

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ  
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,  
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету  
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

За наявності холецисто-дигестивної нориці виконувалась холецистектомія з ушиванням норицевого ходу. Холецисто-дуоденальна нориця з обтураційною кишковою непрохідністю потребували роз'єднання органів, холецистектомії, ушивання дванадцятипалої кишки, ентеротомії з видаленням конкременту.

Досить складну проблему являло хірургічне лікування синдрому Міріззі. Оперативне втручання полягало у відсіченні жовчного міхура на рівні норицевого ходу, видалення каменів, ушивання норицевого отвору, дренажуванні позапечіночних жовчних проток або накладання біліо-дигестивних анастомозів.

Терміни лікування становили від 7 до 22 днів (у середньому 13,5 доби). Післяопераційні ускладнення виникли у 5 (13,5%) осіб. Релапаротомію виконано одній хворій з приводу жовчного перитоніту. З 37 прооперованих хворих померла 1 (2,7%). Причиною смерті стала тромбоемболія легеневої артерії.

Таким чином, зморщений жовчний міхур, синдром Міріззі, внутрішні жовчні нориці, обтураційна жовчнокам'яна кишкова непрохідність є досить рідкісними ускладненнями жовчнокам'яної хвороби, які важко діагностуються на доопераційному етапі, мають досить тривалі строки післяопераційного лікування та високу частку післяопераційних ускладнень.

## КОМБІНОВАНА МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ АРИТМІЙ, А ТАКОЖ МЕТАБОЛІЧНИХ, НЕЙРОГУМОРАЛЬНИХ І ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ НИХ (ФІНОПТИН + АЛЬФА-ТОКОФЕРОЛ)

*Сергій Латогуз*

*Харківський національний медичний університет*

**Вступ.** Порухення ритму серця є найбільш грізними ускладненнями ішемічної хвороби серця (ІХС). Патогенез ІХС та аритмій, результат захворювання багато в чому залежить від порушень метаболізму, що виникають в результаті ішемії і гіпоксії міокарда. Провідна роль в реалізації метаболічної відповіді належить процесам перикисного окислення ліпідів. Активізація процесів перикисного окислення ліпідів - важлива патогенетична ланка в розвитку аритмій у хворих ІХС. Для інактивації цього процесу необхідні антиоксиданти, в тому числі і неферментні, такі як вітамін Е, аскорбінова кислота, селен та ін. Серед цих речовин альфа-токоферол (вітамін Е) найбільш активний і найчастіше вживаний антиоксидант.

**Метою** нашого дослідження було вивчити в порівняльному аспекті з фіноптином комбіновану медикаментозну корекцію аритмій за допомогою поєданого застосування фіноптіна і альфа-токоферолу, а також його впливу на метаболічні, нейрогуморальні і гемодинамічні механізми при порушеннях ритму серця.

**Матеріали і методи дослідження.** Клінічна ефективність комбінації фіноптіна і альфа-токоферолу вивчена у 36 хворих, у хворих з порушеннями ритму серця при ІХС, лікування фіноптином котрих не дало позитивного ефекту (21 хворий) або дало задовільний терапевтичний ефект (15 хворих): 31 чоловік і 5 жінок у віці від 30 до 78 років. На тлі гіпертонічної хвороби аритмії протікали у 29 хворих, без гіпертонічної хвороби - у 7 хворих, з порушенням кровообігу ІА ст. - у 28, ІБ ст. - у 6, ІІІ стадії - у 2 хворих. У цій групі хворих приймали фіноптин і альфа-токоферол, надшлуночкова екстрасистолія спостерігалася у 7, мерехтіння і тріпотіння передсердь - у 18, шлуночкова екстрасистолія - у 11 хворих. Всі хворі перебували під постійним кардіомоніторним наглядом, електрофізіологічним і гемодинамічним контролем. До лікування і після лікування комбінованою терапією проводилося дослідження метаболічних факторів і нейрогуморальних аспектів регуляції серцево-судинної системи.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При одночасному застосуванні фіноптіна з альфа-токоферолом позитивний ефект був відзначений у 75%, хороший - у 50%, задовільний - у 25% випадків.

Терапевтичний ефект був відсутній у 9 хворих, що становить 25%. Позитивний терапевтичний ефект при надшлуночквій екстрасистолії спостерігався в 71,4%, при мерехтінні і тріпотінні передсердь - у 83,4%, при шлуночквій екстрасистолії - в 63,6%, при надшлуночкових формах аритмії - в 80% випадків.

### **Висновки:**

- 1) Більша кількість позитивних значущих зрушень в гемодинаміці, метаболізмі та нейрогуморальних показниках, ніж при монотерапії фіноптином;
- 2) При надшлуночквій екстрасистолії достовірно зменшуються вміст вільних жирних кислот (ВЖК), ацетілгідроперекісі (АГП), малоновий діальдегід (МДА), коефіцієнти  $K^{+} / K^{+} + e^{-}$ ,  $Na^{+} / K^{+} + e^{-}$ ,  $pCO_2$ , збільшується концентрація  $K^{+} + e^{-}$ ,  $pO_2$ ;
- 3) При мерехтінні і тріпотінні передсердь суттєво знижуються зміст і показники норадреналін, ВЖК, АГП, МДА, перекісний гемоліз еритроцитів (ПГЕ), лінгвальний тест, активність каталази,  $Na^{+} + e^{-}$ , коефіцієнти  $K^{+} / K^{+} + e^{-}$ ,  $Na^{+} / K^{+} + e^{-}$ ,  $pCO_2$ , і значимо збільшуються показники  $K^{+} + e^{-}$ ,  $pO_2$ ;
- 4) При шлуночквій екстрасистолії достовірно відмінності спостерігаються в зниженні АГП, МДА, ПГЕ,  $Na^{+} + e^{-}$ ,  $Na^{+} / K^{+} + e^{-}$ ,  $pCO_2$ , а також у підвищенні  $K^{+} + e^{-}$ ,  $pO_2$ ;
- 5) Більш виражені позитивні метаболічні, нейрогуморальні і гемодинамічні зрушення при лікуванні фіноптином з альфа-токоферолом відзначаються при хорошому терапевтичному ефекті у хворих з мерехтінням і тріпотінням передсердь, з надшлуночковими формами аритмій;
- 6) При лікуванні комбінацією фіноптіна з альфа-токоферолом відзначені більш значущі позитивні зміни в перекісному окисленні ліпідів (ПОЛ) і антиоксидантної системи (АОС), обміні електролітів, гемодинаміці і внутрішньосерцевої кінетики.