

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

Встановлено, що переважаючою патологією у досліджуваного контингенту були поєднані ССЗ: ІХС –66,13% хворих та АГ - 38,71% осіб, що вказує на коморбідність цих захворювань. Поєднані хвороби ШКТ виявлені у 33,87% хворих, серед яких ураження гепатобіліарної системи склало 18,55%, а ШКТ –23,39%. Серед діагностованої ендокринної патології переважав ЦД - у 11,29% та у 14,52% пацієнтів виявлено патологію ЩЗ з явищами клінічного чи маніфестного гіпотиреозу. Кількість супутніх хвороб у хворих зростала з віком, із значним переважанням ССЗ та захворювань ШКТ. Зазначені захворювання різною мірою ускладнювали реалізацію комплексного лікування та погіршували її ефективність. Серед пацієнтів з ОА до 60 років переважали жінки, проте після 60 років помітним є зростання артриту й у чоловіків. Слід зазначити, що з віком зростала вираженість та важкість клінічних проявів коморбідної патології.

**Висновок.** На клінічні прояви, перебіг та результати лікування хворих на ОА з I-II стадії впливають вік, стать пацієнта та вік-залежне зростання поліморбідності та коморбідності пацієнта з переважанням ССЗ.

**Перспективу подальших досліджень** вбачаємо у поглибленому вивченні патогенетичних зв'язків ОА та коморбідних захворювань.

### **КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОКСОНІДИНУ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ З РЕФРАКТЕРНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

*Ополонська Н.О., Клочков О.Л.*

*СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Добре відомо, що захворювання нирок патогенетично тісно пов'язані з есенціальною або вторинною артеріальною гіпертензією, і навпаки, при прогресуванні захворювань нирок практично завжди виникає важко контрольована гіпертензія. Резистентність до лікування у хворих з хронічною нирковою недостатністю (ХНН) в значній мірі пов'язана з затримкою натрію і рідини, що супроводжується підвищенням внутрішньосудинного об'єму. Найважливішим фактором прогресування ХНН незалежно від її етіології залишається артеріальна гіпертензія (АГ). У більшості хворих ХНН та АГ виявляється рефрактерність до антигіпертензивної терапії. Через це ряд препаратів, що знижують артеріальний тиск (АТ), протипоказаний за рахунок кумуляції лікарських засобів при переважанні їх ниркової елімінації. Медикаментозне лікування моксонідіном, агоністом центральних ІІ-імідазолінових рецепторів, є перспективним, оскільки препарат впливає на механізми, залучені в розвиток АГ у даної категорії пацієнтів. Таким чином, дана проблема залишається відкритою та потребує всебічного вивчення.

**Метою дослідження було** вивчення ефективності моксонідіну у пацієнтів із рефрактерною АГ та ХНН.

**Матеріали та методи.** Обстежено 32 хворих на хронічну хворобу нирок, серед яких було 18 чоловіків і 14 жінок віком від 24 до 67 років. Причиною ХНН у 14 хворих був цукровий діабет, у 13 обстежуваних – хронічні гломерулонефрити і пієлонефрити, у 5 хворих – гіпертонічна хвороба. У 4 пацієнтів спостерігалася хронічна ниркова недостатність І ступеня, ХНН ІІ ступеня – 17 і ХНН ІІІ ступеня – у 11 хворих. Показниками ефективності препаратів вважали ступінь зниження АТ та тривалість антигіпертензивного ефекту. Отримані дані оброблялися статистичними методами за допомогою програми «STATISTICA® for Windows 6.0».

**Результати та їх обговорення.** Пацієнти були розподілені на дві групи: І групу склали 16 хворих, які приймали препарати 1-го ряду в цільових дозах (фозіноприл, амлодипін, торасемід); ІІ групу – 16 пацієнтів, яким до основної антигіпертензивної терапії був призначений моксонідин в дозі 0,4 мг на добу. На фоні проведеної терапії в І групі цільові значення АТ досягнуті у 62% пацієнтів, у ІІ групі – у 87% пацієнтів. При аналізі показників САТ у пацієнтів І групи спостерігалася зменшення на 16,2% ( $p < 0,05$ ), ДАТ знижувався на

10,9% ( $p < 0,05$ ), а у пацієнтів II групи САТ знижувався на 25,4% ( $p < 0,05$ ), а ДАТ на 15,3% ( $p < 0,05$ ). Лікування моксонідіном добре переносилося. Після чотирьох місяців лікування моксонідіном спостерігалася тенденція до зменшення креатиніну та збільшення швидкості клубочкової фільтрації.

**Висновки.** Результати даного дослідження свідчать про те, що призначення моксонідину до антигіпертензивної терапії у пацієнтів з рефрактерною АГ при ХНН є ефективним і безпечним способом контролю АГ, тому його можна розглядати у даних пацієнтів як препарат вибору.

## ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ НА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

*Ополонська Н.О., Масленников В.В.*

*СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Перебіг та прогноз хворих із фібриляцією передсердь залежать від багатьох показників і перш за все захворювання, на тлі якого розвинулося дане порушення ритму, наявності факторів тромбоемболічного та геморагічного ризиків, повноти та адекватності медикаментозної терапії. Відомо, що фібриляція передсердь асоціюється з підвищенням смертності (загальної, серцево-судинної, раптової), ризиком інсульту та системної тромбоемболії, серцевої недостатності, гострого коронарного синдрому, погіршенням якості життя. Враховуючи, що існують етнічні відмінності хворих із фібриляцією передсердь за нозологією, на тлі якої розвивається порушення ритму, супутньою патологією, наявністю факторів ризику, викликає інтерес проведення проспективного спостереження за пацієнтами, що мають дане захворювання.

**Метою дослідження було** визначення клініко-анамнестичних факторів, що впливають на розвиток інфаркту міокарда у хворих із неклапанною формою фібриляції передсердь.

**Матеріали та методи.** У процесі дослідження було обстежено 100 пацієнтів, серед яких 64 чоловіків (64%), 35 жінок (35%), середній вік яких –  $63,05 \pm 0,87$  року. Період спостереження тривав 12 місяців. У якості кінцевих точок розглядали розвиток інфаркту міокарда. При цьому оцінювали прогностичне значення таких показників: вік, стать, клініко-анамнестичні дані пацієнта, анамнез захворювання, фактори ризику. З метою виявлення зв'язку між показниками використовували багатофакторний регресійний аналіз з розрахунком стандартизованих регресійних коефіцієнтів – Бета та звичайних регресійних коефіцієнтів – В. Коефіцієнти регресії вважали статистично вірогідними при значенні  $p < 0,05$ . Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою програми «STATISTICA® for Windows 6.0».

**Результати та їх обговорення.** До I підгрупи увійшло 5 (5%) хворих, у яких був зареєстрований інфаркт міокарда, II підгрупу становили 95 (95%) пацієнтів без несприятливих серцево-судинних подій за означений період спостереження.

Аналіз отриманих даних залежно від статі виявив, що в групі хворих, які перенесли інфаркт міокарда питома вага жінок була достовірно більшою, порівняно з пацієнтами без несприятливих серцево-судинних подій ( $p < 0,05$ ). У свою чергу не виявлено достовірних відмінностей у пацієнтів з інфарктом міокарда та без нього, у залежності від різних форм фібриляції передсердь: пароксизмальної, персистуючої та постійної.

Для оцінки характеру зв'язку клініко-анамнестичних показників у хворих на фібриляцію передсердь із розвитком виникнення інфаркту міокарда був проведений покроковий регресійний аналіз. Під час багатофакторного аналізу було виявлено, що розвиток інфаркту міокарда у хворих на фібриляцію передсердь вірогідно і незалежно від інших чинників пов'язаний з наявністю серцевої недостатності III функціонального класу за NYHA ( $p < 0,01$ ), а також перенесеного інсульту / ТІА в анамнезі ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Вищезазначені дані анамнезу та клінічних проявів підтверджують багатофакторну природу фібриляції передсердь. Виявлення чинників, що сприяють розвитку