

Винахід відноситься до області медицини, а саме до пульмонології та кардіології, і може бути застосований для лікування пульмогенної артеріальної гіпертензії у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень.

Відомий спосіб лікування пульмогенної артеріальної гіпертензії (ПАГ) у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) шляхом застосування симпа-толітичних препаратів центральної дії: допегіду по 0,25г 3 - 4 рази на добу, або гемітону (клофеліну) 0,75мг 4 - 6р. на добу (Бобров В.А., Фуштей І.М., Солдатченко С.С. с соавт. Системная артериальная гипертензия при хронических обструктивных заболеваниях легких. - К.: Здоров'я, 1994. - 216с.). Призначення даних лікарських препаратів приводить до значного зниження АТ, але побічні дії обмежують тривале їх застосування. Так, допегід може погіршувати функцію печінки; як і клофелін, він може викликати сухість в роті, сонливість, закріп. Препарати можуть погіршувати концентрацію уваги, тому протипоказані особам, які роблять на конвеєрі, на будівництві, за кермом та ін. Крім того, при тривалому їх призначенні розвивається звикання, що потребує збільшення дози.

Відомий спосіб лікування ПАГ у хворих на ХОЗЛ з включенням в комплексну терапію верошпірону, який являє собою конкурентний антагоніст альдостерону (Бобров В.А., Фуштей І.М., Солдатченко С.С. с соавт. Системная артериальная гипертензия при хронических обструктивных заболеваниях легких. - К.: Здоров'я, 1994. - 216с.). При тривалому призначенні верошпірону в дозі 0,1г на добу (0,025г в 4 прийоми) через 3 - 4 тижні разом з гіпотензивним ефектом (на 15% знижувався систолічний артеріальний тиск (САТ), на 5 - 8% - діастолічний артеріальний тиск (ДАТ), на 10% середній тиск в легеневій артерії), на 9 - 10% покращилася бронхіальна прохідність. Але недоліком цього способу є те, що гіпотензивна дія верошпірону розвивається дуже повільно (3 - 4 тижні), що потребує на початку лікування комбінації з іншими препаратами. Також можливий розвиток гіперкаліємії. У деяких пацієнтів при тривалому застосуванні розвивається гіпертріхоз (збільшена волохатість).

Відомий спосіб лікування ПАГ у хворих на ХОЗЛ з включенням в комплексну терапію селективного β -адреноблокатору кордануму (Фуштей І.М., Поливода С.М. Корданум в комплексном лечении больных хроническими обструктивными заболеваниями легких с пульмогенной гипертензией // Тез. докл. III межинститут. конф. молодых ученых и специалистов медиков по актуальным вопросам медицины. - Запорожье, 1988. - С.115 - 116). Призначення препарату в дозі 150мг/добу знижувало АТ, покращувало інші показники гемодинаміки, не погіршувало показники вентиляційної функції легень. Одним з недоліків цього способу є те, що проводиться лікування блокатором β -адренорецепторів (хоч і селективним) у хворих з вираженою бронхообструкцією, тому постійно зберігається загроза підсилення бронхоспазму (при зменшенні дози бронхолітиків, загостренні бронхолегеневого процесу). Відомо також, що у значної кількості хворих на ПАГ скоротлива функція міокарду

знижена, тому застосування кордануму, який проявляє негативну іотропну дію, може збільшити або викликати явища серцевої недостатності, вважається небажаним.

Відомий спосіб лікування ПАГ у хворих на ХОЗЛ з включенням в комплексну терапію гіпотіазиду (Бобров В.А., Фуштей І.М., Солдатченко С.С. с соавт. Системная артериальная гипертензия при хронических обструктивных заболеваниях легких. - К.: Здоров'я, 1994. - 216с.). Препарат призначається в добовій дозі 0,05 - 0,12г в 1 - 2 прийоми, перші 5 - 7 днів - щоденно, в подальшому - 2 рази на тиждень. Але відомо, що гіпотензивна дія салуретиків, в тому числі і гіпотіазиду слабка, починає проявлятися не з початку лікування, а через 1 - 2 тижні. Крім того, препарат викликає небажану гіпокаліємію, яка клінічно може проявлятися слабкістю, судомою кінцівок, негативними змінами на ЕКГ, появою порушень серцевого ритму, потребує додатково призначення препаратів калію, які в свою чергу негативно впливають на слизову оболонку шлунку. Тривале призначення гіпотіазиду може привести до збільшення концентрації сечової кислоти, відкладенню її в нирках та суглобах. Препарат також може погіршувати функцію нирок, перебіг II - го типу цукрового діабету.

Відома комплексна антигіпертензивна програма, яка складається з гіпотіазиду в добовій дозі 0,05г, гідралазіну (апресіну) в добовій дозі 0,06г та талінололу (кордануму) в дозі 0,15г на добу (Бобров В.А., Поливода С.Н., Фуштей І.М. с соавт. Артериальная гипертензия при хронической бронхиальной обструкции и некоторые вопросы ее лечения // Кардиология. - 1985. - Т.25. - №6. - С.67 - 70). Гіпотіазід призначали на протязі 7 днів, потім його застосовували по 0,05г 2 рази на тиждень (через кожні 3 дні). Проведені дослідження функціонального стану міокарду, центральної та регіональної гемодинаміки показали, що через 20 - 21 день стаціонарного лікування разом з значним зниженням системного артеріального тиску, а у 21,7% хворих з його нормалізацією, значно покращувалися показники скоротливої здатності міокарду та регіональної гемодинаміки. Недоліком цього способу є те, що ні один з застосованих препаратів не має бронхолітичної дії, позитивного впливу на мале коло кровообігу. Крім того, у гідралазіну (апресіну) є багато побічних дій, серед них - тахікардія, ортостатичні реакції, при тривалому застосуванні можливо виникнення вовчаковоподібного синдрому. У багатьох хворих швидко розвивається звикання до препарату, що потребує збільшення його дози. Можливість негативної дії β -блокатору талінололу (кордануму) на бронхообструктивний синдром, а також гіпотіазиду обговорювалася раніше.

В основу винаходу поставлене завдання удосконалити спосіб лікування пульмогенної артеріальної гіпертензії у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень в якому шляхом включення форідону та тренталу в комплексну терапію хворих досягається ефективне зниження артеріального тиску, покращення скоротливості лівого та правого шлуночків серця, функції зовнішнього дихання, зменшуються клінічні проявлення захворювання і за рахунок цього підвищується ефективність лікування даної категорії хворих.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування пульмогенної артеріальної гіпертензії у хворих на хронічні обструктивні захворювання легень шляхом введення комплексу лікарських засобів, згідно з винаходом, до комплексу засобів, що вводяться, включають форідон та трентал у фармакопейно допустимих дозах та режимах.

Спосіб здійснюють таким чином.

Хворому на бронхіальну астму або хронічний обструктивний бронхіт в складі комплексного лікування, що включає бронхолітичні, відхаркуючі, антигістамінні препарати, за показаннями - кортикостероїди та антибіотики, призначають форідон в дозі від 40 до 140мг на добу, яка розподілена на три прийоми через рівні проміжки часу та трентал в дозі 0,2г (2 ампули) в 250мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60хв. через день, на курс 10 введень.

Приводимо конкретні приклади здійснення способу.

Приклад 1. Хворий С., історія хвороби №2035. Діагноз: Бронхіальна астма Іст., інфекційно-алергічна, тяжкий перебіг, фаза загострення. ДН ІІст. Емфізема легень. Пневмосклероз. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на приступи задухи 4 - 5 разів на добу, сухий кашель, задишку, частий головний біль, давлячі болі в області серця. Об'єктивно: ЧД 24хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі хрипи. АТ 179/102мм рт.ст., пульс 76 в 1хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 58%, ОФВ-1 - 41%, МОШ-75 - 22%, МОШ-25 - 15%. Проведена комплексна терапія бронхіальної астми, традиційне антигіпертензивне лікування - клофелін 0,075мг 4р. в день, крістепін 1 табл. 2р. в день. Проведено в стаціонарі 30 днів. Перед випискою відмічає приступи задухи 1 - 2р. за добу, які припиняє застосуванням інгалятору "Беротек", незначний кашель з виділенням харкотиння, періодично головний біль, головокружіння. В легенях невелика кількість сухих хрипів. АТ 170/92мм рт.ст., пульс 82 в хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 65%, ОФВ-1 - 53%, МОШ-75 - 41%, МОШ-25 - 25%. Результат лікування визначений як задовільний.

Приклад 2. Хворий С., історія хвороби №714. Діагноз: Хронічний обструктивний бронхіт в ф. загострення. ДН ІІст. Емфізема легень. Пневмосклероз. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на утруднене дихання в стані спокою та при невеликих фізичних навантаженнях, кашель з виділенням гнійного мокротиння, частий головний біль, давлячі болі в області серця. Об'єктивно: ЧД 24 в хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі та вологі хрипи в значній кількості. АТ 191/103мм рт.ст., пульс 82 в 1хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 62%, ОФВ-1 - 50%, МОШ-75 - 46%, МОШ-25 - 25%. Проведена комплексна терапія хронічного обструктивного бронхіту, традиційне антигіпертензивне лікування - клофелін 0,15мг 3р. в день, апресін 25мг 3р. в день. Проведено в стаціонарі 28 днів. Перед випискою відмічає зменшення утрудненого дихання в стані спокою, яке покращується застосуванням 2табл. еуфіліну за добу, незначний кашель з виділенням харкотиння, періодично головний біль, головокружіння. В легенях помірна кількість сухих хрипів. АТ 174/97мм рт.ст., пульс 89 в хв.

Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 67%, ОФВ-1 - 61%, МОШ-75 - 52%, МОШ-25 - 35%. Результат лікування визначений як задовільний.

Приклад 3. Хворий К., історія хвороби №1712. Страждає на бронхіальну астму Іст. тяжкого перебігу, емфізему легень, пневмосклероз, ДН ІІст. Стабільна пульмогенна гіпертензія 5 років. При поступленні скарги на приступи задухи 5 - 6 разів на добу, сухий надсадний кашель, задишку при незначних навантаженнях і в стані спокою, головний біль, об'єктивно: ЧД 23 в хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі хрипи в значній кількості. АТ 205/103мм рт.ст., пульс 86 в 1хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 53%, ОФВ-1 - 43%, МОШ-75 - 35%, МОШ-25 - 27%. Проведена комплексна терапія бронхіальної астми, традиційне антигіпертензивне лікування - клофелін 0,15мг 3р. в день, крістепін 1табл. 2р. в день. Додатково проведений курс введення тренталу, який призначали по 0,2г (2 ампули) в 250мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно - на протязі 60хв. через день, на курс 10 введень. Проведено в стаціонарі 25 днів. Перед випискою відмічає приступи задухи 2 - 3р. за добу, які припиняє застосуванням інгалятору "Беротек", незначний кашель з виділенням харкотиння, періодично головний біль, головокружіння. В легенях невелика кількість сухих хрипів. АТ 179/98мм рт.ст., пульс 72 в хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 68%, ОФВ-1 - 54%, МОШ-75 - 46%, МОШ-25 - 28%. Результат лікування визначений як задовільний.

Приклад 4. Хвора І., історія хвороби №2145. Діагноз: Хронічний обструктивний бронхіт в ф. загострення. ДН ІІст. Передастма. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на утруднене дихання в стані спокою та при фізичних навантаженнях, яке підсилюється 2 - 3 рази на добу, кашель з виділенням слизового мокротиння, постійний головний біль. Об'єктивно: ЧД 24 в хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі та вологі хрипи. АТ 210/120мм рт.ст., пульс 87 в 1хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 59%, ОФВ-1 - 51%, МОШ-75 - 45%, МОШ-25 - 35%. Проведена комплексна терапія хронічного обструктивного бронхіту, традиційне антигіпертензивне лікування - клофелін 0,15мг 3р. в день, адельфан 1табл. 2р. в день. Додатково проведений курс введення тренталу, який призначали по 0,2г (2 ампули) в 250мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60хв. через день, на курс 10 введень. Проведено в стаціонарі 25 днів. Перед випискою відмічає зменшення утрудненого дихання в стані спокою, яке покращується застосуванням 2табл. еуфіліну за добу, незначний кашель з виділенням харкотиння, періодично головний біль, головокружіння. В легенях невелика кількість сухих хрипів. АТ 169/92мм рт.ст., пульс 75 в хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 61%, ОФВ-1 - 63%, МОШ-75 - 52%, МОШ-25 - 40%. Результат лікування визначений як задовільний.

Приклад 5. Хвора М., історія хвороби №855. Діагноз: Бронхіальна астма інфекційно-алергічна, Іст., тяжкий перебіг, фаза загострення. Емфізема легень. Пневмосклероз. ДН ІІст. Стабільна пульмогенна гіпертензія на протязі 8 років. При поступленні скарги на приступи задухи 4 - 5 разів на добу, сухий кашель, задишку, постійний головний біль, головокружіння, нюючі та колючі

болі в області серця. Об'єктивно: ЧД 24 в хв., аускультивно над легеньми сухі свистячі хрипи в значній кількості. АТ 182/107мм рт.ст., пульс 75 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 52%, ОФВ-1 - 43%, МОШ-75 - 38%, МОШ-25 - 24%. Проведена комплексна терапія бронхіальної астми, антигіпертензивне лікування форідоном в дозі 80мг на добу в 3 прийоми. Проведено в стаціонарі 24 дні. Перед випискою відзначає приступи задухи 1 - 2р. на добу, які припиняє застосуванням інгалятора "Сальбутамол", незначний кашель з виділенням харкотиння, епізодично - головний біль. В легеньх невелика кількість сухих хрипів. АТ 153/88мм рт.ст., пульс 81 в хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 69%, ОФВ-1 - 61%, МОШ-75 - 56%, МОШ-25 - 42%. Результат лікування визначений як добрий.

Приклад 6. Хворий Ш., історія хвороби №2162. Діагноз: Хронічний обструктивний бронхіт в ф. загострення. ДН ІІст. Емфізема легень. Пневмосклероз. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на утруднене дихання, кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння, частий головний біль, давлячі болі в області серця. Об'єктивно: ЧД 19 в хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі та помірна кількість вологих хрипів. АТ 191/96мм рт.ст., пульс 76 в 1 хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 54%, ОФВ-1 - 43%, МОШ-75 - 26%, МОШ-25 - 10%. Проведена комплексна терапія хронічного обструктивного бронхіту лікуванням форідоном в дозі 60мг на добу в 3 прийоми. Проведено в стаціонарі 24 дні. Перед випискою відзначає зменшення утрудненого дихання, припинив застосування інгаляційних бронхолітиків, але продовжує приймати 1табл. еуфіліну на ніч, незначний кашель з виділенням слизового харкотиння, епізодично - головний біль. Аускультативно - невелика кількість сухих хрипів. АТ 155/93мм рт.ст., пульс 86 в хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 68%, ОФВ-1 - 65%, МОШ-75 - 57%, МОШ-25 - 49%. Результат лікування визначений як добрий.

Приклад 7. Хвора С., історія хвороби №606. Діагноз: Бронхіальна астма інфекційно-алергічного генезу Іст., тяжкий перебіг, ф. загострення, ДН ІІ - ІІІст. Емфізема легень, дифузний пневмосклероз. Стабільна пульмогенна гіпертензія. При поступленні скарги на слабкість, приступи задухи 3 - 5 разів на добу, виділення харкотиння, задишку при фізичному навантаженні. При об'єктивному дослідженні ЧД 23 в 1 хв. Над легеньми сухі розсіяні свистячі хрипи. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 51%, ОФВ-1 - 38%, МОШ-75 - 36%, МОШ-25 - 35%. АТ 181/106мм рт.ст. Форідон в складі комплексної терапії призначався в дозі 80мг на добу в 3 прийоми. Трентал вводився по 0,2г (2 ампули) в 200мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60хв. через день, всього 10 введень. Проведено в стаціонарі 21 день. При закінченні лікування приступів задухи, головного болю, головокружіння задишки нема, АТ 131/81мм рт.ст., пульс 82 в 1хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 78%, ОФВ-1 - 66%, МОШ-75 - 59%, МОШ-25 - 57%. Результат лікування визначений як відмінний.

Приклад 8. Хвора Л., історія хвороби №8563. Діагноз: Хронічний обструктивний бронхіт в ф. загострення. ДН ІІст. Емфізема легень. Пневмосклероз. Стабільна пульмогенна

гіпертензія. При поступленні скарги на утруднене дихання при невеликому навантаженні та в стані спокою, кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння, постійний головний біль. Об'єктивно: ЧД 20 в хв., аускультативно над легеньми сухі свистячі та помірна кількість вологих хрипів. АТ 194/105мм рт.ст., пульс 77 в 1хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 50%, ОФВ-1 - 42%, МОШ-75 - 35%, МОШ-25 - 27%. Проведена комплексна терапія хронічного обструктивного бронхіту, лікування форідоном в дозі 75мг на добу в 3 прийоми. Трентал вводився по 0,2г (2 ампули) в 200мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60хв. через день, всього 10 введень. Проведено в стаціонарі 21 день. При закінченні лікування приступів задухи, головного болю, головокружіння задишки нема. АТ 127/79мм рт.ст., пульс 84 в 1хв. Показники ФЗД: ФЖЄЛ - 78%, ОФВ-1 - 69%, МОШ-75 - 62%, МОШ-25 - 46%. Перед випискою відзначає відсутність утрудненого дихання, кашлю, виділення харкотиння, головної болі, припинила застосування інгаляційних бронхолітиків та препарати еуфіліну. Аускультативно - поодинокі сухі хрипи. Результат лікування визначений як відмінний.

На лікуванні знаходилися хворі на ХОЗЛ в фазі загострення, що змушувало проводити комплексне лікування. Воно включало бронхолітичні, відхаркуючі, антигістамінні препарати, за показниками - кортикостероїди, антибіотики. Основу бронхолітичної терапії складали ксантинові похідні у 78,8% хворих, інгаляційні симпоміметики - у 56,3% та кортикостероїди - у 46,5%, спазмолітики - у 60,5% хворих.

Форідон у складі комплексного лікування в стаціонарі отримували 25 хворих на ПАГ (ІІгр.) в віці від 36 до 67 років (середній вік $52,2 \pm 2,2$ р.). На БА страждали 15 пацієнтів, на ХОБ - 10.

Курсове лікування форідоном починали з разової дози 19мг в три прийоми. На цьому етапі вивчалася індивідуальна переносимість препарату. Через 3 - 4 дні дозу збільшували до досягнення індивідуального ефекту для кожного хворого (це доза, яка знижує середній динамічний тиск (СДТ) не менше, ніж на 10% від початкового рівня. $СДТ = 0,75 \text{ САТ} + 0,58 \text{ ДАТ}$). В дослідженні вона коливалася від 40 до 140мм на добу, була поділена на три прийоми через рівні проміжки часу (8 годин).

З метою порівняльної характеристики ефективності протигіпертензивної терапії одночасно проводилось динамічне спостереження за 23 хворими на ПАГ контрольної (І) групи. У пацієнтів цієї групи на фоні бронхолітичної терапії призначалися протигіпертензивні препарати інших груп (симпатолітики, тiazидні діуретики, периферичні вазоділятори з групи підралазіну) за індивідуально визначеною схемою.

Курсове лікування в складі комплексної терапії з включенням тренталу проведено у 13 хворих на ПАГ (ІІІгр.), на БА страждали 8, на ХОБ 5, середній вік $51,3 \pm 1,9$ р. Препарат призначали в дозі 0,2г (2 ампули) в 250мл ізотонічного розчину хлориду натрію внутрішньовенно крапельно на протязі 60хв. через день, на курс 10 введень. Гіпотензивна терапія у пацієнтів цієї групи не відрізнялася від контролю.

У 15 хворих на ПАГ проведено дослідження

поєднаного застосування форідону та тренталу (IV група) в дозах та шляхах введення препаратів як і в попередніх групах. На БА страждали 9 пацієнтів, на ХОБ - 6.

За віком, статтю, тяжкості захворювань групи були співставимими, що дало змогу проводити порівняльний їх аналіз. Тривалість лікування складала від 20 до 28 днів, в середньому $24,6 \pm 2,3$ дні.

В табл.1 подані зміни показників функції зовнішнього дихання (ФЗД), що виникли в процесі стаціонарного лікування в вивчаємих групах хворих на ПАГ.

Як видно з поданої таблиці, додаткове призначення тренталу хворим, що отримували традиційну бронхолітичну та гіпотензивну терапію (IIгр.) в порівнянні з контрольною (I) групою істотно не покращувало прохідність бронхів по жодному з вивчаємих показників ($p > 0,05$). У хворих, яким замість традиційних гіпотензивних препаратів призначали форідон (IIгр.), спостерігалось покращення бронхіальної прохідності: підвищення ФЖЄЛ до $70,1 \pm 2,5\%$ ($p > 0,05$), ОФВ-1 до $59,1 \pm 2,9\%$ ($p < 0,03$), МОШ-75 до $54,1 \pm 2,9\%$ ($p < 0,05$), МОШ-25 до $40,9 \pm 3,3\%$ ($p < 0,05$). Найбільший позитивний вплив на тонус бронхів встановлений в IV групі хворих, яким одночасно проводили лікування з призначенням форідону та тренталу. ФЖЄЛ збільшилася в порівнянні з контрольною групою до $74,3 \pm 5,1\%$ ($p < 0,04$), на $16,6 \pm 4,4\%$, ОФВ-1 до $66,3 \pm 3,1\%$ ($p < 0,3$), на $34,5 \pm 4,1\%$, МОШ-75 до $61,3 \pm 2,8\%$ ($p < 0,01$), на $30,9 \pm 5,2\%$, МОШ-25 до $48,3 \pm 3,4\%$ ($p < 0,01$), на $50,3 \pm 3,7\%$.

Зміни стану серцево-судинної системи у хворих з вивчаємих груп подані в табл.2.

Найбільш позитивні зміни центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки також відзначалися серед пацієнтів, яким в комплексну терапію одночасно включали форідон та трентал - IVгр. (табл.2). В порівнянні з контролем САТ знизився на $42,1 \pm 4,3$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), ДАТ на $14,7 \pm 3,7$ мм рт.ст. ($p < 0,01$), фракція викиду (ФВ) лівого шлуночку (п.ш.) збільшилася до $40,9 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$), ФВ правого шлуночку (п.ш.) до $44,19 \pm 2,2\%$ ($p < 0,05$), серцевий індекс (СІ) до $2,62 \pm 0,21$ л/хв./м кв. ($p < 0,02$). Призначення лише форідону в складі комплексного лікування хворих на ХОЗЛ в поєднанні з ПАГ (IIгр.) в порівнянні з контролем (Iгр.) також було ефективним, але в меншій мірі ніж в попередній групі: САТ знизився на $20,5 \pm 3,3$ мм рт.ст. ($p < 0,02$), ДАТ на $6,7$ мм рт.ст. ($p > 0,05$), СІ до $2,48 \pm 0,25$ л/хв./м кв. ($p < 0,05$). Підвищення ФВ лівого та правого шлуночків було недостовірним ($p > 0,05$). Призначення тренталу в комплекс лікування хворим на ПАГ, що одержували традиційну гіпотензивну терапію (IIIгр.) не змінило показники центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки в порівнянні з контролем.

Таким чином, в порівнянні з прототипом, спосіб, що заявляється, дозволяє ефективно знизити артеріальний тиск, покращити скоротливість лівого та правого шлуночків серця, функцію зовнішнього дихання, зменшити клінічні проявлення захворювання і, за рахунок цього, підвищити ефективність лікування даної категорії хворих.

Спосіб рекомендується для широкого

впровадження в практичних закладах охорони здоров'я.

Динаміка основних показників ФЗД у хворих на пухлики легкого

Групи дослідження	Показники				
	ФЖЄЛ	Р	ОФВ-1	Р	МОШ
I	$54,2 \pm 2,3$	<0,05	$42,8 \pm 2,3$	>0,05	$38,4 \pm 2,3$
	$63,8 \pm 2,6$		$49,3 \pm 2,7$		$46,8 \pm 2,6$
II	$52,6 \pm 1,2$	>0,05	$41,3 \pm 2,4$	<0,03	$37,7 \pm 1,2$
	$70,1 \pm 2,5$		$59,1 \pm 2,9$		$54,1 \pm 2,5$
III	$53,9 \pm 2,6$	>0,05	$42,1 \pm 1,7$	>0,05	$37,2 \pm 2,6$
	$63,7 \pm 2,3$		$50,1 \pm 2,1$		$47,6 \pm 2,3$
IV	$53,6 \pm 3,1$	<0,04	$44,1 \pm 2,5$	<0,03	$38,4 \pm 3,1$
	$74,3 \pm 5,1$		$66,3 \pm 3,1$		$61,3 \pm 5,1$

П р и м і т к и: Чисельник – показники до початку лікування

Знаменник – показники перед закінченням лікування

Р – достовірність для контрольної групи з іншими групами

для інших груп – достовірність в порівнянні з контрольною групою

Показники центральної та внутрішньосерцевої гемодинаміки при комплексному лікуванні

Показники	Групи дослідження				
	I	Р	II	Р	III
САТ	$189,1 \pm 2,9$	<0,05	$188,6 \pm 2,9$	<0,02	$189,3 \pm 2,9$
	$171,8 \pm 3,6$		$151,3 \pm 3,1$		$169,6 \pm 3,6$
ДАТ	$105,4 \pm 2,1$	<0,05	$105,6 \pm 7,1$	>0,05	$105,2 \pm 3,1$
	$96,6 \pm 3,4$		$89,9 \pm 4,4$		$95,9 \pm 2,1$
ФВ л.ш.	$31,8 \pm 1,9$	>0,05	$32,8 \pm 1,7$	>0,05	$31,7 \pm 1,9$
	$31,8 \pm 2,6$		$33,2 \pm 2,7$		$30,9 \pm 2,6$
СІ	$2,19 \pm 0,12$	>0,05	$2,18 \pm 0,23$	<0,05	$2,18 \pm 0,12$
	$2,12 \pm 0,15$		$2,48 \pm 0,25$		$2,21 \pm 0,15$
ФВ п.ш.	$39,88 \pm 1,7$	>0,05	$39,81 \pm 1,71$	>0,05	$39,77 \pm 1,7$
	$40,04 \pm 1,9$		$40,31 \pm 2,3$		$37,98 \pm 2,3$

П р и м і т к и: Чисельник – показники до початку лікування

Знаменник – показники перед закінченням лікування

Р – достовірність для контрольної групи з іншими групами

для інших груп – достовірність в порівнянні з контрольною групою