

ЛІТЕРАТУРА:

1. *Механизмы воспаления бронхов и легких и противовоспалительная терапия* / под. редакцией Г.Б. Федосеева. — Москва, 1998. — С. 197.
2. *Применение эrespала при лечении бронхолегочных заболеваний у детей* / С.И. Петрова, Я.В. Панютина, Т.Ф. Умеркулова и соавт. // *Лечащий врач*. — 2000. — № 8. — С. 28–32.
3. *В.М. Свистушкин, Г.Н. Никифорова. Эrespал в клинической практике* // *CONSILIUM-PROVISORUM* Том 1. — № 6. — 2001 [www.document] http://www.media/provisor/01_06/16.shtml, 17-Feb-2002 (15.11.2002)/
4. *Сафронова А.Н., Генле Н.А. Современные подходы к терапии бронхитов у детей* // *Медицинская помощь*. — 2000. — № 6. — С. 26
5. *Evard Y., Kato G. et al. Fenspiride and inflammation in experimental pharmacology.* // *Eur. Resp. Rev.* — 1991. — № 1. — P. 93–100.

ЭРЕСПАЛ В ЛЕЧЕНИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

*Е.А. Речкина, В.П. Костромина,
Л.Б. Ярошук*

Резюме

Изучены эффективность и переносимость препарата Эrespал (сироп) в лечении детей с бронхолегочной патологией. Установлено, что препарат оказывает выраженный противовоспалительный эффект как в виде монотерапии, так и в комплексном лечении острого бронхита (простого и обструктивного), рецидивирующего бронхита и пневмонии.

ERESPAL IN TREATMENT OF LUNG DISEASES IN CHILDREN

*E.A. Rechkina, V.P. Kostromina,
L.B. Yaroshchuk*

Summary

The efficacy and tolerability of Erespal (syrup) in treatment of children with lung diseases were studied. It was established that Erespal caused pronounced antiinflammatory effect both in monotherapy and in complex treatment of acute (simple and obstructive) and recurrent bronchitis and pneumonia.

УДК 616.12-02-008.64: 616.24-036.12: 615.451

Н.И. Гуменюк, Я.А. Дзюблик, Н.Д. Морская, Т.В. Яхница ПРЕДПОСЫЛКИ К ПРИМЕНЕНИЮ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ИНФУЗИОННОГО РАСТВОРА СОРБИТОЛА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины

В патогенезе застоя в большом круге кровообращения у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких важное значение имеет повышение внутригрудного давления [1]. За счет повышения внутригрудного давления и удлинения выдоха значительно ухудшаются условия для венозного возврата крови к сердцу и создаются предпосылки для ее экстраторакального депонирования и развития отеков. Нарушения сократительных свойств миокарда вследствие воздействия гипоксии, интоксикации, дополнительной нагрузки сопротивлением развиваются на более поздних стадиях заболевания.

Лечный эффект салуретиков (фуросемид, этакриновая кислота, гидрохлортиазид и др.) при сердечной недостаточности, обусловленной заболеваниями сердца и сосудов, основан на уменьшении объема циркулирующей крови (его секвестрации), за счет чего улучшается гемодинамическая функция сердца, снижается венозное давление. В связи с этим жидкость из отеков тканей за счет изменения градиента давления пассивно возвращается в сосудистое русло.

У больных с хроническим легочным сердцем (ХЛС) повышение венозного давления обусловлено в большей мере не нарушением инотропной функции сердца, а увеличением внутригрудного давления. При этом применение салуретиков может способствовать снижению венозного давления и уменьшению признаков застоя крови только в случае достижения гиповолемии, которая при наличии у больных полицитемии, увеличения гематокрита сопряжена с ухудшением реологических свойств крови и увеличением риска микротромбообразования.

С этих позиций, с целью ликвидации явлений застоя крови в большом круге у больных с ХЛС более обосновано применение осмотических диуретиков. Эти препараты, в отличие от салуретиков, обуславливают активную дегидратацию тканей за счет повышения осмолярности крови.

Следует также учесть, что лечение петлевыми и тиазидными диуретиками часто сопряжено с развитием таких побочных явлений, как нарушения электролитного баланса (гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремический алкалоз, гиперкальциемия), повышение концентрации в крови мочевой кислоты, ототоксичность, нарушения зрения, фасцикуляции мышц, иногда нейтропения и тромбоцитопения [2–5].

Нами проведено изучение диуретического эффекта гиперосмолярного инфузионного препарата сорбидакт, основу которого составляет гипертонический раствор сорбитола (200 г на 1000 мл). В качестве препаратов сравнения использовали изотонический раствор глюкозы с хлористым калием и реосорбидакт, содержащий меньшее количество сорбитола (60 г на 1000 мл).

В исследовании принимал участие 21 больной с хроническим легочным сердцем (18 мужчин и 3 женщины в возрасте от 45 до 76 лет). У 18 пациентов был диагностирован хронический обструктивный бронхит, у 2 — фиброзирующий альвеолит, у 1 — первичная легочная гипертензия.

У всех больных наблюдались признаки застоя в большом круге кровообращения (отеки на ногах и увеличение печени), степень выраженности которых соответствовала II А стадии недостаточности кровообращения.

Исследование проводили на протяжении трех дней: в 1-й день проводили измерение суточного диуреза после капельного введения 200 мл раствора глюкозы (Г), во 2-й день —

после введения 200 мл реосорбिलाкта (Р), в 3-й день — после введения 200 мл сорбिलाкта (С). Очередность применения препарата у каждого последующего больного менялась (у второго больного — Р в 1-й день, С — во 2-й, Г — в 3-й; у третьего больного — С, Г и Р, соответственно и т.д.).

Суточный диурез после введения Г составил $928,8 \pm 65,5$ мл, после Р — $958,6 \pm 72,7$ мл, после С — $1037,0 \pm 85,1$ мл. Учитывая значительный вариационный размах показателей диуреза в группе исследуемых, для анализа результатов нами был использован метод оценки различий сопряженных вариантов. В результате установлено, что объем диуреза после введения С превышал аналогичный показатель после введения Г на $109,0 \pm 44,5$ мл; $p < 0,01$ (на 11,6 %), после введения Р статистически достоверного увеличения диуреза не отмечалось ($+29,8 \pm 30,3$ мл; $t = 0,98$).

Таким образом, препарат сорбिलाкт у больных с декомпенсированным хроническим легочным сердцем оказывает умеренное диуретическое действие. Результаты исследования обуславливают необходимость дальнейшего изучения эффективности применения сорбिलाкта в комплексном лечении больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гаврисюк В.К., Ячник А.И. Хроническое легочное сердце. — Киев, 1997. — 96 с.
2. Brater D.C. Drug — induced electrolyte disorders and use of diuretics // Kokko J.P. Tannen R.L., eds. Fluids and electrolytes. — Philadelphia: W.B. Saunders, 1996. — P. 693–728.
3. Brater D.C. Diuretic therapy // N. Engl. J. Med. — 1998. — Vol. 339, № 6. — P. 387–395.
4. Cooperman L.B., Rubin I.L. Toxicity of ethacrynic acid and furosemide // Am. Heart J. — 1973. — Vol. 85. — 831–834.
5. Sheffield P.A., Turner J.S. Ototoxic drugs: a review of clinical aspects, histopathologic changes and mechanisms of action // South Med. J. — 1971. — Vol. 64. — 359–363

ПРЕДПОСЫЛКИ К ПРИМЕНЕНИЮ ГИПЕРОСМОЛЯРНОГО ИНФУЗИОННОГО РАСТВОРА СОРБИТОЛА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Н.И. Гуменюк., Я.А. Дзюблик, Н.Д. Морская, Т.В. Яхница

Резюме

Проведено изучение диуретического эффекта препарата сорбिलाкт, основу которого составляет гиперосмолярный раствор сорбитола, в сравнении с препаратом реосорбिलाкт и изотоническим раствором глюкозы у больных с декомпенсированным хроническим легочным сердцем. Установлено наличие умеренного диуретического действия сорбिलाкта. Результаты обуславливают необходимость дальнейшего изучения эффективности применения сорбिलाкта в комплексном лечении больных.

BACKGROUNDS TO THE USE OF HYPEROSMOLAR INFUSION OF SORBITOL SOLUTION IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED COR PULMONALE

N.I. Gumenyuk, Ya.A. Dzyublik, N.D. Morskaya, T.V. Yahnitsa

Summary

There have been conducted a study of diuretic effect of medicine sorbilact (hyperosmolar solution of sorbitol) in comparison with medicine reosorbilact and isotonic solution of glucose in patients with decompensated cor pulmonale. The mild diuretic activity of sorbilact have been established. The results necessitate further study of efficacy of sorbilact in complex treatment of patients.

УДК 616.12 — 02:616.24 — 036.12:547.586.2-085

И.А. Панащук

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОМЕГА-3 ПОЛИНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ В КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины

Исследование влияния препарата омега-3 ПНЖК Текома на состояние системы гемостаза показало, что если в пробах *in vitro* препарат оказывает выраженный антиагрегационный эффект, то при его использовании в лечении больных клинически значимое влияние на показатели агрегации тромбоцитов проявляется не ранее чем через 2–3 недели лечения [2]. Это обусловлено необходимостью постепенного уменьшения содержания в клеточных мембранах арахидоновой кислоты (донатора индуктора агрегации тромбоксана A_2) путем ее замещения омега-3 ПНЖК. Таким образом, Теком является малоэффективным при острых состояниях, сопряженных с гиперкоагуляцией крови (острые тромбозы, тромбофлебиты,

обострения ишемической болезни сердца, тромбинфарктные пневмонии).

Вместе с тем омега-3 ПНЖК имеют и существенное преимущество по сравнению с наиболее эффективным антиагрегантом — ацетилсалициловой кислотой (АСК): в связи с накоплением в фосфолипидной оболочке клеточных мембран их антиагрегационное действие сохраняется на протяжении нескольких недель после окончания курса лечения. Кроме того, омега-3 ПНЖК оказывают влияние и на плазменное звено гемостаза (активизируют процессы фибринолиза, снижают уровень фибриногена).

В связи с вышеизложенным, в Институте фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского АМН Украины разработан комбинированный лекарственный препарат Теком-А, созданный на основе Текома с добавлением АСК (желатиновые капсулы, содержащие 0,5 г Текома и 7 мг АСК).