

Выводы:

1. Высокая подпеченочная перевязка общего желчного протока выше места впадения протоков поджелудочной железы у крыс вызывает холестатическое поражение печени животных.

2. Комбинация таурина с цинка диаспартатом («таурин-50») в общей дозе 500 мг/кг обладает корригирующим действием у крыс с холестазом, судя по результатам морфологических, гистохимических и биохимических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Oral taurine supplementation prevents the development of ethanol-induced hypertension in rats / H. Harada [et al.] // *Hypertens Res.* – 2000. – V. 23. – P. 277–284.
2. Оценка влияния курсового введения крысам цинка аспартата и цинка сульфата на показатели метаболизма аминокислот в тканях и состояние тонкого кишечника / В.М. Шейбак, М.В. Горецкая // *Экспериментальная и клиническая фармакология.* – 2013. – № 8. – С. 31–34.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РЕГРЕССА ИНВАЛИДИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОСЛЕ ТЕРАПИИ ИНФУЗИОННЫМ ПИРАЦЕТАМОМ

¹Л.А. Пирогова, ¹В.В. Гончарук, ²Т.В. Гончарук, ³Н.А. Филина,
³Н.Л. Житко, ³О.В. Пилюк, ³О.В. Кветко, ³И.В. Цитко

¹ – УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² – УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

³ – УЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации»

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является третьей по частоте причиной смерти после заболеваний сердца и новообразований [1].

Как показывает анализ литературы, в последние годы все более широкое распространение получает применение у пациентов с указанной патологией так называемых нейрометаболических церебропротекторов [2]. Максимальной терапевтической активностью среди препаратов данной группы обладают ноотропные средства, наиболее известным из них является пирацетам [3].

Целью исследования явилась оценка степени регресса инвалидизации у пациентов с инфарктом головного мозга после терапии инфузионным пирацетамом.

Материалы и методы.

Критерии включения пациентов в исследование: пациенты с инфарктом головного мозга от 36 до 88 лет, госпитализированные в первые двое суток с момента появления клиники, без соматической патологии в стадии декомпенсации, а также без психических расстройств, получавшие пирацетам в виде инфузионного раствора. Пациенты отбирались случайным образом из числа находившихся на лечении в Учреждении здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации» в 2014 году. В исследование вошли 48 пациентов с инфарктом головного мозга. Всем пациентам проводилась компьютерная или магнитно-резонансная томография

для верификации диагноза и исключения другой патологии; а также комплекс обязательных диагностических мероприятий в соответствии с существующими стандартами и клинической картиной заболевания конкретного пациента. Оценку степени инвалидизации пациентов проводили по шкале Ренкина, а также путем вычисления индекса Бартела.

Результаты и обсуждение.

Всем пациентам после поступления в стационар назначался пирацетам в виде внутривенной инфузии в различных дозах: 14,58% пациентов получали пирацетам в дозе 2 г/сутки, 20,83% – в дозе 3 г/сутки, 35,42% – в дозе 4 г/сутки, 20,84% – в дозе 5 г/сутки, 6,25% – в дозе 6 г/сутки и только 2,08% пациентов получали пирацетам в максимальной дозировке – 12 г/сутки. Доза для каждого конкретного пациента подбиралась исходя из массы тела, клинической картины и переносимости лекарственного средства.

Длительность терапии инфузионным пирацетамом в рамках данного исследования была следующей: в течение 1 недели инфузионный пирацетам получали 6,25% пациентов, в течение 2 недель – 33,33%, в течение 3 недель – 35,42%, в течение 4-5 недель – 25% пациентов. При этом у 87,5% пациентов, после окончания инфузионного курса, терапия была продолжена пероральной формой пирацетама, и только в 12,5% случаев пероральная форма пирацетама не была назначена, что было связано с тяжестью состояния пациентов.

В ходе исследования (8 недель) не было зафиксировано случаев летальных исходов, повторных ишемических атак, инфаркта миокарда и других сосудистых нарушений.

Таблица 1 – Изменение степени инвалидизации пациентов, получавших инфузионный пирацетам, через 4 и через 8 недель после острого ишемического инфаркта головного мозга

ШКАЛА \ ПЕРИОД	ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ	4 НЕДЕЛИ	8 НЕДЕЛЬ
РЭНКИНА	3,0 (2,0; 4,0)	2,0 (1,0; 3,0)*	1,0 (1,0; 2,0)**
БАРТЕЛА	25,0 (10,0; 60,0)	70,0 (35,0; 85,0)*	80,0 (45,0; 100,0)**

Примечания: значения в ячейках: медиана (25-й процентиль; 75-й процентиль)

* – достоверное ($p < 0,05$) отличие от показателя при поступлении

** – достоверное ($p < 0,05$) отличие от показателя в 4 недели

Из таблицы 1 следует, что при сравнении медиан оценок по шкалам Рэнкина и Бартела отмечено уменьшение степени инвалидизации пациентов ($p < 0,05$), см. рис. 1.

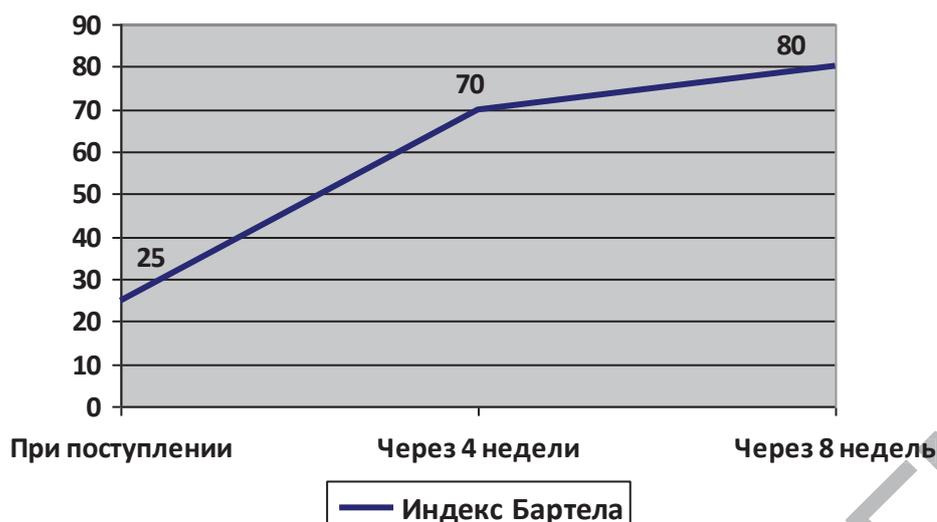


Рис. 1. Динамика индекса Бартела в процессе терапии инфузионным пирацетамом.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют об эффективности и безопасности терапии инфузионным пирацетамом у пациентов с инфарктом головного мозга. Инфузионный пирацетам способствует уменьшению степени инвалидизации пациентов. Полученные данные согласуются с результатами клинических исследований применения пирацетама при инфаркте головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кулеш, С.Д. Мозговой инсульт: комплексный анализ региональных эпидемиологических данных и современные подходы к снижению заболеваемости, инвалидности и смертности: монография / С.Д. Кулеш. – Гродно: ГрГМУ, 2012. – 204 с.
2. Авруцкий, Г.Я. Клинические аспекты терапии ноотропными препаратами / Г.Я. Авруцкий, А.И. Нисс // Фармакология ноотропов (экспериментальное и клиническое изучение) / Г.Я. Авруцкий, А.И. Нисс. – М., 1989. – С. 112-118.
3. Островская, Р.У. Нейрофармакологическая характеристика класса ноотропов (обзор литературы) / Р.У. Островская // Антидепрессанты и ноотропы / Р.У. Островская; под ред. О.А. Балунова. – Л., 1982. – С. 101-113.

ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛАТАЦИЯ, УРОВНИ СЕРОСОДЕРЖАЩИХ АМИНОКИСЛОТ И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ У ЛИЦ С ПОДАГРОЙ

Пицко Д.В., Дорошенко Е.М.

УО “Гродненский государственный медицинский университет”

Введение. На сегодняшний день не вызывает сомнений определяющая роль таких факторов, как дисфункция эндотелия (ДЭ) и повышение уровня гомоцистеина в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). В связи с высоким риском кардиоваскулярных инцидентов у пациентов с нарушением пуринового обмена изучение данных факторов представляет важное значение [2].

Цель исследования: изучить концентрации серосодержащих аминокислот, фолиевой кислоты, показатели функции эндотелия, ско-