

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

ЧЕРНИЛОВСЬКИЙ А. В.

*кандидат медичних наук, асистент,
асистент кафедри сімейної медицини
факультету післядипломної освіти
Дніпропетровська медична академія*

АХЕ Є. А.

лікар-інтерн

*КНП «Дніпропетровський центр
первинної медико-санітарної допомоги № 11»
Дніпропетровської міської ради*

АНИЩЕНКО М. І.

лікар-інтерн

*КНП «Дніпропетровський центр
первинної медико-санітарної допомоги № 5»
Дніпропетровської міської ради
м. Дніпро, Україна*

Актуальність: збільшення випадків резистентності до ацетилсаліцилової кислоти у пацієнтів хворих на артеріальну гіпертензію.

Мета дослідження: дослідити рівень клінічної резистентності до ацетилсаліцилової кислоти (АСК) відповідно до терміну її вживання, серед хворих на артеріальну гіпертензію (АГ)

Резистентність до ацетилсаліцилової кислоти в практиці сімейного лікаря – явище, що за останні роки здобуває все більшої уваги.

Великий мета аналіз досліджень щодо вторинної профілактики серцево-судинних ускладнень (ССУ) (інфаркт міокарда, ішемічний інсульт, гостре розшарування аневризми аорти, гостра недостатність лівого шлуночка, нестабільна стенокардія, аритмії (пароксизмальна тахікардії, фібриляція та трипотіння передсердь, шлуночкова

екстрасистолія високих градацій), транзиторна ішемічна атака, гостра гіпертензивна енцефалопатія) опублікований в 2009 році показав, що призначення АСК давало абсолютне зниження серцево-судинних результатів, яке перевищувало абсолютне збільшення значних кровотеч. Проте аспірин повинен призначатися тільки за умови адекватного контролю артеріального тиску (АТ) [1 с. 117-118].

Європейські рекомендації щодо призначення ацетилсаліцилової кислоти такі : невеликі дози аспірину слід призначати пацієнтам з контрольованою АГ, які раніше перенесли ССУ, також у хворих з порушення функції нирок або високим серцево-судинним ризиком [2, с. 71-72]. В 2018 році вийшли нові рекомендації щодо призначення АСК хворим на АГ: АСК не рекомендується для первинної профілактики у пацієнтів з АГ без ССЗ. Для вторинної профілактики користь від антиагрегантної терапії у пацієнтів з АГ може бути більше, ніж шкоди [3, с. 1960].

За даними літератури вчені визначили два терміни, які слід розділяти: лабораторна резистентність та клінічна резистентність, яку можна назвати «клінічна невдача у лікуванні ацетилсаліциловою кислотою» [4 с. 22-27].

Лабораторну резистентність можна пояснити розглянувши механізм дії АСК. АСК необоротно інгібує фермент циклооксигеназу-1 (ЦОГ-1) та циклооксигеназу-2 (ЦОГ-2). Таким чином вона блокує перетворення арахідонової кислоти у простагландини, простацикліни та тромбоксан А₂. Саме тромбоксан А₂ є потужним стимулятором адгезії тромбоцитів та вазоконстриктором [5 с. 220]. Тобто лабораторна резистентність являє собою недостатнє блокування тромбоксану А₂. Клінічна резистентність до АСК – це розвиток ССУ на фоні прийому АСК.

Слід також зазначити, що за даними літератури все більше авторів розділяють поняття істинна резистентність та псевдорезистентність. Відповідно до цього твердження істинна резистентність пов'язана з поліморфізмом ряду генів, основним з яких є ген циклооксигенази-1 [6, с. 122-131]. Всі ж інші випадки «невдачі у лікуванні ацетилсаліциловою кислотою» є прикладом псевдорезистентності.

До основних причин резистентності належать : низький «compliance» між пацієнтом та лікуючим лікарем [7 с. 53-58] неадекватна доза АСК, посилене вироблення метаболітів арахідонової кислоти, тривалий прийом АСК (протягом багатьох років), збільшення ригідності мембран тромбоцитів, супутній прийом нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), бо вони є конкурентами за місце ацетилювання серину в

ферменті ЦОГ-1, тим самим перешкоджають реалізації механізмів АСК [4 с. 25]

Матеріали та методи.

У дослідженні прийняло участь 40 пацієнтів, серед яких жінок було – 28 (70 %), чоловіків – 12 (30%), віком від 50 до 75 років (у середньому 62 роки), що страждають на артеріальну гіпертензію від 5 до 20 років та приймають АСК у дозі 75 мг щоденно. Пацієнти перебували під наглядом сімейного лікаря КНП ДЦПМСД № 11 та КНП ДЦПМСД № 5 з вересня 2018 по січень 2019.

Критерії включення в дослідження були: артеріальна гіпертензія, контрольованість артеріального тиску антигіпертензивними препаратами (бета-блокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту, діуретики, блокатори рецепторів ангіотензину II, блокатори кальцієвих каналів).

Критерії виключення з дослідження: вік понад 75 років, наявність онкологічних патологій, давність артеріальної гіпертензії менше 5 років, анемія (Hb менше 100 г/л), супутні аутоімунні захворювання, тахісistolічний варіант фібриляція передсердь.

Усім хворим було проведено: загальний аналіз крові та сечі, визначення глюкози крові, коагулограма, біохімічний аналіз (нирковий та печінковий комплекси, ліпидограма), вимірювання АТ на двох руках, електрокардіограма (ЕКГ).

Хворих було розділено на 2 групи відповідно до стажу прийому АСК: перша група приймала АСК протягом 10 років і більше, а друга група приймала менше 10 років. Всі пацієнти відібрані для дослідження мали другу або третю стадію АГ (відповідно до відсутності чи наявності ССУ).

Середній АТ у першій групі коливається в діапазоні: АТ систолічний (АТс) 130, а АТ діастолічний (АТд) 80 мм.рт.ст., на фоні прийому антигіпертензивної терапії; у другій групі : АТс 128 , а АТд 80 мм.рт.ст. на фоні антигіпертензивної терапії.

Результати та обговорення.

В першій групі були виявлено, що на фоні прийому АСК у 50% хворих відбулися СС ускладнення. За даними аналізів амбулаторних карток ішемічний інсульт перенесли: два пацієнта 2008 році, один пацієнт в 2010 році, два пацієнти в 2013 році , два пацієнта у 2015 році, один пацієнт переніс в 2010 році інфаркт міокарда (на ЕКГ виявлені ознаки рубцювання міокарда) та в 2013 році ішемічний інсульт.

В другій групі було виявлено, що судинні катастрофи спостерігалися у 20% хворих, на фоні прийому АСК. За даними амбулаторних карток перенесли інфаркт міокарда (на ЕКГ виявлені ознаки рубцювання

міокарда): одна людина в 2017, одна людина в 2016 ; ішемічний інсульт перенесли : одна людина в 2018 році , одна в 2013.

Жоден пацієнт не виявляв скарг на шлунково-кишкові розлади: часті прояви та симптоми диспепсії, біль в епігастральній ділянці та абдомінальний біль; гематоми, носові кровотечі, кровотечі з ясен на фоні прийому АСК.

Хворі на АГ були співставленні за стажем прийому АСК.

У першій групі, що отримують препарат більше 10 років, питома вага СС ускладнень становить 50 %, а у другій групі, що отримують АСК менше 10 років 20%.

Висновок.

1.Опираючись на отримані результати, ми можемо сказати, що ризик виникнення клінічної резистентності до АСК в два рази більше серед людей, що приймають препарат більше 10 років.

2.Хворим на АГ рекомендовано регулярне лікарське спостереження до досягнення цільового рівня АТ – з інтервалом у 2-3 тижні, після досягнення – 1 раз на 6-12 місяців. Пацієнтам з високим і дуже високим ризиком, тим, кому призначено лише немедикаментозне лікування, особам з низькою прихильністю до лікування доцільно проводити спостереження з частотою не менше, ніж 1 раз на 3 місяці.

3.Хворим на артеріальну гіпертензію рекомендована модифікація способу життя.

4.Диспансерне спостереження пацієнтів, яким після проведення обстеження було встановлено діагноз «ессенціальна АГ з середнім і низьким ризиком», проводиться сімейними лікарями.

5.Обмежити вживання препаратів, що негативно впливають на контроль артеріального тиску.

6.Пацієнтам з діагнозом серцево-судинного захворювання або хронічною хворобою нирок за відсутністю протипоказань додатково призначається ацетилсаліцилова кислота.

Використана література:

1. Артеріальна гіпертензія: клінічна настанова / Нетяжко В. З., Божко Л. І., Гідзинська І. М., [та ін.]; – Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України , 2017 – 185 с.
2. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) [2013 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension] Russ J. Cardiol 2014, 1 (105): 7-94

3. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European. [2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension] J. of Hypertension. 37(1):226, January 2019; 1956-1994
4. Аспіринорезистентність: клінічні та молекулярно-генетичні методи / Танашян М. М., Домашенко М. А., Раскуражев А. А., // журн. Анналы неврологии. ФГБНУ. «Научный центр неврологии» ЗАО РКИ Соверо пресс. – М., 2016 – Том 10 № 1. ISSN: 2409-2533
5. Фармакологія: підруч. / Чекман І. С., та ін. – К. : Вища шк., [2001] 598 с.
6. Fan L., Cao J., Liu L., et al. Frequency, risk factors, prognosis, and genetic polymorphism of cyclooxygenase-1 gene for aspirin resistance in elderly Chinese patients with cardiovascular disease / Gerontology 2013; 59: 122-131.
7. Michelson F.D., et al. Resistance to antiplatelet drug. Eur. Heart J. 2006; 8 (suppl.G): 53-58.

ПЛАЗМАФЕРЕЗ: ОБ'ЄМИ ВИЛУЧЕННЯ ПЛАЗМИ І СПОСОБИ ПЛАЗМОЗАМІЩЕННЯ

КОРЖ А. В.

аспірант кафедри гематології та трансфузіології

ВИДИБОРЕЦЬ С. В.

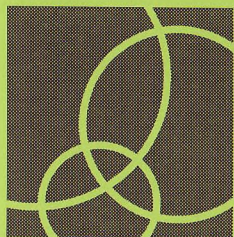
доктор медичних наук, професор,

завідувач кафедри гематології та трансфузіології

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика
м. Київ, Україна*

Актуальність. Існує донорський та лікувальний плазмаферез. Розроблено рекомендації щодо частоти донацій і максимальної кількості плазми, що отримується при донорському плазмаферезі. Наразі заготівля донорської плазми методом автоматичного плазмаферезу набуває все більшого впровадження в практику [5, с. 39].

Мета роботи – систематизувати та узагальнити дані щодо об'ємів вилучення плазми і способів плазмозаміщення при проведенні плазмаферезу.



Організація наукових
медичних досліджень
«Salutem»

Збірник матеріалів міжнародної
науково-практичної конференції

**ПРОБЛЕМИ ТА СТАН РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ
НАУКИ ТА ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ**

7–8 червня 2019 р.

м. Дніпро

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ПРОБЛЕМИ ТА СТАН РОЗВИТКУ
МЕДИЧНОЇ НАУКИ ТА ПРАКТИКИ
В УКРАЇНІ»**

7–8 червня 2019 р.

**Дніпро
2019**

УДК 61(477)(063)
П78

П78 Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні :
Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро,
7–8 червня 2019 р.). – Дніпро: Організація наукових медичних досліджень
«Salutem», 2019. – 108 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Проблеми та стан розвитку медичної науки та практики в Україні»**. Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

УДК 61(477)(063)

© Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ

ПЕРВИННА ТЕХНІЧНА ЕКСПЕРТИЗА НАУКОВИХ ПРАЦЬ НА НАЯВНІСТЬ АКАДЕМІЧНОГО ПЛАГІАТУ У МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ: АНАЛІЗ ДОСВІДУ ТА ДЕЯКИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОГРАМНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ Хобзей М. К., Вергун А. Р., Ягело С. П.	6
ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ НА ТЛІ ФІЗІОЛОГІЧНИХ ЗМІН ОРГАНІЗМУ ЖІНКИ Галичанська О. М., Гаврилюк М. Д., Іліка О. В., Руснак Н. В.	11
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИЗНАНИХ ХІМІЧНИХ ГЕМОСТАТИЧНИХ ЗАСОБІВ ТА ЇХ ПОТЕНЦІЙНО МОЖЛИВОГО АНАЛОГУ НА ОСНОВІ МОДИФІКОВАНИХ КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЮЛОЗИ ТА АЛЮМОСИЛІКАТІВ Загороднюк К. Ю., Дема О. В., Бевз Р. Т., Туманова Т. О., Федикович І. М., Приймак Н. М., Чербан П. Й.	17

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ДО АЦЕТИЛСАЛІЦИЛОВОЇ КИСЛОТИ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ Черниловський А. В., Ахе Є. А., Аніщенко М. І.	22
ПЛАЗМАФЕРЕЗ: ОБ'ЄМИ ВИЛУЧЕННЯ ПЛАЗМИ І СПОСОБИ ПЛАЗМОЗАМІЩЕННЯ Корж А. В., Видиборець С. В.	26
ГЕМОРЕОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ КВЕРЦЕТИНУ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ Дудка П. Ф., Добрянський Д. В., Іорданова Н. Х., Тарченко І. П., Бондаренко Ю. М., Вознюк В. В.	29
ПРОВОКАЦІЙНИЙ АНГІОСПАСТИЧНИЙ ТЕСТ ПРИ ГОСТРОМУ ІНФАРКТІ МІОКАРДА ЗА НЕОБСТРУКТИВНИХ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ (MINOCA): АКЦЕНТ НА БЕЗПЕЧНІСТЬ МЕТОДУ ДІАГНОСТИКИ КОРОНАРНОГО ВАЗОСПАЗМУ Іорданова Н. Х., Ібнухсейн Е.-І.	31