

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

**Метою дослідження** було вивчення особливостей лабораторних та спірографічних показників, рівня СРБ у хворих на ізольоване ХОЗЛ та при його асоціації із ішемічною хворобою серця (ІХС).

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 50 пацієнтів, яких поділили на групи: 1 група (хворі на ХОЗЛ 2-3 ст. по GOLD), 2 група – включала хворих на ХОЗЛ у поєднанні із ІХС (стабільна стенокардія напруги 2-3 ф.кл., дифузний, постінфарктний кардіосклероз), 3 група – здорові особи. Хворі 1-2 груп були поділені на підгрупи: 1а - хворі на ХОЗЛ 2 ст., 1в – хворі на ХОЗЛ 3 ст., 2а підгрупу склали хворі на ІХС та ХОЗЛ 2 ст., пацієнти 2в підгрупи страждали на ІХС і ХОЗЛ 3ст. Всім хворим оцінювали результати клінічного аналізу, ліпідів крові, проводилося спірографічне дослідження. Статистична обробка здійснювалася за допомогою t-критерію для непарних вибірок після визначення нормальності розподілу даних за допомогою одно вибіркового критерію Колмогорова-Смірнова. Достовірною різницю між вибірками вважали при рівні  $p \leq 0,05$ .

**Результати.** Підвищення рівню гемоглобіну та еритроцитів у 1в та 2в групах хворих у порівнянні із контролем можна пояснити компенсаторним еритроцитозом у відповідь на гіпоксію, що виникає у хворих на ХОЗЛ. Виявлене підвищення рівня загального холестерину (ЗХ) у пацієнтів 2 групи (а, в підгрупі) у порівнянні із контролем на 34,8% ( $p=0,007$ ) і 31,1% ( $p=0,037$ ) і на 20,8% ( $p_1=0,02$ ) та 22,6% ( $p_1 \leq 0,001$ ) порівняно із 1 групою (а і в) відповідно. Ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ) достовірно були вищими у пацієнтів 1в підгрупи на 27,5% ( $p=0,006$ ) у порівнянні із контролем, і в обох підгрупах 2 групи на 64% ( $p=0,01$ ) і 81,8% ( $p=0,001$ ) порівняно із здоровими особами контрольної групи, і на 46,7% ( $p_1=0,005$ ) та 42,8% ( $p_1=0,003$ ) порівняно із пацієнтами 1а і 1в підгруп. В нашому дослідженні виявлено, що рівні СРБ збільшувались зі зростанням бронхіальної обструкції і наявності коморбідної патології. Отримані показники ФЗД у пацієнтів обох досліджуваних груп достовірно відрізнялися від контролю. Так показник FEV1 у пацієнтів 1а та 2а груп коливався в середньому в межах  $68 \pm 1,3$  -  $72 \pm 1,9\%$ , у пацієнтів 1в та 2в групи –  $44,5 \pm 2,4$  та  $40,3 \pm 1,2\%$  відповідно. Подібні зміни виявлені при аналізі FEV1/FVC: у пацієнтів 1 групи він нижчий за контроль на 12,0% ( $p=0,014$ ) і на 16,2% ( $p=0,013$ ), у хворих 2 групи (підгрупа а і в відповідно) – відповідно на 13,5% ( $p=0,0064$ ) і 18,1% ( $p=0,0026$ ). Зниження показника FEV1/FVC при поєднанні ХОЗЛ із ІХС було недостовірним у порівнянні з ізольованим ХОЗЛ.

**Висновки.** Таким чином, виявлені зміни (підвищення рівню СРБ, дисліпідемія, еритроцитоз) асоціюються із зниженням показників ФЗД, що свідчить про взаємообтяжування коморбідних патологій.

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ І ПРИ АСОЦІАЦІЇ ІЗ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

*Погорєлова О. С., Фендик М.М.*

*Сумський державний університет,*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Частота, із якою зустрічається ішемічна хвороба серця (ІХС) у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) коливається за даними різних авторів від 50% до 64%. Згідно даних популяційних досліджень, у хворих на ХОЗЛ ризик серцево-судинної смерті вищий у 2-3 рази і складає приблизно 50% від загальної кількості смертельних випадків. Паралельний перебіг ХОЗЛ та ІХС підкоряється закону взаємного обтяження.

**Метою дослідження** була оцінка якості життя хворих на ХОЗЛ та при його асоціації із ІХС.

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 50 пацієнтів, яких поділили на групи: 1 група (хворі на ХОЗЛ 2-3 ст. по GOLD), 2 група – включала хворих на ХОЗЛ у поєднанні із ІХС (стабільна стенокардія напруги 2-3 ф.кл., дифузний, постінфарктний кардіосклероз). Хворі 1-2 груп були поділені на підгрупи: 1а - хворі на ХОЗЛ 2 ст., 1в – хворі

на ХОЗЛ 3 ст., 2а підгрупу склали хворі на ІХС та ХОЗЛ 2 ст., пацієнти 2в підгрупи страждали на ІХС і ХОЗЛ 3ст. З метою клінічної оцінки перебігу ХОЗЛ, оцінки якості життя пацієнтів використовувалися опитувальники САТ і mMRC. Статистична обробка здійснювалася за допомогою t-критерію для непарних вибірок після визначення нормальності розподілу даних за допомогою одно вибіркового критерію Колмогорова-Смірнова. Достовірною різницю між вибірками вважали при рівні  $p \leq 0,05$ .

**Результати.** Вивчення показників якості життя за допомогою САТ-тесту показало: за питання, що стосуються стиснення в грудній клітці, впевненості поза домом, сну найменша кількість балів у пацієнтів 1а групи, а відповідно і якість життя за цими показниками у них вища. Пацієнти 1в групи мають більшу кількість балів, а відповідно і гіршу якість життя через наявність кашлю, виділення мокротиння, задишку. Показники енергії та сну прогресивно підвищуються при прогресуванні стадії ХОЗЛ. У пацієнтів 2в групи якість життя гірша за показниками кашлю, виділення мокротиння, стиснення в грудній клітці, задишки, повсякденної діяльності та енергії. За даними опитувальника mMRC, в усіх пацієнтів із ХОЗЛ кількість балів перевищувала 2. При цьому, у хворих на ХОЗЛ 3 ст. (група 1в) в середньому кількість балів становила  $2,7 \pm 0,05$ , що свідчить про погіршення якості життя через виражену задишку під час незначного фізичного навантаження. При асоціації ХОЗЛ та ІХС частина пацієнтів відмічала наявність задишки в стані спокою, що значно обмежувало їх фізичну активність, тобто вони отримали максимальну кількість балів за опитувальником mMRC. Відсоток пацієнтів із максимальною оцінкою становив 23,08 % при ХОЗЛ 2 ст. + ІХС 2 та 36,4 % при ХОЗЛ 3 ст. + ІХС. Загалом, поєднання ІХС призводить до зростання середніх балів за опитувальником mMRC при ХОЗЛ 2 ст. (група 2а) на 26,08% ( $p=0,04$ ) та при ХОЗЛ 3 ст. (група 2в) на 25,92% ( $p=0,032$ ).

**Висновки.** Таким чином, незалежно від стадії ХОЗЛ, якість життя хворих погіршувалася за наявності серцево-судинної патології.

### РОЗПОДІЛ ГЕНОТИПІВ ЗА С825Т ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА β3-СУБОДИНИЦІ G-ПРОТЕЇНУ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ПЕРЕНЕСЕНИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ТА РИЗИК ВИНИКНЕННЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА

*Пристапа Л.Н., Моїсеєнко І.О.*

*Сумський державний університет*

*кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Серцево-судинні захворювання залишаються найважливішою медико-соціальною проблемою багатьох країн світу. За даними ВООЗ, щорічні втрати від серцево-судинних захворювань становлять 17,5 млн людських життів. При цьому смертність від ІХС займає перше місце у світі. В Україні смертність від хвороб системи кровообігу залишається однією з найвищих серед європейських країн, становлячи 66,6% в структурі загальної смертності. За статистичними даними ВООЗ, інфаркт міокарда (ІМ) займає одне з перших місць серед захворювань серцево-судинної системи і супроводжується високою смертністю, призводить до тимчасової або постійної втрати працездатності, знижуючи, таким чином, трудові резерви суспільства. Факторами ризику ІМ є артеріальна гіпертензія (АГ), гіперхолестеринемія або дисліпідемія, цукровий діабет та куріння. Дослідження останніх років показали генетичну схильність до ІМ. Виявлено ряд генетичних варіацій, асоційованих із ІМ: поліморфізми генів ангіотензинперетворюючого ферменту (I/D ACE), ангіотензиногену (T+31C ATG), ангіотензину II (A1166C AGTR1), ендотеліальної NO-синтази (G894T eNOS), фактору некрозу пухлини альфа (G-308A TNF  $\alpha$ ), 5,10-метилентетрагідрофолатредуктази (677C→T MTHFR) та ін. Так, за даними іноземних дослідників відомо, що С825Т поліморфізм гена β3-субоднини G-протеїну асоційований з виникненням ІМ, а саме носії Т алелю мають підвищений ризик виникнення некрозу міокарда.