

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

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., Масленніков 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

несприятливих серцево-судинних подій, може суттєво знизити частоту ускладнень у хворих на фібриляцію передсердь.

## ОЦІНКА СКОРОТЛИВОЇ ФУНКЦІЇ МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ НА ФОНІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

*Орловський В.Ф., Жаркова А.В., Олейніченко Ж.М., Фільчакова М. Г.*

*Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра сімейної медицини*

Цукровий діабет (ЦД) одне з найпоширеніших захворювань із неухильною тенденцією до зростання. За даними ВООЗ, частота його в середньому коливається від 1,5 до 3-4%, значно зростаючи в розвинутих країнах світу (до 5-6%). При цьому майже 90% припадає на хворих із ЦД 2 типу. У структурі ендокринних захворювань ЦД займає близько 60-70%. Тепер у світі налічується майже 150 млн. хворих на діабет, в Україні – до 1 млн. Справжня захворюваність є значно більшою, оскільки в кожного другого-третього хворого ЦД не діагностований. Зростання захворюваності, тяжкі інвалідизуючі наслідки, особливо серед працездатного контингенту населення, висока летальність призвели до того, що ЦД увійшов до тріади хвороб, які є найчастішою причиною інвалідизації та смертності людей (атеросклероз, рак, власне ЦД). ВООЗ констатує, що ЦД зумовлює підвищення смертності в 2-3 рази і скорочує тривалість життя на 10-30%.

**Мета:** оцінити показники скоротливої функції міокарду лівого шлуночка у хворих цукровим діабетом 2 типу.

**Матеріали і методи:** було обстежено 60 хворих цукровим діабетом 2 типу у віці від 55 до 78 років (середній вік 62,5 роки). Пацієнти були розподілені на дві групи: 1) пацієнти, які мали в анамнезі інфаркт міокарді не раніше ніж 6 місяців тому; 2) пацієнти без інфаркту міокарду в анамнезі. Контрольну групу склали пацієнти з ішемічною хворобою серця без супутнього цукрового діабету у віці від 48 до 79 років (середній вік 59,8 роки). Всім хворим було виконано ультразвукове дослідження серця. Оцінювались такі параметри: кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка, фракція викиду лівого шлуночка, трансмітральний кровотік, швидкість раннього діастолічного наповнення, швидкість пізнього діастолічного наповнення. Розраховувалось відношення швидкості раннього та пізнього діастолічного наповнення.

**Результати:** було виявлено, що відношення швидкості раннього і пізнього діастолічного наповнення у хворих цукровим діабетом 2 типу ( $0,75 \pm 0,03$ ) достовірно нижчі у порівнянні з показниками контрольної групи ( $1,68 \pm 0,07$ ) ( $p < 0,001$ ). При цьому не було встановлено достовірних відмінностей між показниками трансмітрального кровотоку у хворих після перенесеного інфаркту міокарду та хворих у котрих не було інфаркту в анамнезі. Фракція викиду у хворих з супутнім цукровим діабетом 2 типу ( $63,64 \pm 1,44\%$ ) суттєво не відрізнялась від контрольної групи ( $65,75 \pm 1,63\%$ ). Також не було виявлено значної різниці між показниками кінцево-діастолічного розміру лівого шлуночка у хворих на цукровий діабет 2 типу ( $50,5 \pm 0,74$  мм) та контрольною групою ( $47,25 \pm 1,04$  мм).

**Висновки:** в результаті проведеного аналізу було встановлено, що у хворих на цукровий діабет 2 типу, поєднаний з ішемічною хворобою серця та артеріальною гіпертензією виявлена діастолічна дисфункція лівого шлуночка.

## КОРЕГУВАННЯ АНЕМІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*Орловський О.В., Забіяка І.М., Кліщ О.О.*

*Сумський державний університет,  
кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Серед коморбідних станів у хворих на ревматоїдний артрит (РА) одним із найрозповсюджених виступає анемічний синдром. Частіше за все анемія пов'язана із