

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

## АНАЛІЗ ВПЛИВУ ТЕРАПІЇ НА ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВОГО РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

*Малишко А.В., Смирнова В.І.*

*Харківський національний медичний університет,  
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки*

**Мета і завдання:** проаналізувати тактику досягнення цільового рівня артеріального тиску (АТ) у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в амбулаторних умовах.

**Матеріали та методи:** для аналізу було відібрано 144 амбулаторних карти пацієнтів віком  $59,8 \pm 7,8$  років в яких було діагностовано ГХ, з них 50 чоловіків та 94 жінки. Вибірка проводилась за календарний рік.

**Результати:** початково цільовий рівень АТ мали 7,8% пацієнтів, лікування не змінювали у 17% пацієнтів, збільшували дози препарату у 35%, зменшували дозу у 8%, призначався додатковий препарат у 35%, проводилась заміна на препарат іншого класу у 30%, також у 35% змінювалась торгова назва. Кількість препаратів, що приймав хворий на протязі року достовірно не змінилася ( $1,8 \pm 0,6$  і  $1,8 \pm 0,7$ ), при цьому серед хворих, які повинні досягнути АТ  $\leq 130/80$  – кількість препаратів, що приймали зменшилась з  $2,4 \pm 0,6$  до  $1,8 \pm 0,7$  ( $p < 0,05$ ).

Частка інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) складала 60% на початку року та 76% наприкінці року; тiazидні діуретики (ТД) 42% та 36%; бета-блокатори (ББ) 40% та 44%; антагоністи кальцію (АК) 34% та 38% відповідно. За рік терапія змінювалась  $3,2 \pm 2,1$  рази. Частіша зміна терапії у жінок приводила до досягнення цільового АТ, та не впливала на АТ у чоловіків. До кінця року тільки у 22,5% пацієнтів вдалося досягти цільового рівня АТ. Кількість візитів до лікаря склала в цілому  $4,6 \pm 2,4$  рази, але хворі, що досягли цільового рівня АТ відвідували лікаря достовірно частіше ніж ті яким це не вдалося ( $8,4 \pm 2,1$  та  $4,1 \pm 1,4$ ;  $p < 0,001$ ). При цьому жінки відвідували лікаря частіше ніж чоловіки. Пацієнти, які досягли цільового рівня АТ частіше приймали іАПФ (100% проти 70% пацієнтів, що не досягли цільового рівня АТ) та ТД (65% проти 30% відповідно).

**Висновки:** низькій частоті досягнення цільового рівня АТ у хворих на ГХ в амбулаторних умовах (7,8% - 22,5%) сприяє, як недостатнє використання раціональної комбінованої терапії із залученням ТД та АК, так і фіксованих низькодозових комбінацій антигіпертензивних препаратів.

## ВПЛИВ ЕТІЛМЕТИЛГІДРОКСІПІРІДИНУ СУКЦИНАТУ НА ЖИРОВИЙ ОБМІН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ, АСОЦІЙОВАНУ З ОЖИРІННЯМ

*Матвеев С.А., Яковлева К.В.*

*Науковий керівник: Смирнова В.І.*

*Харківський національний медичний університет,*

*кафедра пропедевтики внутрішньої медицини №1, основ біоетики та біобезпеки*

**Мета:** вивчити вплив Етілметілгідроксіпірідину сукцинату у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ), асоційовану з ожирінням.

**Матеріали та методи:** у дослідженні приймали участь 44 чоловіка з артеріальною гіпертензією у віці 35-45 років. Середня маса тіла пацієнтів -  $102,3 \pm 14,7$  кг, індекс маси тіла (ІМТ) -  $37,2 \pm 2,7$ , тривалість ожиріння - 6 років. Цукровий діабет (ЦД) 2 типу виявлено у 18 хворих, порушення толерантності до глюкози (ПТГ) - у 22 хворих. У всіх пацієнтів діагностовано АГ, тривалість якої становила в середньому 5 років. У 15 обстежених – I Ступені АГ, у 25 – II Ступені АГ. Пацієнти були розділені на 2 групи. В першу групу ( $n = 20$ ) увійшли хворі, які отримували гіпотензивну терапію (Еналапріл 10-20 мг / добу) і Метморфін в дозі 1,5-2,0 г / доб, у другій групі ( $n = 22$ ) пацієнти додатково брали Етілметілгідроксіпірідину сукцинат в добовій дозі 100 мг в / в струменево. Обстеження хворих проводилося до і через 4 тижні зазначеної терапії. Визначали рівень загального холестерину (ХС), тригліцеридів (ТГ) і холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХС ЛПВЩ)