

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФРАКТЕРНЫХ ОТЕКОВ

Стречень С.Б., Погорелая И.В., Видавская А.Г., Полуденко А.А.,
Трегуб Т.В.

Одесский национальный медицинский университет
Кафедра общей и клинической фармакологии

Сегодня уровень «сверхсмертности» от болезней системы кровообращения вызывает огромную тревогу. Прогнозирование основных показателей оценки здоровья к 2030 г. свидетельствует о сложности этого процесса и необходимости комплексного адекватного лечения. Болезни сердца способствуют прогрессированию сердечной недостаточности (СН), которая осложняется рефрактерными отеками (РО). Целью работы было выявить наиболее эффективную, малоинвазивную и экономически доступную схему лечения больных с СН II Б - III ст., III - IV ФК по NYHA с РО. Исследование базировалось на результатах лечения больных терапевтического отделения ГКБ № 1 г. Одессы. Пролечено 48 больных (28 мужчин, 20 женщин) СН II Б - III ст., ФК III - IV со значительными РО. Возраст больных от 63 до 78 лет. В работе, как базовые лекарственные препараты, были использованы: фуросемид, спиронолактон, эуфиллин и 0,9 % раствор NaCl в двух различных схемах введения. Кроме базовых препаратов, использовали: ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальциевых каналов, антагонисты рецепторов ангиотензина II, сердечные гликозиды, статины, антиагреганты и антикоагулянты. Больные были рандомизированы на 2 группы. В I группе пациенты получали фуросемид 1 % 4 мл в/в болюсно после в/в капельного введения эуфиллина 2 % 5 мл, разведенного в 100 мл 0,9 % р-ра NaCl и спиронолактон 100-200 мг в 2 приема в первой половине дня (100 мг в комбинации с ингибиторами АПФ). Во II группе больные получали в течение 2,5-3 часов в/в капельно фуросемид 1 % 4 мл с эуфиллином 2 % 5 мл, разведенные в 100 мл 0,9 % р-ра NaCl через день, в сочетании со спиронолактоном по той же схеме, что и в I группе. В результате лечения у 20 больных (83,3 %) I группы наблюдалось незначительное уменьшение отеков и отсутствие эффекта от терапии у 4 больных (16,7 %). Во II группе наблюдалось значительное уменьшение отеков у 19 больных (79,2 %) и постепенное исчезновение их у 5 больных (20,8 %). Таким образом, проведенное исследование показало наиболее эффективную схему лечения (в/в капельная инфузия в течение 2,5-3 часов фуросемида 1 % 4 мл с эуфиллином 2 % 5 мл, разведенных в 100 мл 0,9 % р-ра

NaCl, в сочетании с пероральным приемом спиронолактона), что дает лучшие результаты лечения больных СН II Б - III ст., ФК III – IV с рефрактерными отеками и является при этом малоинвазивной и экономически доступной.

УДК: 616.12–008.331.1:616.24

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ КАРДИАЛЬНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Тяглая О.С.

Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра клинической фармакологии, фармации, фармакотерапии и
косметологии

Актуальность. Большие эпидемиологические исследования показали, что важнейшей причиной летальности больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) являются осложнения ишемической болезни сердца и гипертонической болезни (ГБ). Отмечено, что постепенно с возрастом у человека развивается от 3 до 7 болезней и более, приводящее к потенциальному отягощению каждой из них, причем особенно важно отметить, что ассоциация ХОЗЛ и ГБ, по литературным данным встречается в 30% всех случаев коморбидности. Роль вегетативной нервной системы в развитии ГБ достаточно хорошо изучена, в то же время относительно результатов системного анализа вегетативной регуляции, позволяющего применять данный метод для оценки циркадной активности на фоне бронхиальной обструкции, имеется небольшое количество работ с противоречивыми данными. Цель исследования: изучить особенности изменения variability ритма сердца (BPC) у пациентов с гипертонической болезнью и хронической обструктивной болезнью легких. Материал и методы. Было обследовано 32 больных с диагнозом ГБ II стадии и ХОЗЛ II стадии без клинически значимой сопутствующей патологии, средний возраст $42,15 \pm 0,54$ года и 15 больных с ГБ. Все пациенты получали традиционную терапию, согласно рекомендациям ВОЗ. Исследование BPC проводили утреннее время суток после 10-минутного отдыха пациентов в положении лежа. Оценивали запись электрокардиограммы в течение 5 мин при свободном дыхании в положении лежа. Обработку данных производили автоматически с помощью метода быстрого преобразования Фурье. При анализе BPC использовали параметры, рекомендованные Комитетом экспертов Европейского общества кардиологов и