

Контрольную группу составили 35 человек среднего (50,3 ± 3,7 года) и 93 человека пожилого возраста (67,1 ± 3,1 года) без признаков церебральной сосудистой патологии.

Результаты. У больных среднего возраста с инсультом по сравнению с лицами контрольной группы соответствующего возраста обнаружено более выраженное, чем у больных пожилого возраста, снижение линейной и объемной скорости кровотока в пораженной (55,3 и 19,2 % соответственно) и интактной внутренней сонной артерии (32,4 и 10 % соответственно), в средней мозговой артерии (47,7 и 39 %; 36,4 и 29,3 % соответственно). У пациентов среднего возраста более высокая частота гипозогенных атеросклеротических бляшек (49,5 %), чем у больных пожилого возраста (24,1 %). У пациентов среднего возраста более жесткие отрицательные взаимосвязи между размерами ишемического очага и общим церебральным объемным кровотоком (средний возраст $r = 0,66$, пожилой возраст — $r = 0,46$) и каротидным объемным кровотоком ($r = 0,59$ и $r = 0,38$ соответственно). Содержание метаболита нейрональной активности (NAA) в сером веществе головного мозга у больных пожилого возраста статистически достоверно ниже, чем у пациентов среднего возраста (в пораженном полушарии у больных среднего возраста $24,01 \pm 1,9$ отн. ед., у больных пожилого возраста — $21,13 \pm 0,65$ отн. ед., в интактном полушарии — $27,96 \pm 1,9$ и $23,58 \pm 0,93$ отн. ед. соответственно). У больных пожилого возраста изменения церебральной гемодинамики и метаболизма более выражены при локализации инсульта в правом полушарии. Диссоциация между степенью изменений церебральной гемодинамики и уровнем метаболизма NAA обусловлена тем, что у больных пожилого возраста влияние гемодинамики в сосудах пораженного бассейна на содержание NAA является более выраженным. Так, содержание NAA в сером веществе затылочной области у пациентов среднего возраста положительно коррелирует с объемной скоростью кровотока в интактной внутренней сонной артерии ($r = 0,74$) и позвоночной артерии ($r = 0,81$), у пожилых — более выражено с гемодинамикой в гомолатеральной средней мозговой артерии ($r = 0,69$).

Вывод. У пациентов среднего возраста, перенесших ишемический инсульт, выявлены более выраженные изменения церебральной гемодинамики, у пожилых больных — метаболизма, поэтому при определении фармакологической стратегии необходимо учитывать эти возрастные и полушарные особенности.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ СТАРЕЧОГО ВІКУ

Л. П. Купраш, Ю. О. Гріненко*, Т. М. Корнієнко**, С. О. Гударенко

ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ

*Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни, ЦДІБЛ

**ДУ ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска НАМН України», Київ

Впровадження методів фармакоекономічного аналізу дозволить обґрунтувати вибір ефективних, безпечних і економічно вигідних лікарських засобів для лікування хворих старечого віку, які перебувають в лікарняних закладах.

Мета — фармакоекономічний аналіз антитромботичної терапії у хворих старечого віку з ішемічною хворобою серця.

Матеріали і методи. Ретроспективне клініко-економічне дослідження проведено на базі Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни (УДМСЦВВ). Опрацьовано 277 історій хвороб пацієнтів віком понад 75 років з ішемічною хворобою серця і супутніми захворюваннями. Обстеженим у складі комбінованої терапії призначали аспекард по 100 мг на добу (I група) та кардіомагніл по 75 мг на добу (II група) протягом 21 дня. Фармакоекономічний аналіз проводили за методом «витрати — ефективність», який дозволяє співставити витрати з отриманими результатами. Ефективність антитромботичної терапії оцінювали за показником МНО. Статистичну обробку результатів проводили на ПК за допомогою програми Statistica 8.0.

Результати. До лікування вихідний рівень МНО був нижчий від нормальних значень (0,8–1,2) у 78,7 % хворих I групи і у 78,4 % — II. В кінці лікування цільове значення МНО було зареєстровано у 49,1 % хворих I групи і у 55,3 % — II. При прийомі антикоагулянтів у 21,7 % хворих I групи на 5–7-й день лікування та у 5,1 % пацієнтів II групи з кінця другого тижня лікування спостерігали побічні ефекти з боку органів травлення (дискомфорт в епігастральній ділянці, нудота, здуття живота, диспепсія). З метою усунення побічних ефектів хворі отримували омепразол та маалокс. Вартість курсу лікування (100 хворих) становила для аспекарду $483,00 \pm 57,30$ грн., кардіомагнілу — $1058,03 \pm 91,80$ грн. Витрати на лікування побічних ефектів (100 хворих) склали в I групі $756,80 \pm 31,30$ грн., у II — $88,40 \pm 17,40$ грн. Показник «витрати — ефективність» був вищий в групі

хворих, які отримували аспекард (25,24 грн. на одиницю ефективності), порівняно з хворими, які приймали кардіомагніл (20,59 грн. на одиницю ефективності).

Висновок. При лікуванні ішемічної хвороби серця у хворих старечого віку з високим ризиком розвитку гастропатій економічно переважним є використання комбінованих препаратів ацетилсаліцилової кислоти з антацидними компонентами (кардіомагніл), що знижує частоту побічних ефектів та вартість медикаментозної терапії.

ЧИННИКИ РИЗИКУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ В ГЕРАТРИЧНІЙ КЛІНІЦІ

Л. П. Купраш, Н. О. Горчакова*, Ю. О. Гріненко**, О. В. Купраш, С. О. Гударенко

ДУ "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України", Київ

*Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

**Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни, Цибли

Медикаментозна терапія, яку проводять хворим похилого та старечого віку, характеризується високою частотою розвитку побічних реакцій, що значно ускладнює перебіг та погіршує прогноз захворювання.

Мета — вивчити основні чинники ризику розвитку побічних реакцій на ліки у хворих старших вікових груп, що дозволить оптимізувати ефективність та безпеку фармакотерапії.

Матеріали і методи. Проведено ретроспективний фармакоепідеміологічний аналіз 1719 історій хвороб хворих віком понад 60 років, які проходили лікування в Українському державному медико-соціальному центрі ветеранів війни (УДМСЦВВ) протягом 2010–2015 рр. Використано фармако-епідеміологічні, епідеміологічні та статистичні (описова статистика, кореляційний, дисперсійний, коваріаційний аналізи) методи дослідження.

Результати. В обстежених встановлено високий рівень поліморбідності (6,17 у одного хворого), серед яких переважали захворювання органів кровообігу: ішемічна хвороба серця (96 на 100 хворих), хронічна серцева недостатність (83 на 100), артеріальна гіпертензія (57 на 100). З інших хвороб найчастішими були захворювання органів кістково-м'язової системи, органів травлення, органів дихання, ендокринної системи. Медикаментозна терапія включала комбінації лікарських засобів різних фармакотерапевтичних груп, кількість яких складала $8,9 \pm 0,8$ на одного хворого. Побічні реакції, що стали причиною відміни ліків, зареєстровано у 4,3% хворих. Частота побічних реакцій зростала з віком хворих від 2,9% у 7-му десятилітті до 5,7% — у 9-му. Визначено поєднання лікарських засобів різних фармакотерапевтичних груп, які найчастіше зумовлювали розвиток побічних реакцій в обстежених літнього віку (інгібітори АПФ, нестероїдні протизапальні препарати, бета-блокатори та бронхолітичні засоби). Виявлено кореляцію між дозами використаних лікарських засобів та частотою розвитку побічних реакцій. За допомогою дисперсійного аналізу визначено основні чинники ризику розвитку побічних реакцій на лікарські засоби в обстежених похилого і старечого віку: вік хворих, кількість захворювань, кількість та характер призначених препаратів, доза лікарських засобів, тривалість курсу лікування.

Висновок. Раціональний вибір лікарських засобів з урахуванням чинників, що обумовлюють виникнення побічних реакцій на ліки, сприятиме підвищенню ефективності та безпеки медикаментозної терапії хворих похилого і старечого віку.

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ З БОКУ НИРОК У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЗАЛЕЖНО ВІД ВІКУ

О. В. Курята, Ю. С. Кушнір, К. Г. Карапетян

ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є потенційно фатальною стадією будь-якого кардіоваскулярного захворювання. Встановлено, що майже у 50% всіх пацієнтів із ХСН збережена фракція викиду (ФВ) лівого шлуночка (більше 45%). Дуже часто ХСН зі збереженою ФВ асоційована з віком хворих та функціональними порушеннями з боку нирок.