

с внебольничными пневмониями на фоне лечения стандартной антибактериальной терапии.

Материалы и методы. Было обследовано 110 пациентов с внебольничными пневмониями в возрасте от 27 до 82 лет (39 мужчин и 71 женщина). Все больные получали стандартную антибактериальную терапию сроком на 7–10 дней и были распределены на две группы дополнительного приема эрдостеина (Муцитус) — 54 человека и амброксола — 56 человек в стандартных дозировках на срок 5–10 дней. Группы лечения эрдостеином и амброксолом были сопоставимы по возрасту, половому составу, индексу массы тела. Для оценки связанных с пневмонией симптомов использовали опросник CAP-Sym-12.

Результаты. Все обследованные больные предъявляли жалобы на кашель, однако выделение мокроты регистрировалось несколько чаще в группе больных, принимавших амброксол (43 чел.; 76,8 %), чем в группе принимавших эрдостеин (34 чел.; 62,9 %, $p < 0,05$). Спустя (7 ± 1) день от начала терапии количество больных с жалобами на кашель сократилось в группе лечения эрдостеином и не изменилось в группе лиц, получавших амброксол. Во время заключительного осмотра, через (12 ± 2) дня от начала терапии, в группе лечения эрдостеином жаловались на кашель только 5 пациентов, в то время как в группе лечения амброксолом — 23. Начальные различия в количестве больных, выделявших мокроту, исчезли спустя 2–3 суток от начала лечения. Однако на (7 ± 1) день от начала терапии количество пациентов, выделявших мокроту, в группе лечения эрдостеином вновь было меньшим, нежели в группе лечения амброксолом ($p < 0,05$). Во время заключительного осмотра в группе лечения эрдостеином никто из больных не предъявлял жалобы на выделение мокроты; в группе лечения амброксолом таковых оставалось 4 человека.

Спустя 2–3 суток от начала терапии больные из группы лечения эрдостеином стали оценивать свое самочувствие (состояние) и интенсивность кашля (по данным опросника CAP-Sym-12) лучше, чем в группе лечения амброксолом. В последующие сроки наблюдения, через (7 ± 1) и (12 ± 2) дня от начала лечения превосходство эрдостеина документировалось как объективными (меньшее количество больных с жалобами на кашель и на выделение мокроты), так и субъективными методами (опросник CAP-Sym-12).

Выводы. При лечении кашля у госпитализированных больных с внебольничными пневмониями на фоне стандартной антибактери-

альной терапии эрдостеин эффективен, превосходит амброксол и отличается хорошей переносимостью.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МОМЕНТЫ ГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ МИГРЕНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ НА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В. С. Волянская, Ю. В. Прокопчук,
Э. В. Серафимова

*Одесский национальный медицинский
университет, Одесса, Украина*

Введение. Согласно ВОЗ, мигрень относится к группе наиболее дезадаптирующих хронических заболеваний. Один из ключевых аспектов изучения болезни — выяснение механизмов ее наследования. Если приступы мигрени случались у обоих родителей, риск заболевания у детей достигает 60–90 %. В 2/3 случаев болезнь передается по линии матери, в 1/3 — по линии отца. Механизм описанных явлений не совсем ясен: одни авторы указывают на преобладание доминантного, другие — рецессивного типа наследования. Высказывается предположение, что наследуется не сама болезнь, а дефект функционирования эндогенных нейромедиаторных систем (в частности, недостаточность метаболизма моноаминов мозга, особенно серотонина) и предрасположенность к определенному типу реагирования сосудистой системы на различные раздражители. Несмотря на наличие большого количества специфических противомигренозных препаратов, терапия пациентов с мигренью все еще недостаточно эффективна.

Цель работы — исследование особенностей мозговой гемодинамики у больных с генетически обусловленной мигренью, поступающих на санаторно-курортный этап лечения.

Материалы и методы. Для определения особенностей церебральной гемодинамики при мигрени нами в межприступном периоде обследовано 40 больных, поступающих на санаторно-курортный этап лечения, которые страдают мигренью. У 32 пациентов мигрень была без ауры, у 8 пациентов — с аурой. Мужчин было 7, женщин — 33, средний возраст составил ($24,5 \pm 3,2$) года. Всем пациентам проведено доплерографическое обследование экстра- и интракраниальных сосудов по общепринятой методике. Измеряли пиковую систолическую, конечную диастолическую, среднюю линейную скорость кровотока (ЛСК) и индексы периферического сосудистого сопротивления в средних мозговых, задних мозговых, интракраниальном сегменте позвоночных артерий и в базилярной артерии. Указанные параметры регистрировали в покое, а также при функциональных пробах: с гиперкапнией и компрессией об-



щей сонной артерии. Гиперкапническая проба характеризует реактивность мозговых сосудов и функциональный резерв мозговой гемодинамики. Компрессионная проба направлена на тестирование эффективности коллатерального мозгового кровообращения. Психологическое тестирование проводилось с помощью опросника Спилбергера. Больные также отмечали интенсивность головной боли во время приступа по 10-бальной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Исследование проводилось в межприступном периоде.

Результаты. Средняя линейная скорость кровотока у больных с мигренью в межприступном периоде была увеличена в передней мозговой артерии на стороне гемикрании и составила $(60,3 \pm 9,2)$ см/с ($p < 0,05$). Диастолическая ЛСК у больных мигренью также была увеличена в обеих общих сонных артериях до $20\text{--}22$ см/с ($p < 0,01$). У пациентов с мигренью выявлено снижение резистивного индекса в обеих сонных артериях до $0,63 \pm 0,04$ ($p < 0,001$), обеих наружных сонных артериях — до $0,69 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) и обеих внутренних сонных артериях — до $0,44 \pm 0,05$ ($p < 0,05$). Кроме того, определено достоверное увеличение асимметрии ЛСК по средним мозговым артериям ($p < 0,05$), задним мозговым артериям ($p < 0,05$) и передним мозговым артериям ($p < 0,05$), где асимметрия ЛСК была наиболее выраженной и составляла $(26,3 \pm 7,8)$ см/с. Также имело место нарушение венозного оттока из полости черепа по вене Розенталя у 52 % пациентов.

Выявлена зависимость эмоционально-личностных и гемодинамических изменений у больных мигренью от стороны развития болевых приступов. Группа больных мигренью преимущественно с правосторонней гемикранией характеризовалась несколько более высоким уровнем реактивной — тревожности ($56,72 \pm 1,37$) балла по сравнению с больными с приступами левосторонней гемикрании — ($44,38 \pm 1,64$) балла. Больные правосторонней мигренью отмечали и достоверно более высокую интенсивность головной боли по ВАШ (67,2 %).

Выводы. Таким образом, мозговая гемодинамика у больных мигренью, поступающих на санаторно-курортное лечение, в межприступный период характеризуется снижением базального тонуса церебральных артерий, на что указывает снижение индекса резистентности в общих, наружных и внутренних сонных артериях и повышение диастолической ЛСК в общих сонных артериях. У пациентов с мигренью определяется отчетливая асимметрия ЛСК по артериям основания мозга, причем наиболее выраженная по передним мозговым артериям за счет увеличения ЛСК на стороне гемикрании, что, на наш взгляд, может служить одним из доплерографических критериев миг-

рени. Косвенные признаки венозной церебральной дисциркуляции выявляются больше чем у половины пациентов, что позволяет предположить, что венозный стаз может быть одним из проявлений церебральной ангиодистонии при мигрени в межприступный период. Принимая во внимание данные параклинических методов исследования, необходимо прибегнуть к таким санаторно-курортным реабилитационным программам, которые могут повлиять на механизмы церебрального кровотока, претерпевающие наибольшие изменения.

ЭФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИОКСИДАНТНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ

М. В. Гриценко, К. О. Савченко

*Одеський національний медичний
університет, Одеса, Україна*

Останніми десятиліттями спостерігається збільшення захворюваності на подагру як у світі, так і, зокрема, в Україні. Таку ситуацію пов'язують як зі збільшенням вживання багатих на пурини продуктів, алкоголю, так і з покращанням рівня діагностики.

Одним з найбільш частих вісцеральних проявів подагри є нефропатія, яка виявляється у 60–70 % хворих. У подальшому вона призводить до розвитку ниркової недостатності, що найбільш несприятлива в прогностичному відношенні, є основною причиною смерті хворих. Підвищений рівень сечової кислоти призводить до ураження ендотелію та запалення, порушення клубочкової гемодинаміки. Також гіперурикемія інгібує систему оксиду азоту та підвищує рівень ендотеліну-1, що спричиняє розвиток вазоконстрикції, поглиблює ішемію.

З огляду на вищесказане, набуває актуальності пошук способів оптимізації лікування хворих на подагру із впливом на патологічні процеси, що розвиваються у нирковому апараті, із застосуванням препаратів з антиоксидантними властивостями. Як такий препарат нами був застосований біофлавоноїд Квертин, що має нефропротекторну дію, яка проявляється у протидії ішемії та гіпоксії, нормалізації концентраційної функції нирок, сприяє підтримці швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ), виявляє ендотеліопротекторні, антиоксидантні та мембранопротекторні властивості, протизапальну активність, протидіє гломерулосклерозу, характеризується антипротеїнуричною дією.

Метою нашого дослідження було підвищення ефективності лікування хворих на подагру шляхом включення до схеми лікування препарату з антиоксидантною дією.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі ревматологічного відділення

