

- 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-

выделительной функции левой почки. Посев крови на стерильность – роста нет. Был выставлен диагноз: геморрагический васкулит с поражением кожи, суставов, почек, тяжелое обострение. Проводилось лечение в соответствии с протоколом ведения пациентов с данной патологией. На фоне базисной терапии в течение 2 месяцев уменьшилось количество и выраженность высыпаний, уменьшилась боль, увеличился объем движений в голеностопных суставах, уменьшилась гематурия.

Особенностями клинического случая являются: типичное начало заболевания, «псевдоаллергические» кожные проявления, поражение голеностопных суставов и почек в дебюте заболевания.

Данное клиническое наблюдение демонстрирует недостаточную настороженность врачей амбулаторно-поликлинического звена в диагностике системных васкулитов.

## **ПОРІВНЯЛЬНА ФАРМАКОДИНАМІКА КАПТОПРИЛУ ПРИ ІНТРАНАЗАЛЬНОМУ ТА ТРАДИЦІЙНОМУ ШЛЯХАХ ВВЕДЕННЯ ПРИ НЕУСКЛАДНЕНИХ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ КРИЗАХ.**

Репкіна А.В.

Науковий керівник д. мед. н., доц. Кечін І.Л.  
Запорізький державний медичний університет  
Кафедра внутрішніх хвороб -1

**Мета дослідження:** порівняти фармакодинаміку каптоприлу при введенні у формі гелю та у таблетованій формі.

Гіпертензивні кризи (ГК) становлять потенційну загрозу життю хворого і потребують швидкого – протягом кількох годин – зниження артеріального тиску (АТ). Виходом є модифікація і розробка нових лікарських форм антигіпертензивних препаратів для трансмукозного аплікаційного застосування. Перевагами інтраназального шляху введення є можливість прямої дії субстанції на ЦНС, підвищення біодоступності субстанції у зв'язку з відсутністю “ ефекту першого проходження через печінку”, зручність застосування і легкість дозування, швидкість евакуації субстанції з носової порожнини. Ці переваги призводять до поліпшення комплайності пацієнтів, а головне — прискорюється швидкість розвитку системної дії. При інтраназальній аплікації діючої субстанції системний ефект розвивається вже через 5-7 хвилин.

Нами розроблено та впроваджено інноваційну лікарську форму каптоприлу для трансмукозного застосування у вигляді інтраназального гелю з контрольованим вивільненням субстанції каптоприлу.

**Матеріал та методи.** Всього обстежено 54 хворих ГХ II стадії з неускладненими кардіальними ГК, дослідна група - 30 хворих у віці від 38 до 69 років ( середній вік – 52,6±5,03 роки) з середньою тривалістю захворювання 11,3±0,72 р., які отримували інтраназальні аплікації гель-каптоприлу у дозі 50 мг субстанції каптоприлу (один мл 5% гелю).

Група порівнювання - 24 хворих на ГХ II ст. з неускладненими кардіальними ГК у віці від 37 до 65 років, анамнез ГХ - 10,2±0,33 р., приймали каптоприл у еквівалентній дозі перорально.

Для вивчення впливу гель-каптоприлу для аплікаційного застосування на перебіг неускладнених церебральних ГК було проведено його порівняння з референтним препаратом каптоприл у таблетках з вмістом 0,05 г субстанції).

**Результати та обговорення.** Після добової терапії гелем більшість хворих (85,4%) відмічали суттєве покращення самопочуття. У всіх хворих частота скарг на головний біль знизилася через добу лікування з 83,8±6,3% до 11,4±2,3%; частота скарг на запаморочення – з 74,5±6,6% до 4,8±1,0% (p<0,0001). Значно рідше відмічалися болі в прекардіальній ділянці серця: до лікування - 54,5±6,8%, після-7,6±0,6% (p<0,01). Зменшилася частота скарг на підвищену стомлюваність і слабкість. З побічних ефектів дії препарату у 2-х пацієнтів спостерігалось підсилення головних болів у перший тиждень лікування. Порушень ритму та провідності на ЕКГ не було зареєстровано. ЧСС в динаміці лікування статистично значимо не змінювалося.

Встановлено, що через 2 години у хворих, що отримували гель-каптоприл інтраназально у дозі 25 мг, САТ знижувався на 16,9% (p<0,05), ДАТ – на 12,2% (p<0,05). Відповідно зафіксовано зниження АТ середній на 13,9% (p<0,05). ЧСС практично не змінювалось ні через 2 години ні через добу лікування. Через 2 тижні терапії офісний САТ у середньому по групі знизився на 20,3% (p<0,05)., ДАТ – на 15,9 % (p<0,05), АТ середній – на 18,1%, що сягало цільового стратегічного рівня у 73,8% хворих на АГ з тенденцією до церебральних кризів.

Через 2 години після перорального вживання таблетки каптоприлу САТ, ДАТ й АТ сер. і ЧСС виявили лише тенденцію до редукції. Через 2 тижні терапії САТ знизився на 12,4 % (p<0,05), ЧСС –