

Лише у 5 пацієнтів (9 %) цієї групи його вміст перетинався з діапазоном значень контролю та групи порівняння. Рівень VIP у випадку ізольованого перебігу ХОЗЛ практично не відрізнявся від контролю ( $p=0,500$ ).

При визначенні діастолічної функції ПШ було виявлено вірогідне ( $p<0,05$ ) зменшення КДП ( $\text{см}^2$ ) в першій групі ( $15,5\pm 0,44$ ) відносно групи зіставлення ( $16,8\pm 0,43$ ) та контролю ( $17,7\pm 0,59$ ); КСП ( $\text{см}^2$ )  $8,9\pm 0,26$ ,  $9\pm 0,25$  та  $9,1\pm 0,24$  відповідно. ФЗПП (%) було нижче ( $p<0,05$ ) в основній групі ( $42,1\pm 0,98$ ) відносно порівняння ( $46,1\pm 0,87$ ) та групи контролю ( $50,6\pm 1,35$ ).

При дослідженні показників систолічної функції ПШ достовірні зміни ( $p<0,05$ ) були у пік Е ТТДП (м/с) основної групи ( $39\pm 1,05$ ) відносно порівняння ( $44,8\pm 2,01$ ) та групи контролю ( $57,7\pm 1,18$ ) та Е/А ТТДП (м/с)  $0,7\pm 0,02$ ,  $0,9\pm 0,04$  та  $1,1\pm 0,03$  відповідно.

При аналізі взаємозв'язку між VIP та показниками кардіогемодинаміки було виявлено такі співвідношення з КДП ( $r=-0,49$ ;  $p=0,001$ ), КСП ( $r=-0,31$ ;  $p=0,03$ ), ФЗПП ( $r=-0,30$ ;  $p=0,06$ ), пік Е ТТДП ( $r=-0,39$ ;  $p=0,01$ ), Е/А ТТДП ( $r=-0,38$ ;  $p=0,02$ ).

**Висновки.** Одержані результати дослідження дозволяють висловити думку, що зниження вмісту VIP блокує його вазодилатуючий ефект, сприяючи розвитку гіпертензії та формуванню легеневого судинного ремоделювання і запалення, впливаючи на функціональні зміни міокарда ПШ, що характеризуються його систолічною та діастолічною дисфункцією.

## ВЗАЄМОДІЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ

*Кіресв І.В., Жаботинська Н.В.*

Національний фармацевтичний університет, м. Харків

На сьогоднішній день дуже **актуальною** є проблема коморбідної патології. За результатами дослідження D. Campbell-Scherer, поширеність коморбідних станів становить від 69 % у хворих молодого віку до 93 % у пацієнтів середнього віку і до 98 % у пацієнтів похилого віку.

Кількість мультиморбідних станів збільшується з 10 % у пацієнтів віком <19 років до 80 % у пацієнтів віком  $\geq 80$  років. Наявність у пацієнта коморбідної патології є однією з передумов комбінованого призначення лікарських засобів. За даними літератури, більше одного лікарського засобу приймає приблизно 56 % пацієнтів у віці до 65 років і 73 % пацієнтів старше 65 років. Прийом двох ліків призводить до їх взаємодії у 6 % пацієнтів, а призначення п'яти та більше лікарських засобів підвищує частоту взаємодій більше, ніж на 50 %. Взаємодія лікарських засобів – це якісна або кількісна зміна ефектів, що їх спричиняють лікарські засоби при одночасному або послідовному застосуванні двох і більше препаратів. Розрізняють фармацевтичну, фармакодинамічну, фармакокінетичну взаємодії лікарських засобів. Фармацевтична взаємодія відбувається до введення ліків в організм. До фармакодинамічного типу взаємодії відносяться випадки, коли один лікарський засіб викликає зміну концентрації іншого лікарського засобу в місцях їх безпосередньої дії. В результаті фармакодинамічної взаємодії може відбуватися посилення або зменшення як основного, так і побічного ефектів лікарського

засобу. При цьому може забезпечуватися як більш виражений фармакологічний ефект комбінації препаратів, ніж дія кожного лікарського засобу окремо, так спостерігатися і ослаблення або зникнення частини фармакологічних властивостей одного або декількох лікарських засобів.

Фармакокінетична взаємодія відбувається на всіх етапах фармакокінетики ліків в організмі людини: на етапі всмоктування, розподілу, біотрансформації та виведення лікарських засобів. Взаємодія лікарських засобів на етапі біотрансформації в печінці пов'язана зі зміною активності ферментів системи цитохрому P450, які беруть участь у реакціях метаболізму лікарських засобів. При цьому лікарські засоби можуть бути як індукторами або інгібіторами ферментів системи цитохрому P450, так і субстратами для впливу цих ферментів. Якщо один лікарський засіб викликає індукцію ферментів метаболізму, то другий лікарський засіб-субстрат може зменшувати або втрачати свою активність. Якщо один лікарський засіб зменшує активність ферментів метаболізму, то другий лікарський засіб-субстрат може недостатньо метаболізуватися і проявити свою активність не повною мірою. Таким чином, комбіноване застосування ліків може викликати їх взаємодію та змінити їх очікувану ефективність.

Враховуючи сказане вище, можна виділити певні групи пацієнтів з коморбідною патологією, які потребують ретельного моніторингу під час комбінованого застосування препаратів.

## **ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ИНДЕКСА ФОРМЫ ТЕЛА С КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ**

*Кисиленко Е.В.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

На сегодняшний день известно, что накопление избыточного количества жира в брюшной полости приводит к развитию сахарного диабета 2-го типа, сердечно-сосудистых заболеваний и, как следствие, повышает риск преждевременной смерти. Еще в 2012 г. американскими учеными был предложен «Индекс формы тела» (A Body Shape Index – ABSI) – усовершенствованный индекс, который был разработан как способ количественной оценки риска, связанного с абдоминальным ожирением (отношение объема талии (ОТ) к индексу массы тела (ИМТ) и росту).

**Цель работы.** Изучить гендерные особенности взаимосвязи между ABSI и кардиометаболическими факторами риска у больных гипертонической болезнью (ГБ) с абдоминальным ожирением (АО).

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 82 больных гипертонической болезнью. Возраст пациентов колебался от 42 до 78 лет. Все больные прошли комплексное клиническое обследование с расчетом ABSI и определением показателей липидного обмена: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ),