

МОЗ УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ ТА  
ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ  
(У К Р М Е Д П А Т Е Н Т І Н Ф О Р М)

**ІНФОРМАЦІЙНИЙ  
ЛИСТ**

*про наукову (науково-технічну) продукцію, отриману за  
результатами наукової, науково-технічної та науково-організаційної  
діяльності підприємств, установ, організацій Міністерства охорони здоров'я  
України, Міністерства освіти і науки України, Національної академії медичних  
наук України призначену для практичного застосування у сфері охорони  
здоров'я*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
Український центр наукової медичної інформації  
та патентно-ліцензійної роботи  
(Укрмедпатентінформ)

## ***ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ***

ПРО НОВОВВЕДЕННЯ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

№ 143-2018

Випуск 4 з проблеми  
«Геронтологія та геріатрія»  
Підстава: рішення ЕПК «Геронтологія  
та геріатрія»  
Протокол № 2 від 18.04. 2018 р.

НАПРЯМ ВПРОВАДЖЕННЯ:  
ГЕРОНТОЛОГІЯ ТА ГЕРІАТРІЯ

### **ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ - ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ І АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ**

УСТАНОВИ-РОЗРОБНИКИ:

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ  
ЗАКЛАД УКРАЇНИ «УКРАЇНСЬКА  
МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ  
МОЗ УКРАЇНИ

АВТОРИ:

д.мед.н. ПОТЯЖЕНКО М.М.  
д.мед.н. ЩЕЙКІН К.Є.  
к.мед.н. НАСТРОГА Т.В.  
к.мед.н. КІТУРА О.Є.

М. Київ

**Суть впровадження:** призначено для оптимізації патогенетичного лікування поєднаної психосоматичної патології ішемічної хвороби серця і артеріальної гіпертензії у пацієнтів похилого та старечого віку.

Пропонується для впровадження в профільних лікувально-профілактичних закладах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних).

В усьому світі констатуються факти динамічного зростання питомої ваги коморбідних патологічних станів. Ішемічна хвороба серця (ІХС) та артеріальна гіпертензія (АГ) залишаються основними причинами непрацездатності, інвалідності та смертності населення не тільки в Україні, а і на всій планеті. З метою підвищення ефективності патогенетичного лікування хворих похилого та старечого віку з поєднаною мультифакторною патологією - на ІХС і АГ запропоновано додаткове застосування до базисної терапії препаратів кардіоцито- та церебропротекторної дії – мельдонію та мебікару.

Під спостереженням перебувало 70 хворих на ІХС: стабільну стенокардію напруги ФК II-III у поєднанні з АГ II ст. Середній вік пацієнтів становив  $71,7 \pm 2,1$  років. Діагноз ІХС обґрунтовувався у відповідності з наказом МОЗ України 02.03.2016 №152 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця". Діагноз АГ формувався згідно з наказом МОЗ України № 384 від 24.05.2012 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії"

Пацієнти були розподілені на дві групи: першу - контрольну (n=35), другу основну (n=35). Хворим першої групи призначали загальноприйнятту базисну терапію (нітрати, комбіновану антигіпертензивну терапію: рамиприл 5

мг вранці і амлодипін 5 мг ввечері, кардіомагніл 75 мг, аторвакор 10 мг). У хворих другою групи (основної) до базисної терапії були додані два препарати: один із них кардіопротективної метаболічної дії - розчин тризіпину (мельдонію) 5 мл на 0,9% розчині хлориду натрію 10,0 внутрішньовенно струминою №5, з подальшим пероральним застосуванням по 0,5г 1 раз на добу та оригінальний селективний анксиолітичний засіб мебікар по 300 мг 3 рази на добу протягом двох тижнів з наступним зменшенням добової дози до 600 мг на добу. Групи були співставні за віком та статтю, а також ступенем серцевої недостатності. Період спостереження склав 4 тижні.

Аналіз основних клініко-інструментальних параметрів показав, що у хворих основної групи, порівняно з контрольною групою, були відзначені достовірні розбіжності в строках редукції основних клінічних проявів поєднаної патології: головного болю, запаморочення та задишки. Так, середні терміни зникнення суб'єктивного симптому головного болю у хворих основної групи -  $3,2 \pm 0,42$  доби, тоді як у контрольній групі -  $4,7 \pm 0,6$  ( $P < 0,05$ ); запаморочення -  $4,1 \pm 0,3$  доби та  $5,9 \pm 0,56$  доби у хворих контрольної групи ( $P < 0,05$ ); шуму у вухах -  $3,6 \pm 0,9$  діб у хворих основної групи та  $5,1 \pm 0,74$  діб у контрольній ( $P > 0,05$ ); задишки -  $3,8 \pm 0,44$  доби у основній групі та  $5,4 \pm 0,38$  діб у контрольній групі ( $P < 0,05$ ).

При вивченні психологічного стану хворих, за допомогою опитувальника – Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна, виявлено значно підвищений рівень реактивної тривожності (РТ), що свідчить про підвищену психогенну реакцію (тривожність) на соматичну коморбідну патологію. Після лікування, відмічено суттєве зниження РТ та прояву вегетативної дисфункції у групі хворих, що отримували комплексну терапію. Так, середній рівень РТ у основній групі до лікування склав  $42,3 \pm 2,9$  бали, після лікування -  $30,1 \pm 2,6$  ( $P < 0,05$ ). Тоді як, у хворих контрольної групи рівень РТ знизився не суттєво.

Спостерігалось суттєве зниження діастолічного АТ після лікування між основною і контрольною групами ( $P < 0,05$ ). Так, у хворих основної групи ДАТ знизився на 25% - з  $92,4 \pm 1,9$  до  $69,3 \pm 1,6$  ( $P < 0,05$ ), у хворих контрольної групи на 19,2% - з  $91,6 \pm 2,3$  до  $74,1 \pm 1,8$  ( $P < 0,05$ ).

Порівняльний аналіз показників центральної гемодинаміки засвідчив покращення скоротливості міокарда лівого шлуночка серця після лікування у обох групах. Однак, у хворих основної групи, відмічено вірогідне зростання ФВ на 8,1% (з  $50,1 \pm 0,82\%$  до  $54,5 \pm 1,2\%$ ) ( $P < 0,05$ ), тоді як у хворих контрольної групи ФВ зросла не суттєво - на 5,3% (з  $50,6 \pm 1,4\%$  до  $52,3 \pm 1,1\%$ ) ( $P > 0,05$ ). Отримані результати дозволяють стверджувати, що включення до базисної терапії мельдонію, у хворих похилого та старечого віку, сприяє оптимізації метаболічних процесів в кардіоміоцитах, що призводить до більш прискореного регресу домінуючих клінічних проявів цих захворювань.

Таким чином, комплексне патогенетично-спрямоване лікування хворих похилого та старечого віку з коморбідною патологією: ІХС: стенокардію напруги ФК II – III та АГ з включенням до базисної терапії препаратів кардіоцито- та церебропротекторної (анксиолітичної) дії – мельдонію та мебікару, показало досить високий профіль клінічної ефективності та безпечності, що сприяло вірогідному покращенню якості життя даної категорії пацієнтів та дозволило скоротити терміни перебування хворого в стаціонарі на 1,1 доби..

Матеріали запропонованого впровадження є фрагментом ініціативної НДР «Розробка алгоритмів і технології запровадження здорового способу життя у хворих на неінфекційні захворювання на підставі вивчення психоемоційного статусу» № держреєстрації 0116U007798, термін виконання НДР 2016-2020 р.р.

За додатковою інформацією щодо даної проблеми звертатися до авторів листа: Потяженко М.М., Іщейкін К.Є., Настрога Т.В., Кітура О.Є., тел.(0532) 2 -14 – 50, вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів з шкірними та венеричними хворобами, ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», вул. Шевченка, 23 Полтава, 36024