лікарській практиці стандартизований розчин бішофіту «Полікатан» використовують для місцевої терапії запальних захворювань слизової оболонки (риніти, сінусити, тонзиліти, стоматити та ін.). На Україні в бальнеологічній практиці широко застосовується розчин полтавського бішофіту. Серед лікарських засобів мінерального походження в лікуванні хвороб шкіри активно використовують закордонні препарати на основі поморійської ропи — «Полімінерол» та «Вульнузан» (Болгарія), які мають протизапальну дію, зменшують проникність кровоносних судин, стимулюють фагоцитоз, покращують регенерацію тканин, спричиняють незначний місцевий аналгетичний ефект. Проте, в Україні, південні регіони якої надзвичайно багаті на сировинні джерела мінералів, аналогів подібних мазевих препаратів, незважаючи на відомі лікувальні властивості ропи Одеських лиманів, досі не створено. У рамках міжкафедральної НДР кафедр фармацевтичної хімії, фармакогнозії й технології ліків Одеського національного медичного університету «Розробка лікарських засобів протизапальної та репаративної дії на основі мінералів ропи Одеських лиманів» були створені мазеві композиції мінералів ропи Куяльницького лиману, та на основі біофармацевтичних досліджень здійснена порівняльна оцінка та проведений обґрунтований вибір мазевих основ з урахуванням впливу мінералів ропи на їх стабільність і реологічні властивості. *Мета дослідження* — визначення спектра фармакотерапевтичної ефективності найоптимальнішої за біофармацевтичними параметрами гідрофільної мазевої композиції комплексу мінералів лиманної ропи на основі ПЕГ- 400 і ПЕГ-1500 при експериментальних інфікованих і неінфікованих ранах. Експериментальні дослідження проводили на білих нелінійних щурах масою 200–220 г. Встановлено, що мазева композиція на основі ПЕГ-400 і ПЕГ-1500 на різних моделях запалення (каррагенінова, гістамінова, серотонінова), а також на моделі ад'ювантного артриту виявила виразний протизапальний ефект, який переважає за активністю референс-препарат мазь «Вулнузан» в 1,8 разу. На моделі алергічного контактного дерматиту, відтвореного 2,4-дінітрохлорбензолом, запропонована мазева композиція сприяла зменшенню набряку і еритеми ураженої ділянки шкіри, прискорювала відторгнення струпа та сприяла більш ранній регенерації епідермісу. В умовах експериментального термічного опіку та ураженні шкіри рідким азотом ця мазева композиція спричиняла стимулюючий вплив на процеси регенерації шкіри, більш активно, порівняно з референс-препаратом прискорювала формування грануляційної тканини. Гістологічно це підтверджувалось більшим вмістом фібробластів і колагену в рані. Композиція прискорювала епітелізацію гнійної рани шкіри та майже вдвічі, порівняно з «Вулнузаном», скорочувала термін очищення рани від патогенного стафілокока. При цьому міцність рубцевої тканини як неінфікованої, так і інфікованої рани у тварин, які місцево отримувала композицію мінералів ропи, достовірно перевищувала відповідні показники інших груп порівняння. Також встановлена здатність запропонованої мазевої композиції підвищувати природну бактерицидну активність шкіри та запобігати її порушенню в умовах модельованої патології. Встановлено, що гостра токсичність мазі при пероральному уведенні становить 14,6 г/кг, що дозволяє віднести її до речовин із поміркованою токсичністю. В умовах тривалої аплікації мазі (протягом 3 міс) місцево подразнюючої дії та патологічних змін структурно-функціонального стану внутрішніх органів експериментальних тварин не зафіксовано. Отже, запропонована мазева композиція має виразні лікувальні властивості, переважаючи зарубіжні аналоги, що відкриває перспективи її використання в дерматологічній практиці.

Рябушко М. М., Колот Е. Г., Шапошник О. А., Чикор Т. О.

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ПЕРЕБІГ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Інфаркт міокарда залишається основною формою ішемічної хвороби серця (ІХС) та головною причиною захворюваності, інвалідизації, і смертності в найбільш творчий період життя, що спостерігається в усіх економічно розвинутих країнах світу. Принципи сучасного лікування ІХС та її ускладнень ґрунтуються

на зниженні потреби міокарда в кисні. У даній роботі актуалізується проблема лікування хворих із гострою формою ішемічної хвороби серця та пропонується нова схема терапії з додаванням L-аргініну – попередника оксиду азоту. L-аргінін (α-аміно-δ-гуанідиновалеріанова кислота) – умовно незамінна амінокислота, що є активним і різнобічним клітинним регулятором багатьох життєво важливих функцій організму. Так, L-аргінін активує гуанілатциклазу й підвищує рівень циклічного гуанідинмонофосфату (цГМФ) в ендотелії судин, зменшує активацію й адгезію лейкоцитів і тромбоцитів до ендотелію, пригнічує синтез протеїнів адгезії VCAM-1 (vascular cell adhesion molecule-1) і MCP-1 (monocyte chemoattractant protein-1), таким чином, запобігаючи утворенню й розвитку атеросклеротичних бляшок, пригнічує синтез ендотеліну-1, що є потужним вазоконстриктором і стимулятором проліферації й міграції гладких міоцитів судинної стінки. Також L-аргінін пригнічує синтез асиметричного диметиларгініну – потужного ендогенного стимулятора оксидантного стресу. З появою в Україні препарату Тівортін® аспартат (L-аргініну аспарагінат) з'явилася можливість використовувати L-аргінін як донатор оксиду азоту. Було обстежено 46 хворих (24 чоловіки і 22 жінки у віці від 42 до 78 років) з гострим Q-ІМ, госпіталізованих в першу добу від початку захворювання (в середньому через 9,5 год з моменту виникнення симптомів). Діагноз ГІМ визначали згідно з консенсусом ESC/ACC/AHA/WHF, 2007 р. та відповідно до стандартів надання допомоги кардіологічним хворим за наказом № 436 Міністерства охорони здоров'я України від 03.07.2006 р. Усім пацієнтам проводилася стандартна терапія, що включає антиагреганти, антикоагулянти, нітрати, β-адреноблокатори, інгібітори АПФ, антагоністи альдостерону. У 22,4 % обстежених була проведена тромболітична терапія (з використанням стрептокінази або альтеплази). За показаннями використовувалися наркотичні анальгетики, діуретики, антиаритмічні препарати. Хворі були розділені на 2 групи. Пацієнти 1-ї групи крім стандартної терапії Q-ІМ отримували Тівортін® аспартат по 100 мл фізрозчину в/в повільно один раз на добу протягом 5 діб, з подальшим застосуванням Тівортін® аспартату в дозі 15 мл через 12 год протягом двох місяців. Пацієнти 2-ї групи отримували тільки стандартну терапію Q-ІМ і увійшли до групи контролю. У групах аналізувалися тривалість госпіталізації, частота летальних результатів, рецидивів ІМ, ранньої постінфарктної стенокардії, гострої лівошлуночкової недостатності, тромбоемболії легеневої артерії, синдрому Дресслера, фібриляції шлуночків і життєво небезпечних порушень ритму, пароксизмів миготливої аритмії, фракція викиду лівого шлуночка при виписці зі стаціонару. Отже, на тлі лікування Тівортін® аспартату суттєво знижувалася тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі, внутрішньогоспітальна смертність, частота виникнення ранньої постінфарктної стенокардії, фібриляція шлуночків, життєво небезпечні порушення ритму, а також пароксизми миготливої аритмії. У групі Тівортін® аспартат відзначався менш високий клас серцевої недостатності, а систолічна дисфункція міокарда при виписці була менш виражена. Результати дослідження свідчать, що Тівортін аспартат як доповнення до традиційної терапії підвищує толерантність до фізичного навантаження і якість життя у пацієнтів із гострим Q-ІМ.

Савченко Н. В., Горчакова Н. О.

ВПЛИВ ПОХІДНИХ ГЛУТАМІНОВОЇ КИСЛОТИ НА ПОКАЗНИКИ ЕНЕРГЕТИЧНОГО ОБМІНУ В ОРГАНАХ ЩУРІВ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ КРИТИЧНИХ СТАНАХ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Глутамінова кислота приймає активну участь в енергетичному, білковому, жировому обміні, має детоксикуючі властивості, що дозволяє їй реалізувати антигіпоксичну дію. В основі антигіпоксичної дії глютамінової кислоти лежить її вплив на енергетичний та прооксидантно-антиоксидантний гомеостаз і зміни метаболітних властивостей мітохондрій. З порушенням прооксидантно-