

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

віком. Ультразвукове дослідження серця проводили на сканері «ULTIMA PA» (фірми «РАДМІР», Україна). Ступінь ендотеліязалежної вазодилатації плечових артерій (ЕЗВД) визначали за допомогою тесту реактивної гіперемії. Товщину комплексу інтима-медіа (ТІМ) у сонних артеріях (СА) визначали на 2 см проксимальній біфуркації загальної СА, швидкість пульсової хвилі (ШПХ) в СА досліджували W-Trask-методом, ШПХ в брюшній аорті (БА) - з використанням фазованого датчику з частотою 2-4 МГц. Дослідження проводились до і після лікування через 12 тижнів. Усі хворі отримували базове лікування: лізиноприл 10-30 мг на добу, леркандипін 5-15 мг на добу, аторвастатин 10 мг на добу, ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу. Пацієнти були поділені на групи: I групу (n=53) склали хворі, які отримували тільки базову терапію; II групу (n=49) – пацієнти, яким в комплекс з вище зазначеним лікуванням було включено ЕФЛ 1800 мг на добу. Статистична обробка проводилась з використанням пакету програм Statistica for Windows версії 6.0.

Результати: через 12 тижнів лікування цільові рівні систолічного і діастолічного тиску були досягнені у 100% хворих на ГХ з Ож I ступеню та у 80% пацієнтів з Ож II ступеню. В обох групах відбулось вірогідне збільшення медіан співвідношення пікових швидкостей раннього і пізнього наповнення шлуночків серця і зниження часу ізоволюмічного розслаблення лівого шлуночка (ЛШ), часу сповільнення потоку раннього діастолічного наповнення ЛШ, кінцевого діастолічного тиску в ЛШ, середнього тиску в легеневій артерії ($p < 0,05$). Знизилась медіана інтегрального показнику діастолічного наповнення ЛШ E/e у пацієнтів I групи на 6,48%, а у хворих II групи – на 15,91% ($p_{I-II} < 0,05$), що свідчить про більш виражене покращення умов діастолічного наповнення ЛШ при нормальній релаксації міокарда у пацієнтів II групи. Суттєвої динаміки медіан товщини стінок ЛШ, розмірів і об'ємів порожнин серця, маси міокарду ЛШ виявлено не було, однак медіани індексу маси міокарда мали тенденцію до зниження у хворих обох груп. ТІМ СА, ШПХ в СА і БА суттєво не змінювались в обох групах пацієнтів ($p > 0,05$ для усіх показників). ЕЗВД в результаті лікування збільшилась у хворих I групи на 8,87% , а у пацієнтів II групи – на 12,7%, але у хворих II групи вона була в 1,4 рази вищою ($p_{I-II} < 0,05$).

Висновки: використання препаратів базового лікування призводить до досягнення цільового рівню артеріального тиску лише у пацієнтів з ГХ в поєднанні з Ож I ступеню. Використання ЕФЛ призводить до більш суттєвої позитивної динаміки показників діастолічної функції серця та ЕЗВД.

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

Кочуєва М.М.¹, Псарєва В.Г.², Кириченко Н.М.², Сухонос В.А.³, Привалова А.О.², Дичко М.М.²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

³Сумська міська клінічна лікарня № 3

Ожиріння (Ож) на теперішній час набуло характер епідемії як в Україні так і в усьому світі, що призвело до збільшення осіб з коморбідними станами, а саме поєднанням артеріальної гіпертензії і Ож та суттєвого підвищення ризику виникнення серцево-судинних ускладнень у цієї категорії хворих.

Ціль дослідження: вивчити вплив дотримання режиму харчування і фізичної активності на структурно-функціональний стан серця, судин, печінки у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) в поєднанні з Ож.

Матеріали і методи: обстежено 102 хворих ГХ II стадії, 2 ступеню в поєднанні з Ож I і II ступеню (індекс маси тіла (ІМТ) від 30 до 39,9 кг/м²) з наявністю хронічної серцевої недостатності не вище II функціонального класу за даними тесту 6 хвилинної ходи. Групу порівняння склали 25 практично здорових (ІМТ до 25 кг/м²). Хворі були порівнянні за статтю, віком, тривалістю і перебігом захворювання. Ультразвукове дослідження проводили на сканері «ULTIMA PA» з функцією еластографії (фірми «РАДМІР», Україна). Показник

жорсткості печінки виражався через значення модуля Юнга (МЮ) в кілопаскалях (кПа). Ступінь ендотеліязалежної вазодилатації плечових артерій (ЕЗВД) визначали за допомогою тесту реактивної гіперемії. Дослідження проводились до і після лікування через 12 і 20 тижнів. Впродовж перших 12 тижнів усі хворі отримували базове лікування: лізиноприл 10-30 мг на добу, леркандипін 5-15 мг на добу, аторвастатин 10 мг на добу, ацетилсаліцилову кислоту 75 мг на добу на фоні суворого дотримання режиму їжі (чотириохкратне вживання їжі, обмеження солі до 3 г на день, контроль складу харчового раціону, зниження добового калоражу до 1800 ккал.), підвищення фізичної активності (щоденна хода в максимально прийнятному темпі впродовж 40-50 хвилин) і повного виключення алкоголю. Пацієнти були поділені на групи: I групу (n=53) склали хворі, які отримували тільки базову терапію; II групу (n=49) – пацієнти, яким в комплекс з вище зазначеним лікуванням було включено есенціальні фосфоліпіди 1800 мг на добу. З 13-ї по 20-й тиждень терапії частина хворих продовжувала вживати базисні препарати і суворо дотримуватися режиму їжі та фізичної активності – III група пацієнтів (n=45), друга частина пацієнтів продовжувала вживати ліки, але режимних заходів суворо не дотримувалась – IV група хворих (n=57). Статистична обробка проводилась з використанням пакету програм Statistica for Windows версії 6.0.

Результати: на 20-й тиждень лікування 100% досягнення стабільного цільового рівню артеріального тиску було досягнуто лише у III групі пацієнтів. Маса тіла (МТ) у хворих I групи знизилась на 2,88%, у пацієнтів II групи – на 2,91%, III групи – на 5,43%, IV групи – на 3,33%, але у хворих III групи цей показник був максимальним ($P_{III-IV} < 0,01$). ЕЗВД в результаті лікування на 12-му тижні збільшилась у хворих I групи на 8,87%, у пацієнтів II групи – на 12,7% ($p_{I-II} < 0,05$), на 20-му тижні у хворих III групи цей показник підвищився максимально на 16,47% проти 3,36% у пацієнтів IV група ($P_{III-IV} < 0,01$). Співвідношення E/e на 12-му тижні лікування знизилось у пацієнтів I групи на 6,48%, у пацієнтів II групи на 15,91% у порівнянні з показником до лікування, але у хворих II групи він був майже в 2,5 рази вищим ($p_{I-II} < 0,01$), на 20-му тижні терапії співвідношення E/e у пацієнтів III групи перевищувало показник IV групи хворих в 2,3 рази ($P_{III-IV} < 0,01$). МЮ у хворих I групи знизився на 11,45%, у пацієнтів II групи – на 19,58%, III групи – на 11,11%, IV групи – на 2,29% у порівнянні з показником до лікування ($p < 0,05$), але максимального покращення показнику жорсткості печінки вдалося досягти у пацієнтів II і III груп ($p_{I-II} < 0,01$; $P_{III-IV} < 0,01$).

Висновки: суворе дотримання режиму харчування і фізичної активності на фоні медикаментозного лікування хворих на ГХ II стадії з Ож I і II ступеню впродовж 20 тижнів призводить до більш статистично значущого зниження МТ, жорсткості паренхіми печінки, вираженої позитивної динаміки діастолічного наповнення лівого шлуночка серця і функціонального стану ендотелію в порівнянні з динамікою зазначених показників хворих, які не дотримувалися режиму харчування і фізичної активності.

ПАРАМЕТРИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Распутіна А.В.

*Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини*

Якість життя (ЯЖ) це ступінь комфортності людини, як всередині себе, так і в рамках суспільства, інтегральний показник, що відображає ступінь адаптації людини та можливість виконання нею звичних функцій, що відповідають його соціально-економічному положенню. На разі актуальною залишається проблема вивчення параметрів ЯЖ у хворих інфарктом міокарда (ІМ) залежно від різних схем лікування.

Мета: вивчення параметрів ЯЖ у хворих ІМ, котрим проводилось хірургічне або консервативне лікування.

Методи та матеріали: було проведено анкетування 30 хворих, що знаходились на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні міської клінічної лікарні №1 м. Вінниці.