

**Мета** дослідження: визначення ефективності ацетилцистеїна -200 у хворих, що отримали комбіноване лікування під час загострення хронічного гнійного гаймороемоїдиту.

Відомо, що ацетилцистеїна -200 (АЦЦ) використовується як муколітик, який розріджує густий, в'язкий секрет при захворюваннях дихальних шляхів. Наявність вільної сульфідної групи дозволяє ацетилцистеїну розривати дисульфідні зв'язки кислих мукополісахаридів, що зменшує ступінь полімеризації та в'язкість секрету і сприяє прискоренню мукоциліарного кліренсу. Крім того, АЦЦ не подразнює слизову оболонку носа і БНП, що дозволяє використовувати препарат у чистому вигляді. АЦЦ надає антиоксидантну, антиоксидантну дію, що сприяє зменшенню запального процесу слизової оболонки і прискорює одужання хворого.

**Основна частина** Наші дослідження проводилися в ЛОР- відділенні міської клінічної лікарні №11. За період 2009-2010 років під спостереженням знаходилося 40 хворих на загострення однієї сторони хронічного гнійного гаймороемоїдиту. Статевий розподіл: 22 чоловіків і 18 жінок. Усі хворі відмічали більш ніж двох загострень захворювання на рік. Діагноз встановлювали на підставі даних скарг хворих, рентгенографії БНП, ендоскопічного та бактеріологічного дослідження. Хворі розподілені на дві групи по 20 пацієнтів. Пацієнти основної групи окрім антибіотиків (Азит 500мг 1 таблетка на добу) впродовж 6 днів, пункції БНП, отримували АЦЦ- 200 (1 таблетка на півсклянки води 2 рази на день) впродовж 10 днів та ведення розчину цього препарату через пункційну голку в пазуху (1 таблетка ацетилцистеїна на 20 мл 0,9% розчину хлориду натрію з експозицією 5 хвилин) після промивання фізіологічним розчином. Контрольна група (20 хворих) отримувала лікування за аналогічною схемою з виключенням ацетилцистеїну. Антибіотики хворим призначалися емпірично до верифікації збудника запалення.

**Результати дослідження.** Ефективність лікування визначалась клінічно (відсутність скарг), рентгенологічно, ендоскопічно (відсутність набряку та гіперемії слизової оболонки) та даних пункцій гайморових пазух (зникнення ексудату, нормалізація функції спіруста). Хворі обох груп відмітили значне покращення почуття, але у хворих основної групи гнійні виділення зникали раніше на 3 дні у порівнянні з контрольною групою.

**Висновки.** Наведені дані свідчать про доцільність проведення комбінованого лікування з ацетилцистеїном. Застосування секретолітика у комбінованій терапії запальних захворювань носа і БНП відновлює мукоциліарний кліренс і нормалізує бар'єрну функцію слизової оболонки, що сприяє усуненню запального процесу.

УДК 615.355.22

*І. В. Савицький, О. О. Свірський, Б. В. Панов, В. М. Кітросан*

## **ВІТАМІНОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯК КОРЕКТОР ГОМЕОСТАЗУ**

Одеський національний медичний університет  
УкрНДІ медицини транспорту, м.Одеса

**Реферат.** И. В. Савицкий, А. А. Свирский, Б. В. Панов, В. М. Китросан  
**ВИТАМИНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ  
ПАТОЛОГИИ КАК КОРРЕКТОР ГОМЕОСТАЗА.** Анализируя три клинических случая  
из практики с многолетним наблюдением, показана положительная роль использования в

---

© І. В. Савицький, О. О. Свірський, Б. В. Панов, В. М. Кітросан

комплексі лікування аскорутинотерапії є наступними висновками для обов'язкового включення даних вітамінів при лікуванні захворювань різних систем і органів.

**Ключеві слова:** вітамінотерапія, гомеостаз, хронічна патологія

**Реферат.** І. В. Савицький, О. О. Свірський, Б. В. Панов, В. М. Кітросан **ВІТАМІНОТЕРАПІЯ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯК КОРЕКТОР ГОМЕОСТАЗУ.** Аналізуючи три клінічних випадки з практики з багаторічним спостереженням, показана позитивна роль використання в комплексі лікування аскорутинотерапії з наступними висновками для обов'язкового включення наданих вітамінів при лікуванні хвороб різних систем і органів.

**Ключові слова:** вітамінотерапія, гомеостаз, хронічна патологія

**Вступ.** Незаперечною істиною є те, що провідною умовою здоров'я є гомеостаз як інтегральний критерій оцінки злагодженої взаємодії органів і систем з гарним самопочуттям, відсутністю дискомфорту і збереженням працездатності.

**Основна частина.** На підтвердження цієї думки наводимо кілька клінічних випадків тривалого спостереження із застосуванням у лікувальному комплексі вітамінотерапії. Зокрема, багато мешканців планети, незалежно від роду занять і за незначної статевої різниці, після 40-45 річного віку, як правило, страждають на остеопороз, який з віком часто трансформується у деформуючий остеоартроз, що поглиблює загрозу поліпрагмазії і зобов'язує лікаря чітко координувати терапевтичну стратегію і тактику. Вимушене обмеження працездатності та рухливості, в свою чергу, зумовлює прогресування остеопорозу, - створюється замкнуте хибне коло. Позаяк стан ремісії чи загострення процесу чіткого трактування не мають, то й запанувала думка у лікарів про безнадійність вилікування. Вимушена гіподинамія поглиблює скрутність даної клінічної ситуації тією обставиною, що сприяє зростанню фізіологічної вікової втрати відсотку кісткового кальцію з посиленням осалгії. На цьому тлі впродовж останніх 10-річ дослідники остеопорозу прогнозують пандемію переломів у 21-му столітті через розбалансованість харчування з перевагою цукристих продуктів, які сприяють розвитку кальцієво-фосфорного дисбалансу в організмі з погіршенням стану опорно-рухового апарату. Як ілюстрацію до заперечення таким міркуванням представляємо пацієнтку А., 1954 р.н., яка з 22-річного віку страждає на ревматоїдний артрит, серопозитивного варіанту, важкого клінічного перебігу швидкого прогресування, після лікування у центральних ревматологічних клініках м. Москви та м. Києва перебувала на оптимально мінімальній дозі преднізолону 15 мг на добу, що у її 30-річному віці викликало такі ускладнення як пригнічення гіпофізарно-яєчникової функції за відсутності менструацій впродовж 3-х років та спричинило внутрішньо суглобовий гомілково-ступневий перелом при звичайному повсякденному руховому навантаженні та 48 кг маси тіла [5]. Для корекції терапії на період відміни глюкокортикоїдів на тлі дієти були застосовані у середньотерапевтичних дозах препарат з групи нестероїдних протизапальних засобів мефенамінова кислота, антиоксидант аскорутин у підвищеній добовій дозі, стимулятор кори наднирникової залози етімізол та анаболічні гормони, що дозволило протягом 3-х місяців поступово відмінити преднізолон, відновити у попередньому ритмі менструації та позбутися артралгій.

Усі нестероїдні протизапальні препарати через схильність до утворення ерозій на слизовій оболонці травного тракту обмежені прийомом після їжі із запиванням їх лужною водою чи молоком. Заслуговує на увагу і те, що цього ж класу препарати, вжиті після їжі, всмоктуються лише на 47% тієї величини, яка всмоктується 100%-во у випадку прийняття її до їжі, та ще й зі значним зниженням терапевтичного ефекту. Означена методика застосована нами також для лікування пацієнта Н., 67 років, з діагнозом деформуючий остеоартроз з вираженим болевим синдромом та симптоматичною артеріальною гіпертензією [1]. З таким же ритмом аскорутинотерапії на тлі дієти успішно проводилось лікування 69-річного пацієнта із загостренням хронічного латентного пієлонефриту за ускладнення бешихою [6] на тлі симптоматичної артеріальної гіпертензії, піретичної температури тіла, невідповідної останній нормосистоїї із застосуванням також лінокміцину гідро хлориду, десенсибілізуючих та сульфаніламідних препаратів (без гіпотензивних!) [2,3].

У кожному випадку на початку спостереження ШОЕ становила понад 20-30 мм/год з нормалізацією після 1-3 місяців лікування. Кожного разу застосовувався нами метод волевої ліквідації глибокого дихання [4] пацієнтом для підтримки і корекції кислотно-лужного стану його організму з метою оптимальних умов для функціонування ферментно-вітамінної рівноваги. Тривале багаторічне лікарське спостереження передбачає періодичну корекцію стану по мірі старіння.

**Висновки.** 1. Результати короткотермінового курсового лікування не можуть створити умови для пролонгованої гомеостатичної рівноваги і потребують підключення вітамінотерапії, як коректора гомеостазу.

2. Вітамінотерапія у лікуванні практично усіх систем організму є рівноцінним і обов'язковим компонентом комплексного лікування усіх пацієнтів.

3. Пошук оптимального способу лікування пацієнтів залишається актуальним і повинен бути продовженим.

#### **Література**

1. Панов Б. В. Добовий ритм лікування деформуючого остеоартрозу /Б. В. Панов, О. О. Свірський, Л. А. Ковалевська та ін.. / Буковинський медичний вісник – 2002.- т. 6, №3-4.- С.68-70.

2. Проблема гіпотензивної терапії – проблема збереження чи порушення гомеостазу?/О. О. Свірський, Б. В. Панов, С. Г. Котюжинська, О. А. Гоженко /Бюлетень ІХ читань ім. В.В.Підвисоцького 27-28 травня 2010 року.- Одеса, 2010.- С. 145-146.

3. Про патогенетичне лікування артеріальної гіпертензії /О. О. Свірський, Б. В. Панов, С. Г. Котюжинська, В. М. Кітросан //Загальна патологія та патологічна фізіологія.- 2010. – т. 5, №2. – С.45-46.

4. Свірський О. О. Ціна дихання для підтримки гомеостазу - здоров'я / О. О. Свірський, Б. В. Панов, С. Г. Котюжинська //Загальна патологія та патологічна фізіологія.- 2010.- т.5.- №2- С. 54-55.

5. Свірський О. О. Роль фізіологічного харчування та рухів у роботі ендокринної системи /О. О. Свірський, С. Г. Котюжинська, Б. В. Панов //Фізіологічний журнал.- 2010.- т.56.- №2.- С. 288.

6. Свірський О. О. Маніфестація хронічного латентного пієлонефриту та нормалізація артеріальної гіпертензії при гострій бешісі /О. О. Свірський, А. І. Гоженко, А. М. Михайлова та ін.. /Інфекційні хвороби.-2003.- №1.- С. 68-69.

УДК 616.853:615.35

*Л. Л. Чеботарьова, Г. С. Попік, Г. В. Жилінська, Л. Д. Колобанова*

### **ЦИТОФЛАВИН ЯК СПОСІБ АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНИХ ФОРМ ЕПІЛЕПСІЇ**

Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України,  
Одеський національний медичний університет

**Реферат.** Л. Л. Чеботарева, Г. С. Попик, А. В.Жилинская, Л. Д. Колобанова. **ЦИТОФЛАВИН КАК СПОСОБ АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ЭПИЛЕПСИИ.** Несмотря на неуклонное развитие нейрофармакологии и внедрение в клиническую практику новых антиконвульсантов, у 25-30% больных эпилепсией не удается добиться полного