сиропу на добу. У 47 хворих (II група) з ХП НЗФ ПЗ – отримували креон 25000 МО ( по 1-2 капсули 3 рази на добу та кавінтон 30 мг на добу.

На 10-14-ту добу лікування у хворих I групи зменшувалась вираженість або зникали клінічні прояви ГАХП, через 4 тиж – нормалізувалась підвищена раніше активність амілази в крові і сечі, вміст продуктів розпаду фібрину/фібриногену, концентрація продуктів тібарбітурової кислоти на фоні підвищення активності супероксиддисмутазу. На 5-7-му добу лікування з включенням дуспаталіну у 10 (35,7%) хворих зменшились або зникли ознаки ендотоксемії. У хворих II групи на фоні лікування прояви захворювання зникали через  $(15 \pm 2,7)$  днів. Креон забезпечував функціональний "спокій" ацинарним клітинам ПЗ, внаслідок чого підвищувався дебіт гідрокарбонатів та активність ліпази в базальній та стимульованій порціях вмісту дванадцятипалої кишки.

Отже, для лікування ГАХП високоефективні лікувальні комплекси, які включають квамател, гастроцепін, дуспаталін, еглоніл, гордокс, а при ХП НЗФ ПЗ – креон. За наявності СПК, асоційованого з ДК, хворим з ГАХП доцільне призначення дуфалаку.

## САНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Дейнега В.Г., Мамедов А.М., Шапран Н.Ф.

*Запорожская медицинская академия последипломного образования, г. Запорожье*

Ранняя реабилитация больных, перенесших формы острого инфаркта миокарда без осложнений предполагает включение факторов восстановительного лечения уже через 2-3 нед после их выписки из стационара. Если патогенетическое лечение предусматривает устранение ведущих звеньев патогенеза заболевания (гипоксии миокарда, нарушения кислотно-основного состояния, метаболическую терапию), то саногенетический подход, в первую очередь, направлен на активизацию, так называемых саногенетических механизмов выздоровления. Очевидно, что взаимодействие двух подходов в лечении больных может обеспечить максимальный эффект у больных на постгоспитальном этапе.

Нами в условиях санатория апробированы комплексы восстановительного лечения, включающие искусственный горный климат (курсы нормобарической гипоксии), облучение области сердца лазером и биоптроном, сухие углекислые ванны, дозированную физическую нагрузку в плавательном бассейне, терренкур, ЛФК в сочетании с метаболической терапией (милдронат, геровитал, глутаминовая кислота, ретаболил, антиангинальные средства и др.). Исследования проведены более чем у 360 больных. На основании исследования различных показателей (центральной и периферической гемодинамики, вегетативного статуса, периферической крови и др.) выделены наиболее информативные, которые рекомендуем использовать для интегративной оценки комплексного подхода к оценке состояния компенсаторных возможностей организма. Ими оказались коэффициент взаимной корреляции ( $r > 0,5$ ) между RR интервалом и асимметрией дыхательного цикла, уровнем артериального давления и коэффициентом атерогенности, толерантности к физической нагрузке и эритроном. Назначение индивидуальной комплексной терапии на основании многофакторной оценки показателей саногенеза позволил достичь увеличения эффективности восстановительного лечения больных на  $(26,4 \pm 1,2)\%$  по сравнению с таковой у больных контрольной группы.

Результаты подтверждают необходимость более широкого внедрения на постгоспитальном этапе такого подхода к лечению в практику санаторно-курортной реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда.

## МОЖЛИВОСТІ ВИЯВЛЕННЯ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ

Дзвонковська Т.Т., Нейко В.Є., Ромаш Н.І., Зозуляк З.В.

*Івано-Франківська державна медична академія, м. Івано-Франківськ*

Вивчення виразкової хвороби (ВХ) є актуальною проблемою гастроентерології, спонукає пошук ефективних методів її діагностики, лікування й профілактики. Особливістю сучасного етапу діагностики є існування методів, які дозволяють виявити *H. pylori* в біологічному матеріалі.

Мета роботи – оцінка ефективності деяких методів діагностики хелікобактерної інфекції при ВХ.