

собою або структурні компоненти суглобового хрящу або виконували роль штучної змазки суглобу, нами запропоновано внутрішньосуглобове введення препарату, котрий за своїм механізмом дії має нормалізувати метаболізм всіх суглобових структур. Саме таким препаратом є депротейнізований гемодериват, що містить низькомолекулярні олігопептиди та нуклеїнові кислоти - Актовегін. За рахунок покращання метаболізму суглобового хрящу та синовіальної оболонки має досягатись уповільнення прогресування патологічного процесу при ОА.

Обстежено 147 хворих на коксартроз та гонартроз 2 та 3 ступеню, які постійно приймали НПЗП. Їм було призначено Актовегін внутрішньосуглобово по 200 мг (5 мл) 1 раз у чотири дні всього 5 - 7 ін'єкцій + рефлексотерапію та фізіотерапію. Всім хворим на гонартроз із вираженим синовітом за 2 - 3 дні до початку введення Актовегіну внутрішньосуглобово одноразово вводився дексаметазон 4 мг. По завершенню лікування мала місце суттєва позитивна динаміка суб'єктивних (кількість балів візуальної шкали болю у спокої та при навантаженні) та напівоб'єктивних (кількість балів артралгії та обсяг рухів в суглобі) показників, що дозволило відмовитись від постійного прийому НПЗП. Досягнуте поліпшення тривало протягом від 6 до 12 місяців, після чого виникала потреба у повторенні курсу лікування внаслідок виникнення або посилення больового синдрому та погіршення функції суглобів. При повторних госпіталізаціях проводилось порівняння даних рентгенологічних досліджень та досліджень біомеханіки нижніх кінцівок з даними попередніх госпіталізацій. Крім того, при повторних госпіталізаціях порівнювалась динаміка вищенаведених об'єктивних показників у хворих на ОА, яким вводився Актовегін та у хворих на ОА, які отримувала інші хондропротектори.

Зроблено висновок, що внутрішньосуглобово введення Актовегіну в поєднанні із немедикаментозним лікуванням (рефлексотерапія, фізіотерапія) дозволяє суттєво зменшувати больовий синдром та функціональні порушення, а також призупинити на певний час прогресування ОА.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРАПІЇ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ РІЗНИМИ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИМИ ПРЕПАРАТАМИ В ГЕРОНТОЛОГІЇ

О.М. Терещук (Суми)

В наші дослідження було включено 75 чоловік з діастолічним артеріальним тиском від 95 до 109 мм рт. ст. Хворим був призначений один із антигіпертензивних препаратів (атенолол 25-100 мг/д; гіпотіазид 12,5-50 мг/д; верапаміл 240-480 мг/д; каптоприл 25-100 мг/д). Препарати призначались 2 рази на день, починаючи з найменшої дози і через кожних 2 дні доза збільшувалася для досягнення зниження діастолічного тиску нижче 90 мм рт. ст.

при задовільному перенесенні терапії. Дослідження тривало 3 тижні. Найбільш ефективним із порівнюваних антигіпертензивних препаратів виявився атенолол. В порядку зменшення ефективності за атенололом були верапаміл, гіпотіазид, каптоприл. Різницю в ефективності антигіпертензивних препаратів пояснюємо неможливістю збільшення дози препарата через його погану переносимість або розвиток побічних ефектів.

Встановлено залежність антигіпертензивної ефективності препаратів від віку. У хворих молодше 60 років найбільш ефективним був каптоприл (на другому і третьому місці атенолол і верапаміл відповідно), а в більш похилих вікових групах - атенолол (на другому і третьому місці верапаміл і каптоприл відповідно). Побічні ефекти, які змушували виключати хворого із дослідження набагато частіше зустрічалися при лікуванні каптоприлом в порівнянні з лікуванням атенололом, верапамілом, гіпотіазидом.

Рівень загального холестерину дещо підвищувався (9,8 ммоль/л) при лікуванні гіпотіазидом. У цих же хворих незначно підвищувався вміст глюкози (7,2 ммоль/л).

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З МИГОТЛИВОЮ АРИТМІЄЮ В ПОХИЛОМУ ТА СТАРЕЧОМУ ВІЦІ

П.А. Демянюк (Суми)

З усіх порушень ритму серця миготлива аритмія (МА) викликає особливу зацікавленість в зв'язку з ранньою інвалідизацією хворих, прогресуванням недостатності кровообігу, обтяженим прогнозом із-за ризику розвитку тромбоемболічних ускладнень. Нами обстежено 971 хворих в віці 60-90 років, які проходили лікування в кардіологічному відділенні Сумського обласного госпітально для інвалідів Великої Вітчизняної війни в 2001 році. У 171 хворого (21,3%) було діагностовано МА, причому у більшості хворих вона була постійної форми. В залежності від віку частота МА була такою: у віці 60-70 років - 13,1%, 70-80 років - 21,3%, 80-90 років - 27,2%.

Аналіз скарг у геріатричних пацієнтів з МА показав, що більшість з них турбують симптоми, що вказують на розвиток недостатності кровообігу - задишка при навантаженні і в спокої (відповідно 86,0 і 27,1%) або симптоми, які супроводжують аритмію (слабкість, знедуження - в 41,0% випадків); значно рідше - серцебиття і перебої в роботі серця.

Питання про відновлення синусового ритму вирішується в кожному випадку індивідуально. Це залежить від давності захворювання, продовження аритмії, ступеню кардіомегалії і серцевої недостатності, ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень. Для медикаментозного відновлення синусового ритму частіше всього використовувались дігоксин, верапаміл, аміодарон, хінідин, однак попередньо проводилось лікування серцевої недостатності, призначалась метаболічна терапія і обов'язково дезагреганти.