

дження каналців та активації тубуло-гломерулярного зворотного зв'язку. Розвиток олігурії призвів до наростання ретенційної азотемії, що супроводжувалася ацидурією та гіпокаліємією внаслідок недостатньої каналцевої реабсорбції та втрати іонів калію та натрію з сечею. Виразна протеїнурія відображала пошкодження каналців та клубочків нефронів. В тканині нирок виявлено збільшення вмісту продуктів пероксидації білків та ліпідів, а також зниження активності ферментів антиоксидантного захисту каталази та глутатіонпероксидази. Сумісне введення мелатоніну значно обмежувало ступінь ураження ниркової тканини та запобігало критичному зниженню функції нирок, підтверджуючи захисну дію мелатоніну. У щурів, лікованих мелатоніном, показники рівня креатиніну в плазмі, протеїнурії та екскреції натрію з сечею були достовірно нижчими, а показники діурезу та рН сечі вищими від показників нелікованих тварин. Поряд із цим, відношення про-антиоксидантної рівноваги в тканині нирок у групі тварин, яким вводили мелатонін, підтверджує його захисний вплив.

Мелатонін зменшує прояви нефротоксичності гентаміцину, що виявляється обмеженням патологічних змін та збереженням функції нирок. Отримані результати дослідження підтверджують дані літератури та є підґрунтям для подальшого поглибленого вивчення ренальних ефектів мелатоніну, а також перспектив застосування як реноропротектора.

УДК: 616. 12 – 005. 4 – 008. 318 – 085

*Капустник Ю.О., Луценко Р.В, Сидоренко А.Г.*

### **ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ЧАСТОЇ ТА СТАБІЛЬНОЇ ШЛУНОЧКОВОЇ ЕКСТРАСИСТОЛІЧНОЇ АРИТМІЇ У ПОЄДНАННІ ІЗ СТІЙКОЮ БРАДИКАРДІЄЮ У ХВОРИХ ІХС**

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

*kakapustnykdoc@gmail.com*

Лікування частої і стабільної шлуночкової екстрасистолічної аритмії на фоні брадикардії є надзвичайно складною задачею, оскільки більшість антиаритмічних засобів мають негативну хронотропну дію.

Метою роботи є обґрунтування вибору антиаритмічних препаратів та їхніх доз для терапії частої шлуночкової екстрасистолічної аритмії з стійкою брадикардією у хворих ішемічною хворобою серця.

Ефективним препаратом для лікування частої і стабільної шлуночкової екстрасистолічної аритмії та брадикардії є алапінін.

Алапінін (бромгідрат лаппаконитину) алкалоїд білоустового роду жовтецевих. Алапінін значно переважає за широтою протиаритмічної дії, ступенем інтенсивності антиаритмічного ефекту, а також за тривалістю протиаритмічної дії такі антиаритмічні засоби, як новокаїнамід, верапаміл, етацизин, мексілетин. Його за протиаритмічною активністю та широтою терапевтичного ефекту можна порівняти з пропafenоном (ритмонормом).

Алапінін має  $\beta$ -адреностимулювальну властивість і завдяки цьому майже позбавлений негативної хронотропної дії. За відсутності стійкої брадикардії алапінін призначається для профілактики та лікування порушень ритму серця по 20 мг внутрішньом'язово (4 мл 0,5% розчину) 3 рази на день або всередину 25 або 50 мг (1-2 таблетки) 3-4 рази на день. При наявності брадикардії його дозу зменшують до 20 мг 1-2 рази на день при внутрішньом'язовому введенні і до 25 мг 2 рази на день при пероральному застосуванні.

Також, можна застосувати алапінін тривалої дії – алафорте, дія якого після однократного приймання триває до 12 годин. За відсутності брадикардії цей антиаритмічний препарат призначають всередину по 25 мг кожні 8 годин. При відсутності або недостатності терапевтичного ефекту дозу збільшують до 25 мг через кожні 6 годин або по 50 мг кожні 12 годин. За наявності брадикардії алафорте призначають по 25 мг 2 рази на день.

Однак терапія малими дозами алапінину часто є недостатньо ефективною. При призначенні більших доз алапінину виникає загроза розвитку побічних реакцій у вигляді головного болю, запаморочення та брадикардії.

Запропоновано новий спосіб лікування частої та стабільної шлуночкової екстрасистолічної аритмії з брадикардією, який полягає у зниженні добової дози алапінину при внутрішньовенному введенні до 30-40 мг і при пероральному прийманні до 75-100 мг і додатковому включенні препаратів: рибоксин, панангін та белатамінал. Рибоксин призначають у добовій дозі 600 мг (1 таблетка 3 рази на день), панангін – у добовій дозі 896 мг (1 таблетка 3 рази на день) і белатамінал – у добовій дозі 0,0612 г (по 1 драже 3 рази на добу). Курс терапії становить від 10-15 днів. При позитивному результаті здійснюваної терапії, призначається підтримуюча терапія у вигляді приймання всередину панангін у добовій дозі 896 мг та рибоксину по 600 мг (1 таблетка 3 рази на день) протягом 3-4 місяців. Зниження добової дози алапінину згідно з даним способом сприяє зменшенню імовірності виникнення побічних явищ.

Висновки:

1. Препаратами вибору для лікування частої шлуночкової екстрасистолічної аритмії з стійкою брадикардією у хворих ішемічною хворобою серця є антиаритмічні засоби ІВ підкласу за кла-

сифікацією Вільямса та антиаритмічний препарат рослинного походження – алапінін.

2. Високу ефективність має комплекс терапії (алапінін у зменшених дозах, панангін, рибоксин та белатамінал) для лікування частої і стабільної шлуночкової екстрасистолічної аритмії на фоні брадикардії.

УДК 616.61-036.12-06:616.12-008.331.1:615.225.2

*Катеренчук О.І.*

**ХРОНІЧНА ХВОРОБА НИРОК ТА АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ:  
ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕКА ЗАСТОСУВАННЯ МОКСОНІДИНУ**

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

coronar@ukr.net

**Актуальність проблеми:** ефективний контроль за перебігом артеріальної гіпертензії (АГ) є одним з ключових завдань в наданні допомоги пацієнтам з хронічною хворобою нирок (ХХН) та нирковою недостатністю. Диференційний підхід до вибору оптимальної терапії потребує враховування патофізіологічних особливостей перебігу ХХН, фармакодинамічних та фармакометаболических властивостей лікарського засобу та зваженого підходу до оцінки потенційної користі та можливих ризиків лікування.

Наукова новизна роботи: в роботі представлено аналіз результатів клінічних досліджень, присвячених вивченню можливості застосування моксонідину в якості антигіпертензивного засобу при ХХН зі зниженою функцією нирок.

**Мета дослідження:** дослідити чи використання лікувального засобу центральної дії з симпатолітичним ефектом – моксонідину має переваги в лікуванні АГ у пацієнтів з ХХН та зниженою функцією нирок.

**Методи дослідження:** аналіз результатів завершених клінічних досліджень присвячених вивченню використання моксонідину в лікуванні АГ при ХХН зі зниженою функцією нирок на основі публікацій в базах даних PubMed, Medline, Embase, Scopus, Orcid, Web Of Science.

**Результати досліджень:** протягом останніх двох десятиліть в світі проведено значну кількість клінічних досліджень, що довели ефективність та безпеку використання моксонідину в лікуванні АГ при ХХН зі зниженою функцією нирок. Позитивні терапевтичні ефекти моксонідину, перш за все, обумовлені симпатолітичною дією реалізованою через агоністичний селективний вплив на імідазолінові рецептори 1 типу, локалізовані у вентролатеральній пресорній та вентромедіальній депресорній зонах