



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ "ІНСТИТУТ ГЕРОНТОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ"

ЛЮДИНА ТА ЛІКИ – УКРАЇНА

Національний конгрес



ТЕЗИ

ДОПОВІДЕЙ

1-3 квітня 2014
Київ

Застосування ІІ у комбінації із СТ у хворих на БА з нормальною масою тіла призводило до вірогідного зменшення величини ІІ-1- β , а у пацієнтів з ОЖ — до зменшення ФНП- α і збільшення ІІ-4 ($P < 0,05$). Подібні зміни у даних хворих засвідчують зменшення прозапальних і збільшення протизапальних цитокінів. У хворих на БА з ОЖ, НМТ комбіноване лікування було більш ефективним за самостійне застосування СТ і проявлялося у зменшенні показників ІІ-6 та ІІ-10 ($P < 0,05$). Подібні зміни могли свідчити про зменшення запальної складової імунної відповіді.

У хворих на БА з нормальною масою тіла не встановлено вірогідних відмінностей у показниках досліджуваних цитокінів між тими, хто приймав СТ самостійно та в комбінації з ІІ.

Висновок. СТ позитивно впливала на перебіг БА у хворих із нормальною масою тіла, НМТ та ОЖ. Для підвищення ефективності лікування хворих на БА з ОЖ, НМТ доцільно поряд із сеансами СТ застосовувати імуномодулятор ІІ.

ОЦІНКА КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ БЕЗПЕКИ КОМБІНАЦІЇ БЕТА2-АГОНІСТА ПРОЛОНГОВАНОЇ ДІЇ ТА ІНГАЛЯЦІЙНОГО КОРТИКОСТЕРОЇДА З ПОХІДНИМ МЕТИЛКСАНТИНУ ТРИВАЛОЇ ДІЇ ПІД ЧАС ЛІКУВАННЯ НЕКОНТРОЛЬОВАНОЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

О.К. Каблукова, О.В. Герасимова
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
м. Вінниця

Мета. Оцінити кардіоваскулярну безпеку комбінації бета2-агоніста пролонгованої дії та інгаляційного кортикостероїда з похідним метилксантину тривалої дії під час лікування неконтрольованої бронхіальної астми (БА) у дітей шкільного віку.

Методи. Під час дослідження було обстежено 124 дитини з неконтрольованим перебігом БА (НК БА) віком 6–17 років. Групу контролю склали 95 умовно здорових дітей. На тлі загострення БА та в залежності від призначеного лікування усі діти з НК були поділені на чотири терапевтичні групи: до І а групи увійшла 31 дитина з НК БА, яка отримувала симбікорт і доксофілін, до І б групи — 30 дітей, які отримували лише симбікорт, до ІІ а групи увійшло 30 дітей, які приймали серетид та доксофілін та у ІІ б групи увійшло 33 дитини, які приймали лише серетид. Для оцінки кардіоваскулярної безпеки нами проведено порівняння частоти скарг із боку серцево-судинної системи (ССС), даних ЕКГ, ЕхоКГ, рівня електролітів крові (рівень K^+ у сироватці крові та еритроцитах) і маркерів ушкодження міокарда при надходженні до стаціонару та після 7 днів застосування чотирьох схем терапії у дітей із НК БА.

Результати. У І а групі достовірно менше ($p < 0,05$) зустрічалися такі клінічні симптоми, як серцебиття, відчуття перебою в роботі серця, головний біль, слабкість. Окрім того, у цій групі достовірно знизилася кількість синусових тахікардій, надшлуночкових екстрасистолій, достовірно зменшилася ЧСС, що зумовило покращення показника хвилинного об'єму, також спостерігалася достовірне зменшення ($p < 0,05$) рівня маркерів ушкодження міокарду. В інших терапевтичних групах спостерігалася тенденція до зменшення змін із боку ССС, але незважаючи на це, їхня кількість залишалася достовірно більшою у порівнянні з дітьми контрольної групи ($p < 0,05$). Не можна не відмітити той факт, що в ІІ а групі достовірно збільшилася кількість монотонних шлуночкових екстрасистол на 7-у добу лікування до 33,3% порівняно із 13,3% при надходженні ($p < 0,05$). Окрім того, незміними залишалися гіпокаліїємія та синдром подовженого інтервалу Q–T в усіх терапевтичних групах, що особливо хвилює та потребує проведення відповідних реабілітаційних заходів стосовно основного захворювання та одночасної підтримки роботи ССС.

Висновок. Під час дослідження встановлена достовірна клінічна ефективність комбінації симбікорту й доксофіліну у дітей із неконтрольованим перебігом БА та змінами із боку серцево-судинної системи і в інших терапевтичних групах спостерігалася тенденція до зменшення змін із боку ССС, але незважаючи на це, їхня кількість залишалася достовірно більшою у порівнянні з дітьми контрольної групи.

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА ИНТРАНАЗАЛЬНОЙ МЯГКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ С ВИНПОЦЕТИНОМ

Н.А. Нагорная, В.В. Гладышев, И.Л. Кечин
Запорожский государственный медицинский университет,
г. Запорожье

Тема. Исследования, направленные на разработку новых высокоэффективных лекарственных средств нейропротективного направления, являются приоритетными, о чем свидетельствуют соответствующие национальные программы здравоохранения многих стран мира, в том числе и Украины. При этом арсенал эффективных лекарственных средств доказательной медицины в данной области достаточно ограничен. Одним из препаратов, осуществляющих избирательную коррекцию мозговой перфузии, является винпоцетин, представленный на фармацевтическом рынке Украины в пероральной лекарственной форме таблеток 5 и 10 мг и 0,5%-го инъекционного раствора. При пероральном пути введения винпоцетин частично инактивируется ферментами желудочно-кишечного тракта и период достижения клинического эффекта достаточно продолжительный. Инъекционный путь введения более целесообразен для условий стационара. Эти недостатки возможно оптимизировать путем использования альтернативного трансмукозного пути введения винпоцетина, в частности интраназального с использованием соответствующих мягких лекарственных форм.

Цель. Научно обосновать рациональность состава назальной мази с винпоцетином.

Материалы и методы. В качестве носителей для назальной лекарственной формы винпоцетина исследовали гидрофильные, липофильные и эмульсионные мазевые основы-носители, применяющиеся в промышленном и аптечном производстве мягких лекарственных форм и описанные в литературе. Содержание винпоцетина в назальных мазях составляло 0,5%. Исследования проводили с помощью однофакторной математической модели эксперимента с повторными наблюдениями. В качестве параметра оптимизации устанавливали высвобождение винпоцетина как первый этап определения биологической доступности, которую изучали методом равновесного диализа по Кривчинскому при температуре $32 \pm 0,5$ °C через пленку «Купрофан» на станции с диффузионными ячейками Франца (Permegear Inc., США). Концентрацию высвободившегося через 30 минут в 0,05 М раствора соляной кислоты винпоцетина определяли спектрофотометрическим методом. **Результаты.** Установлено, что вид основы-носителя существенно влияет на высвобождение винпоцетина из интраназальных мазей.

Вывод. Дисперсионный анализ результатов показал, что оптимальный уровень высвобождения винпоцетина из данных лекарственных форм обеспечивают эмульсионные основы типа масло/вода, которые отобраны для дальнейших доклинических исследований.

ШЛЯХИ ПОСЛАБЛЕННЯ УЛЬЦЕРОГЕННОСТІ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ

Ф.В. Гладких, Н. Г. Степанюк
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,
кафедра фармації,
м. Вінниця

Мета. Узагальнення сучасних відомостей про терапевтичні підходи, направлені на послаблення ультцерогенності нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), та характеристики невирішених питань, за даними відкритих джерел інформації.

Матеріали й методи. Аналіз сучасних і пошук нових підходів до послаблення ультцерогенності НПЗЗ.

Результати. Сучасні терапевтичні підходи до профілактики та лікування НПЗЗ-індукованих гастропатій, на жаль, рідко направлені на

розробку комплексу превентивних заходів, що попереджують розвиток і небажані ефекти цієї групи препаратів. Перш за все, шляхом вирішення цієї проблеми є зміна тактики застосування НПЗЗ (зниження дозування, перехід на парентеральне, ректальне чи місцеве введення, використання кишковорозчинних форм, проліків). Проте, враховуючи, що НПЗЗ-індукована гастропатія є не стільки місцевою, скільки системною реакцією, то зміна шляху введення не вирішує проблеми.

Другим шляхом є одночасне призначення НПЗЗ і препаратів, що здатні захищати слизову оболонку шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Застосування комбінацій із гастропротекторними препаратами частково вирішує завдання усунення побічної дії неселективних інгібіторів циклооксигенази (ЦОГ). Проте вони не здатні відновити синтез простагландинів (ПГ), порушений при інгібуванні ЦОГ-1. Необхідно відмітити й те, що інгібітори протонної помпи (ІПП) та H_2 -гістаміноблокатори не знижують ризик розвитку патологічних змін у дистальних відділах ШКТ.

Зважаючи на багатогранність патогенезу НПЗЗ-індукованих гастропатій і спираючись на точку зору інших дослідників, ми вважаємо доцільним застосування з метою послаблення побічних ефектів НПЗЗ препаратів із політропними фармакологічними ефектами, зокрема вінборону, кверцетину, тіатріазоліну.

Особливої уваги заслуговує новий вітчизняний спазмолітик Вінборон (ресинтезований на НВЦ «Борщагівський ХФЗ» фенікаберан), якому притаманний цілий комплекс цінних фармакологічних властивостей: спазмолітична, протизапальна, знеболювальна (місцева та центральна), протиішемічна, протигрибкова, антигіпоксична, антиоксидантна, антиагрегантна, імуномодельовальна, протимікробна, стимулювальний вплив на мікроциркуляцію та репаративні процеси.

Висновки:

1. На сьогоднішній день проблема усунення побічних ефектів НПЗЗ залишається невирішеною.
2. Наявні шляхи послаблення ульцерогенності НПЗЗ (зміна тактики застосування, комбінація з аналогами ПГ, H_2 -гістаміноблокаторами, інгібіторами протонної помпи, препаратами з антигіпоксичною та антиоксидантною активністю) не вирішують даної проблеми в повній мірі.
3. Використання препаратів із політропними фармакологічними властивостями є найбільш доцільним для вирішення проблеми усунення побічних ефектів НПЗЗ.

РАЗРАБОТКА ОПТИМАЛЬНОГО СОСТАВА МЯГКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ С МИНОКСИДИЛОМ

И.В. Гнисько¹, А.Д. Дюдюк², С.А. Гладышева¹,

¹Запорожский государственный медицинский университет,

г. Запорожье,

²ГЗ «Днепропетровская медицинская академия Минздрава Украины»,

г. Днепропетровск

Тема. Заболевания волос, особенно их выпадение (алопеция), — одна из основных медико-социальных проблем современности. Не представляя непосредственной опасности для жизни и здоровья населения, за счет наличия видимых дефектов внешности они приводят к развитию депрессивных и невротических состояний посредством дальнейшего прогрессирования и возможного развития на их фоне патологических состояний, ощутимо влияющих на качество жизни. Наиболее эффективными средствами, применяемым современной трихологией для стимуляции роста волос, как при андрогенной, так и при других видах алопеции, являются препараты, содержащие периферические вазодилаторы, в частности миноксидил (регейн, рогаин). На фармацевтическом рынке Украины миноксидил представлен в форме 2% и 5% спирто-водных лосьонов производства Bosnalijek (Босния-Герцеговина). В мировой трихологической практике миноксидил также используют в форме 2% и 5% аэрозолей и растворов для наружного применения. В связи с этим представляет интерес изучение возможности создания мягких лекарственных форм миноксидила (кремов, мазей, гелей), обеспечивающих пролонгацию лекарственного вещества и более высокую комплаентность.

Цель. Научно обосновать рациональный состав мази с миноксидилом для наружного действия.

Материалы и методы. В качестве носителей для мягкой лекарственной формы миноксидила исследовали гидрофильные, липофильные и эмульсионные мазевые основы-носители, применяющиеся в промышленном и аптечном производстве мягких лекарственных форм и описанные в литературе. Содержание миноксидила в мазах составляло 2%. Исследования проводили при помощи однофакторной математической модели эксперимента с повторными наблюдениями. В качестве параметра оптимизации устанавливали высвобождение миноксидила как первый этап определения биологической доступности, которую изучали методом равновесного диализа по Кривчиньскому при температуре $32 \pm 0,5$ °C через пленку «Купрофан» на станции с диффузионными ячейками Франца (PermeGear Inc., США).

Результаты. Установлено, что вид основы-носителя существенно влияет на высвобождение миноксидила из мазей.

Вывод. Дисперсионный анализ результатов показал, что оптимальный уровень высвобождения миноксидила из данных лекарственных форм обеспечивает эмульсионная основа типа масло/вода, которая отобрана для дальнейших доклинических исследований.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИКВОРОККОРРИГИРУЮЩИХ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТАХ МИКОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Е.Л. Панасюк, Д.В. Говорова

ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней

им. Л.В. Громашевского НАМН Украины»,

г. Киев

Тема. За последние годы возросла частота инвазивных микозов с поражением центральной нервной системы (ЦНС). Церебральные микозы у иммунокомпрометированных больных первично могут протекать в виде бессимптомного в клиническом и лабораторном плане менингоэнцефалита (МЭ), сопровождающегося осложнениями, среди которых ведущее значение имеет гипертензионно-гидроцефальный синдром (ГГС) (до 40–60%).

Цель. Оценить эффективность и разработать схемы ликворокорректирующих манипуляций при МЭ грибковой этиологии.

Материалы и методы. За последние 3 года в отделении интенсивной терапии и детоксикации обследовано и пролечено 23 пациента с МЭ микозной этиологии. Диагноз установлен на основании данных анамнеза, физикального обследования, результатов лабораторной и инструментальной диагностики.

Результаты. Все пациенты были госпитализированы в тяжелом состоянии, с нарушением сознания, признаками отека-набухания головного мозга и ГГС, базальными и стволовыми нарушениями. Типичные менингеальные симптомы были выявлены только у $43,5 \pm 10,6\%$ больных. У 18 ($78,3 \pm 8,8\%$) — повышение ликворного давления в среднем до 350 ± 50 мм. вод. ст, цитоза — в среднем до 158 ± 20 клеток, преимущественно смешанного характера, гипорахия (в среднем $1,3 \pm 0,3$ ммоль/л). ГГС у 13 ($56,5 \pm 10,6\%$) больных носил кризовое течение с угрозой дислокации ствола головного мозга. Медикаментозная терапия не оказывала стабильного эффекта, а с течением времени была индифферентной. В связи с этим всем больным в течение 14–21-го дня проводились люмбальные пункции 3 раза в неделю с дробной эвакуацией СМЖ под контролем ликворного давления, витальных функций. Троице пациентам был установлен люмбальный дренаж, с помощью которого проводилось контролируемое снижение внутричерепного давления. Данные манипуляции позволили повысить эффективность интенсивной терапии церебральных микозов, стабилизировать состояние пациентов, улучшить ликворологические показатели, повысить частоту выживаемости больных в первые 3–4 месяца.