

гіпертензивними кризами. Хворі з документованою ішемічною хворобою серця в дослідження не включались. Хворі знаходились на амбулаторному лікуванні у поліклініці запорізького центру серцево-судинних захворювань.

Результати дослідження: Кризовий офісний АТ при лікуванні таблетками “Дилтіазем”: САТ-171,6±2,17мм. рт.ст, ДАТ- 98,64±2,8мм рт.ст, АТсер-122,96±1,26 мм рт.ст, ЧЧС 76,8±1,15уд/хв. Через 24 години монотерапії: САТ-164,0±3,5 мм рт.ст(-4,6, p<0,05.), ДАТ-90,43±3,16мм рт.ст(-9,3%, p<0,05), АТ сер 114,95±2,06- мм рт.ст(-6,5%, p<0,05), ЧЧС 67,35±1,8 уд/хв. Динаміка АТ через тиждень-САТ-143,6±8,8 мм. рт.ст(-16,7%, p<0,05), ДАТ- 84,33±3,5 мм рт.ст(- 16,9%, p<0,05), АТ сер 108,41±2,74 мм рт.ст(11,95%, p<0,05), ЧЧС 65,15±2,3 уд/хв(-18,7%, p<0,05)

Динаміка офісного артеріального тиску під впливом гелю-дилтіазему:

Вихідні параметри: САТ- 178,33±2,31мм рт.ст, ДАТ-100,30±1,22мм рт.ст, АТсер 127,14±2,86 мм рт.ст, ЧСС 72,06±2,51уд/хв. Параметри через 24 години: САТ 165,25±2,83(-7,27%, p<0,05) мм рт.ст., ДАТ -91,75±3,07 (-9,5%, p<0,05) мм рт.ст., АТсер 111,50±3,76 (-12,3%, p<0,05) мм рт.ст., ЧСС-72,94±3,32 уд/хв. Параметри через 1 тиждень :САТ-142,30±3,86 (-20,3%, p<0,05)мм рт.ст, ДАТ-84,37±2,16 (-15,9%, p<0,05) мм ст.ст., АТсер-104,20±1,76 (-18,1%, p<0,05) мм рт.ст., ЧСС-64,99±2,26 (-9,91%, p<0,05) уд/хв.

При індивідуальному аналізі дослідження впливу гелю на динаміку редукції АТ встановлено, що препарат у дозі 120 мг на добу спричиняє достовірний гіпотензивний ефект у 73% обстежених хворих, у інших пацієнтів групи (27%) САТ знизився при додатковому призначенні еналаприлу в дозі 5 мг/доба

Максимальне зниження ДАТ відмічалось через 2,4± 0,15 год . Редукція САТ сягала статистично вірогідного рівня через 3,8±0,11 год. Тривалість гіпотензивного ефекту у хворих становила від 6 до 10 год. Темп щоденного зниження АТ у обох груп був практично однаковим.

У 8 хворих контрольної групи (яка лікувалася таблетками дилтіазему) та у 2 пацієнтів дослідної групи (що отримували гель-ділтіазем) відмічалася побічна дія у вигляді появи розпираючого головного болю, який не вимагав зниження дози препарату і проходив через 3 доби від початку лікування.

Висновки: Отримані результати дозволили зробити висновок, що гель-ділтіазем при трансмукозному шляху введення достовірно знижує систолічний та діастолічний АТ наприкінці добового лікування до рівня, що рекомендованого провідними кардіологами. Через 2 тижня монотерапії гелем АТ знизився: САТ на – 20,3% (p<0,05); ДАТ на – 15,9% (p<0,05); АТсер. – на 18,1% (p<0,05), що сягало цільового стратегічного рівня для хворих на АГ з кардіальними кризами.

МОМЕТАЗОНА ФУРОАТ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Проценко Мария Владимировна

Научный руководитель: Лесницкий А.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра дерматовенерологии и косметологии с циклом эстетической медицины

Цель. Определить клиническую эффективность применения топического кортикостероида мометазона фууроата в форме мази и крема в комплексном лечении аллергодерматозов.

Материалы и методы. Объектом исследования послужили 36 больных в возрасте от 3 до 69 лет (16 женщин, 11 мужчин, 5 мальчиков, 3 девочки). По нозологическим формам больные были распределены таким образом: экзема - 15, атопический дерматит - 9, аллергический дерматит - 7, контактный дерматит-3, очаговый нейродермит - 2. Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови и мочи, биохимические исследования, микроскопия) с целью верификации диагноза, уточнения показаний и противопоказаний для назначения терапии. Все пациенты получали стандартные противоаллергические препараты (гипосенсибилизирующие, антигистаминные, сорбенты).

Местное лечение проводили топическим кортикостероидом мометазона фууроатом в виде 0,1% мази и крема в зависимости от характера патологического процесса. Препарат наносили тонким слоем 1 раз в день в течение 7-14 дней в зависимости от тяжести заболевания и особенностей течения патологического процесса. Оценка эффективности применения препарата основывалась на определении степени выраженности субъективных и объективных признаков следующим образом:

- клиническая ремиссия – исчезновение всех клинических, в том числе субъективных, симптомов по сравнению с исходным состоянием и даже остаточных проявлений, таких как легкая эритема;

- значительное улучшение – разрешение большей части клинических симптомов по сравнению с исходным состоянием сохранением остаточных проявлений, таких как легкая эритема, субъективных симптомов нет;
- улучшение – уменьшение большей части клинических симптомов по сравнению с исходным состоянием, сохраняются остаточные проявления;
- без изменений – клинические симптомы не изменились по сравнению с исходным состоянием;
- ухудшение – увеличение количества высыпаний, площади поражения, субъективных ощущений.

Переносимость мометазона фууроата оценивалась на основании субъективных ощущений пациентов и данных динамического наблюдения в процессе лечения. Учитывалась также динамика показателей лабораторных исследований.

Выводы. Обобщая результаты применения мометазона фууроата в терапии больных с различными аллергодерматозами, мы констатировали клиническую ремиссию у 21 (58,3%), значительное улучшение – у 12 (33,3%), улучшение – у 3 пациентов (8,3%). Случаев отсутствия эффекта или ухудшения со стороны кожного процесса не наблюдалось.

Изучение эффективности и переносимости топического кортикостероидного препарата мометазона фууроата в лечении аллергодерматозов в форме 0,1% мази и крема показало быстрое наступление положительного клинического эффекта, удобство применения (благодаря наличию различных лекарственных форм), хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов при правильном использовании также высокую комплаентность.

КЛИНИЧЕСКАЯ МАСКА ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА (СОБСТВЕННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Пухир В. П.

Научный руководитель: проф. Сыволап В.В., д.мед.н., доц. Лукашенко Л.В., асс. Жеманюк С.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с общим уходом за больными

Актуальность. Геморрагический васкулит (анафилактическая пурпура, болезнь Шенлейн - Геноха) – одно из самых распространенных геморрагических сосудистых заболеваний, в основе которого лежит развитие множественного микроваскулита или микротромбоваскулита иммунного генеза, характеризуется геморрагически-экссудативными кожными высыпаниями, суставным и абдоминальным синдромами и явлениями гломерулонефрита, иногда с прогрессирующим нарастанием почечной недостаточности.

Первые заболевания описали J. Schonlein (1837) и E. Henoch (1868). Этиология геморрагического васкулита окончательно не выяснена. Установлено, что это неспецифическое иммунокомплексное поражение микрососудов, которое может быть спровоцировано различными инфекционными (вирусными или бактериальными) и воспалительными заболеваниями, прививками, лекарственной и пищевой аллергией, виражом кишечной микрофлоры, паразитарными инвазиями, холодом и т. д.

Материалы и методы. У больной С., 38 лет, после лечения жаропонижающими средствами по поводу ангины, появились мелкоточечные высыпания на коже туловища и конечностей, которые в условиях поликлиники расценили как аллергические проявления. На фоне антигистаминной терапии возникли новые высыпания, боль и припухлость в голеностопных суставах. В связи с ухудшением состояния больная госпитализирована в ревматологическое отделение. При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, на коже туловища и конечностей визуализируются мелкоточечные высыпания. При осмотре голеностопных суставов определяется припухлость, деформация, боль при пальпации, а также при пассивных и активных движениях, ограничение объема движения в этих суставах. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. В ОАК на момент поступления: Hb 125г/л, лейкоцитоз ($10,6 \cdot 10^9/\text{л}$) со сдвигом формулы влево, небольшое повышение тромбоцитов ($370 \cdot 10^6/\text{л}$); общий белок – 68,2 г/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л, мочевины – 8,8 ммоль/л, креатинин – 86 мкмоль/л, билирубин – 14 мкмоль/л, АЛТ – 42 МЕ, АСТ – 28 МЕ, холестерин – 5,4 ммоль/л, мочевая кислота – 330 мкмоль/л, СРБ – 12 мг/л, IgA – 325 г/л, IgM – 204 г/л, IgG – 1410 г/л, ЦИК – 100 %. ОАМ: макрогематурия. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 1,5 тыс., эритроциты – 22,0 тыс. Изотопная ренография: легкая степень нарушения накопительно-