

Міністерство охорони здоров'я України
Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний
університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**Матеріали підсумкової науково-практичної
конференції**

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ
ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ
МЕДИЦИНИ»**

*(присвячена пам'яті ректора,
члена-кореспондента НАМН України,
професора Леоніда Якимовича Ковальчука)*

17 червня 2015 року

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2015

Відповідальний за випуск: проф. І. М. Кліщ

«Здобутки клінічної та експериментальної медицини» : матеріали підсумкової науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті ректора члена-кореспондента НАМН України, професора Леоніда Якимовича Ковальчука (Тернопіль, 17 черв. 2015 р.) / Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – 280 с.

<u>Глушко Л.В., Симчич Х.С., Гавриш Т.З., Позур Н.З., Маковецька Т.І., Рудник В.Т.</u> ПСИХОЕМОЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ І МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ	13
<u>Городинська О.Ю.</u> СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ГІПОТИРЕОЗУ	14
<u>Господарський І.Я., Волинець К.В., Коноваленко С.О., Креховська–Лепявко О.М., Локай Б.А., Рега Н.І., Мазур Л.П., Зарудна О.І., Усинська О.С., Ястремська С.О.</u> ВПЛИВ ПРЕПАРАТІВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ КИСЛОТИ ТА АДЕМЕТИОНІНУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С БЕЗ ОЗНАК ЦИРОЗУ	18
<u>Гребеник М.В., Коцюба О.І., Балабан А.І.</u> ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКІВ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ ДІАСТОЛІЧНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ	20
<u>Давидович О.В., Давидович Н.Я., Волощук Т.Р., Лихацька В.О., Попов А.Д.</u> АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ОЖИРІННЯ – У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП	20
<u>Давидович О.В., Давидович Н.Я., Лихацька В.О., Чепой І.В.</u> СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА РАЦІОНАЛЬНУ ТЕРАПІЮ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ПОЛІМОРБІДНИМИ УРАЖЕННЯМИ	22
<u>Давидович О.В., Стаднюк Л.А., Давидович Н.Я., Волощук Т.Р.</u> МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СЕРЦІ ПРИ СТАРІННІ ТА МЕТОДИ ЇХ КОРЕКЦІЇ	23
<u>Дідушко О.М.</u> РІВНІ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ МАНІФЕСТНИМ ГІПОТИРЕОЗОМ	25
<u>Доценко С.Я., Афанасьєв А.В., Гогой Т. М., Токаренко І.І., Самура Б.Б., Медведчук Г.Я., Шевченко М.В., Чорна І.В., Сичов Р.О.</u> РОЛЬ СЕЗОННИХ ТА МЕТЕОРОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ В РОЗВИТКУ ГОСТРИХ СЕРЦЕВО–СУДИННИХ ПОДІЙ У ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ	26
<u>Доценко С.Я., Шевченко М.В., Медведчук Г.Я., Кравченко В.І., Кравченко Т.В., Гогой Т.М., Бурова М.Ю.</u> КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ХВОРОБИ СТІЛЛА	27
<u>Дроняк Ю.В., Бабінець Л.С.</u> РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ НА ТЛІ АСКАРИДОЗУ	29
<u>Ждан В.М., Кітура О.С., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Ткаченко М.В., Іваницький І.В.</u> АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ	30
<u>Ждан В.М., Потяженко М.М., Волченко Г.В., Хайменова Г.С., Ткаченко М.В.</u> ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРОТИЗАПАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХОЗЛ ПРИ ПОСДНАННІ З ОСТЕОАРТРИТОМ	33
<u>Захарчук У.М., Бабінець Л.С., Старічков П.В., Складанюк Л.І.</u> АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЕКСКРЕТОРНОЇ ТА ІНКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ	36

– чоловіків (33,3%). Хворі отримували загальноприйнятий в гастроентерології лікувальний комплекс за вимогою, згідно із станом пацієнтів. Він включав харчування за принципами дієти №5п за Певзнером, омепразол 20 мг 1 р/добу, Ерміталь 25000 3 р/добу під час їжі, но-шпу форте 80 мг 2 р/добу, мотиліум 10 мг 3 р/добу до їжі, а також альбендазол, який приймали разом з їжею у дозі 400 мг 1 р/добу (1 таблетка) одноразово та ЛактоБіоЕнтеросгель у середньотерапевтичній дозі – 15 г (1 столова ложка або 1 пакет саше) 3 рази на день за 10–15 хв до їжі. Оцінку ефективності лікувальної програми проводили до і після лікування (через 1 місяць від початку лікування).

Результати та обговорення. Порівняльний аналіз клінічних проявів у хворих групи дослідження до та після лікування показав, що больовий синдром спостерігався у 33 пацієнтів (100%) та 7(21,2%) після лікування. Диспепсичний – відповідно склав 30 (90,9%) та 4 (12,2%). Порушення зовнішньої секреції ПЗ – 28 (84,8%) і 5 (15,1%) відповідно. Астенічний синдром склав 31 (93,9%) до лікування та 3 (9,0%) після проведеного курсу лікувальних заходів. Показники копрограми та УЗД ПЗ оцінювали у балах. Сума балів УЗД ПЗ до лікування становила $3,69 \pm 1,1$; після нього – $2,1 \pm 0,75$. Показники копрограми – $8,48 \pm 0,97$ до лікування і після лікування – $2,6 \pm 0,95$.

Була достовірно встановлена позитивна динаміка показників копрограми. Дисбактеріоз мали 33 пацієнта (100%) та 6 (18,8%) після програми корекції; запальний синдром – 30 (90,9%) та 5 (15,1%) відповідно. Креаторея спостерігалася відповідно у 28 (84,8%) та 4 (12,2%); стеаторея – 31 (93,9%) і 7 (21,2%).

Висновок: Було доведено, що застосування протигельмінтного препарату альбендазолу та сорбційно–детоксикаційного – ЛактоБіоЕнтеросгелю при лікуванні хворих на ХП на тлі аскаридозу є ефективним доповненням до стандартної терапії ХП, що сприяло швидкій позитивній динаміці клінічної картини, показників копрограми та структурного стану ПЗ ($p < 0,05$).

У перспективі подальших досліджень плануємо дослідження імунного статусу хворих на ХП на тлі аскаридозу та обґрунтування адекватного комплексу їх лікування.

УДК 616.12–008.46–002.2–08

Ждан В.М., Кітура О.Є., Кітура Є.М., Бабаніна М.Ю., Ткаченко М.В., Іваницький І.В.

АСПЕКТИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В ЗАГАЛЬНОЛІКАРСЬКІЙ ПРАКТИЦІ

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія»

Резюме: В статті висвітлюються питання фармакотерапії хронічної серцевої недостатності і, зокрема, розглядаються особливості патогенетичної терапії β-адреноблокаторами і інгібіторами АПФ.

Ключеві слова: серцева недостатність, β-адреноблокатори, інгібітори АПФ.

Клінічний випадок. Хворий С, 68 р, скарги на серцебиття задишку в спокої, набряки нижніх кінцівок, збільшення живота.

Об'єктивно: положення ортопное, акроціаноз, набряки нижніх кінцівок, АТ – 145/85 мм рт.ст., пульс 110 уд./хв., аритмічний, ліва межа серця по передній аксиллярній лінії, права – по парастернальній, тони ослаблені, аритмічні, систолічний шум над верхівкою. Печінка виступає на 7–8 см нижче краю реберної дуги. ЗАК – ер. $4,5 \cdot 10^{12}/л$, ШОЕ 8 мл/год.

ЗАС – білок сліди; креатинін – 140 мкмоль/л; ЕХОКС – КДР – 70 мм, КСР 62 мм, ЛП – 46 мм, ФВ – 27%; Rtg органів грудної клітки – кардіомегалія за рахунок збільшення лівого і правого шлуночків, ЕКГ – знижений вольтаж, фібриляція передсердь із ЧСС 100–120/хв.

Діагноз: ІХС. Кардіосклероз післяінфарктний (Q–ІМ в 2009р.), фібриляція передсердь. СН ІА, ФК ІІ із систолічною дисфункцією ЛШ.

Хворому призначена терапія: торасимід 80 мг/ добу внутрішньовенно, дігосин 0,25 мг/добу, верошпірон 100 мг/добу, раміприл 2,5 мг/добу; на 6-ий день терапії дозу збільшено до 5 мг, на 8-ий день – до 10мг, через 7 днів після стабілізації стану хворому було назначено β-АВ бісопролол, починаючи з дози 1,25 мг, кожні 10 днів збільшуючи дозу (2,5 мг, 3,75 мг і 5 мг).

За даними епідеміологічних досліджень останніх років розповсюдженість ХСН серед дорослого населення складає від 1% до 5% і збільшується пропорційно віку, досягаючи 5–10% серед осіб похилого віку (75 років і вище). Згідно даних Американської Асоціації кардіологів ХСН є основною причиною 12–15 млн. амбулаторних візитів до лікаря щорічно. Подібна ситуація спостерігається і в нашій країні.

У великих контрольованих клінічних дослідженнях доведено, що тривала блокада ренін-ангіотензин-альдостеронової системи (РААС) та симпато-адреналової системи (САС) за допомогою фармакологічних антагоністів (інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ), β-адреноблокаторів (β-АВ), блокаторів альдостерону, антагоністів рецепторів ангіотензину II дозволяє уповільнити прогресування ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) та інших системних змін при ХСН, наслідком чого є зменшення або усунення її клінічних симптомів, збільшення тривалості життя хворих [4, 5]. Фармакотерапія є однією із основних складових терапії при ХСН.

На сьогодні є загальноприйняте, що ІАПФ і β-АВ є основними засобами патогенетичної терапії ХСН, оскільки тільки вони реально впливають на темпи прогресування порушення функцій серця і на смертність від ХСН [5,6].

Вперше сприятливий вплив ІАПФ на прогноз життя хворих з ХСН продемонстровано на прикладі еналаприлу в дослідженні CONSENSUS. Основні дослідження, які доказали здатність ІАПФ покращувати прогноз хворих із ХСН проводились великими дозами препаратів. В повсякденній практиці лікарі коли і призначають ІАПФ, то в істотно менших дозах.

- ІАПФ показані всім пацієнтам незалежно від етіології, стадії, типу декомпенсації.
- ІАПФ ефективні навіть при початкових стадіях ХСН при безсимптомній дисфункції ЛШ, а також при ХСН із збереженою систолічною функцією серця.
- Не призначення ІАПФ хворим ХСН не може вважатися оправданим і веде до свідомого підвищення ризику смерті хворих.
- ІАПФ рекомендовані, як препарати першої лінії у пацієнтів із зниженою систолічною функцією ЛШ (ФВ <40–45%) як при наявності, так і при відсутності симптоматики (Клас I, рівень А).
- Терапію ІАПФ слід починати із низьких доз, поступово (не частіше одного разу в 2–3 дні, а при системній гіпотонії ще рідше – 1 раз в тиждень, титруючи їх до досягнення оптимального ефекту, тобто до цільових.
- Асимптомним пацієнтам з документованою дисфункцією ЛШ повинні одержувати ІАПФ з метою сповільнення/попередження розвитку СН. ІАПФ знижують ризик ІМ і раптової смерті у таких пацієнтів (Клас I, рівень А).

При повільному темпі титрування із дотриманням загальноприйнятих мір безпеки приблизно 90% хворих добре переносять тривалу терапію іАПФ. На сьогодні Європейське товариство кардіологів рекомендує призначати β-АВ всім пацієнтам із стабільною ХСН II – IV ФК в якості стандартного лікування разом з ІАПФ і діуретиками при відсутності протипоказань. Проте на практиці багато лікарів не виконують дані рекомендації – тільки 1/3 хворих з ХСН одержують β-АВ тоді як ІАПФ призначають 2/3 хворих [4, 5, 6].

Зокрема, β-АВ часто не призначають літнім пацієнтам, особливо з супутньою патологією, хоча дана група пацієнтів має високий ризик і особливо потребує такої терапії. Рекомендовано використовувати карведілол, бісопролол, метопролол пролонгованої дії, небіволлол.

Лікування β-АВ при ХСН необхідно починати з обережністю. Дози слід збільшувати повільно (не частіше 1-го разу в тиждень, а при сумнівній переносимості і надмірному зниженні АТ – один раз в 2 тижні або навіть місяць) [5,6].

В таких випадках необхідно намагатися оптимізувати іншу терапію – збільшити дозу діуретиків і, коли можливо, ІАПФ, а також більш повільно титрувати дози β-АВ. Слід уникати

повної відміни β -АВ, так як це може привести до погіршення перебігу ХСН. Після стабілізації стану пацієнта лікування β -АВ повинно бути відновлено в більш низьких дозах.

Необхідно пам'ятати, що титрування дози β -АВ процес сугубо індивідуальний і у кожного пацієнта є своя оптимальна доза.

Орієнтовна схема титрування β -АВ:

– початкова доза бісопролола 1,25 мг, цільова доза 10 мг (1,25 мг, 2,5 мг, 3,75 мг, 5 мг, 10 мг);

– початкова доза карведілолу 3,125 мг (6,25, 6,25 мг, 12,5, 12,5 мг) 25 мг, 50 мг, цільова доза 50 мг.

Відомо, що як правило, у пацієнтів із ХСН зустрічається постійна форма фібриляції передсердь, а β -АВ є препаратами вибору для контролю ЧСС при тахісistolічній формі [5,6].

Таким чином, β -АВ і інгібітори АПФ є найбільш діючими препаратами, що дозволяють покращити прогноз пацієнтів із СН і тому вони повинні використовуватися більш широко в загальнолікарській практиці.

Література

1. Bristow M.R. (2000) β -adrenergic receptor blockade in chronic heart failure. *Circulation*, 101(5): 558–569.

2. Packer M., Poole-Wilson P.A., Armstrong P.W. et al. (1999) Comparative effects of low and high doses of the angiotensin-converting enzyme inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group. *Circulation*, 100(12): 2312–2318.

3. Гуревич М.А. Хроническая сердечная недостаточность: Руководство для врачей. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Практическая медицина, 2008. – 414 с.

4. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology / McMurray J.J.V., Adamopoulos S., Anker S.D. [et al.] // *Eur. Heart J.* – 2012. – doi:10.1093/eurheartj/ehs104.

5. Рекомендації з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності / Воронков Л.Г., Амосова К.М., Багрій А.Е. та ін. // *Серцева недостатність*. – 2012. – № 3. – С. 60–97.

6. Жарінов О.Й., Кітура О.Є. Переносність та ефективність метопрололу та бісопрололу у хворих з хронічною серцевою недостатністю залежно від віку // *Кардіологу–практику*. – 2006 р. – Випуск №1 (4). – С.6–16.

Aspects of rational pathogenetic therapy of chronic heart failure in a general practice

VM Zhdan, OE Kitura, EM Kitura, MY Babanina, MV Tkachenko,

IV Ivanytskyi

Chair at Higher State Educational Establishment of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»

Summary: The article deals with questions of pharmacotherapy of chronic heart failure, in particular it's said about the features of pathogenetic therapy β -blockers and ACE inhibitors.

Keywords: heart failure, β -blockers, ACE inhibitors.