

**Міністерство охорони здоров'я України
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»**

ГО «Прикарпатське товариство терапевтів»



**II МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ» (ПРИСВЯЧЕНА ПАМ'ЯТІ
АКАДЕМІКА НАМН УКРАЇНИ Є.М.НЕЙКА)**

ЗБІРНИК ТЕЗ

6-7 жовтня 2016 р.

Івано-Франківськ-Яремче

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Вакалюк Ігор Петрович – проректор з наукової роботи ІФНМУ, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 та медсестринства.

Яцишин Роман Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

Гавриш Ігор Тарасович – кандидат медичних наук, доцент кафедри кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

анализ был выполнен с использованием программы Microsoft Excel, Statistica for Windows 8,0.

Результаты и их обсуждение. ИМТ в среднем составил у пациентов 1-й группы - 34,15 кг/м²; 2-й группы - 32,13 кг/м². При оценке трофологического статуса 94% пациентов имели избыточный вес, в том числе у 48,2% -ожирение 1-й степени. После лечения отмечено снижение ИМТ в сравнении с 1-й группой пациентов на 6,2% (p<0,05). НОМА-IR у пациентов 2-й группы после лечения был достоверно ниже в сравнении с пациентами 1-й группы и контролем (p<0,05). Уровень ГКН снизился на 8,6%, Hb1c - 7,26±1,73% в сравнении с исходным 8,8±0,86, (p<0,05).

Уровень ХСЛПНП у пациентов 2-й группы снизился в сравнении с пациентами 1-й группы (4,78±0,32 ммоль/л и 3,27±0,23 ммоль/л, p<0,05; соответственно), показатели ХСЛПВП повысились на 8,1 %.

Во 2-й группе пациентов после лечения наблюдалось уменьшение ТИМ ОСА (0,96 ± 0,03 мм в начале лечения и 0,82 ± 0,03 мм после лечения; p<0,001 соответственно). Отмечалась регрессия гипертрофии левого желудочка в сравнении с пациентами 1-й группы и контролем (p<0,05). Во 2-й группе было установлено достоверное уменьшение уровней систолического и диастолического давления на 11,2 % от начала лечения (p<0,05).

Выводы. Дополнительное назначение препарата группы ингибиторов натрийзависимых котранспортеров глюкозы 2 типа в дозировке 10 мг в сутки, способствовало снижению ИМТ, улучшению показателей углеводного и липидного обмена, замедлению прогрессированию атеросклероза и снижению кардиоваскулярного риска у пациентов с АГ и СД 2 типа.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА КОМБІНОВАНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Бобкович К.О.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Проблема лікування артеріальної гіпертензії залишається важливою проблемою сучасної кардіології, незважаючи на велику кількість гіпотензивних препаратів на сучасному вітчизняному ринку. Основні труднощі пов'язані, перш за все, з недостатньою платоспроможністю громадян. З іншого боку, більшість пацієнтів потребують використання кількох груп препаратів для утримання цільових цифр артеріального тиску, що створює певні незручності в прийомі. У цьому контексті з кожним роком все більше зростає поширеність застосування комбінованих гіпотензивних препаратів, що спрощує їх використання пацієнтами, оптимізує фармакоеконімічні аспекти лікування.

Мета дослідження – вивчення клінічної ефективності та прихильності комбінацій гіпотензивних препаратів блокатор ангіотензинових рецепторів – блокатор кальцієвих каналів в порівняльному аспекті з блокатором ангіотензинперетворювального фактору (АПФ) та блокатором кальцієвих каналів у пацієнтів на артеріальну гіпертензію.

Матеріал і методи дослідження. Нами обстежено 60 пацієнтів на гіпертонічну

хворобу II стадії віком 50–74 років (середній вік – 64,3±5,17 років). Всім хворим проводили клінічне обстеження, цілодобове моніторування АТ та ЕКГ. Обстеження здійснювали при першому візиті та через 14 днів лікування. Усі хворі отримували аспірин у дозі 100 мг/добу, аторвастатин (10 мг/добу) та були розподілені на дві групи залежно від отримуваного комбінованого препарату. Першу групу обстежуваних (32 осіб) становили пацієнти, які приймали комбінацію лізиноприл 10 мг та амлодипін 5 мг 1 раз на добу, другу – (28 осіб) склали хворі, яким призначали вальсартан 160 мг з амлодипіном 5 мг 1 раз на добу.

Результати дослідження. В обох групах після проведеного лікування відмічено регрес клінічних проявів, що супроводжувалося зменшенням головного болю, запаморочення, болю в ділянці серця, задишки. Також відмічено досягнення цільового рівня систолічного артеріального тиску (САТ) у 74,9 % (перша група) та у 70,52 % (друга група), діастолічного артеріального тиску – у 95 % та 92% спостережень відповідно. Про зниження гіпертензивного навантаження свідчило зниження середньоденного САТ у першій групі на 28,21 %, а в другій – на 23,81% та зменшення індексу часу – на 48,23 у групі в комбінації з інгібітором АПФ та на 44,2 % у випадку використання вальсартану. Слід зазначити, що за умови використання лізиноприлу у першій групі гіпотензивний ефект був виражений дещо інтенсивніше, проте без вірогідної міжгрупової різниці. При аналізі фармакоекономічних властивостей зазначених комбінованих препаратів відмічено більш низьку вартість комбінації лізиноприл-амлодипін у порівнянні з вальсартаном та амлодипіном. Зокрема, при оцінці вітчизняних препаратів ця різниця становила 20-30%, а при аналізі співвідношення серед європейських виробників, представлених на вітчизняному ринку, – 2,5-3 рази. Останні дані в сучасних реаліях стають вагомим аргументом для більшої прихильності вітчизняного пацієнта до комбінації з інгібітором АПФ.

Висновки. При дослідженні ефективності лікування хворих на гіпертонічну хворобу шляхом використання комбінованих препаратів виявлено аналогічний гіпотензивний ефект поєднань лізиноприл-амлодипін та вальсартан-амлодипін. Проте у пацієнтів, які отримували фіксовану комбінацію амлодипіну з інгібітором АПФ, відзначено вищу прихильність до лікування у зв'язку із фармакоекономічними перевагами.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ІЗОЛЬОВАНОГО ПІДВИЩЕННЯ АКТИВНОСТІ ГАММАГЛЮТАМІЛТРАНСПЕПТИДАЗИ

Бобро Л.М.

Харківський національний медичний університет

Зростання показників гаммаглутамілтранспептидази (ГГТП) у хворих із патологією печінки часто трактується лікарем як маркер зловживання алкоголем. Але необхідно враховувати, що ГГТП - фермент, який бере участь в обміні амінокислот і вміщується у багатьох тканинах людського організму. Отже, чи завжди підвищення ферменту у крові є наслідком зловживання алкоголем? Які ще найбільш ймовірні причини підвищення ГГТП? І, нарешті, яка тактика лікаря при ізолюваному підвищенні ГГТП у крові?