

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

**ТОМ 2**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

## РОЛЬ ОЖИРІННЯ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

*Анцибор І.С., магістр, Безсмертна Р.В\*, Гавриленко А.М.\**

*Науковий керівник: д.мед.н. Н.В. Деміхова*

*СумДУ, кафедра сімейної та соціальної медицини; КУ СМКЛ №1\**

Проблема надлишкової маси тіла й ожиріння є надзвичайно актуальною для України. Частота ожиріння настільки велика, що набула характеру неінфекційної епідемії.

Мета: оцінити поширеність ХСН у пацієнтів із надлишковою масою тіла та ожирінням та вплив ожиріння на функціональний стан серцево-судинної системи в залежності від індексу маси тіла (ІМТ).

Матеріали дослідження. Проведене комплексне обстеження 100 хворих на ІХС з ознаками ХСН. 36 пацієнтів, хворих на ІХС без супутнього ожиріння і надлишкової ваги, склали групу А та 33 пацієнти із ІХС та надлишковою масою тіла, 31 пацієнт із ІХС та ожирінням, увійшли до групи Б. Серед учасників дослідження було 46 чоловіків та 54 жінки, віком від 56 до 68 років включно (середній вік  $62,9 \pm 0,29$  років).

Результати дослідження. Поєднаний перебіг ІХС та ожиріння частіше зустрічався серед жінок у порівнянні з чоловіками (відповідно 51% та 49%).

В залежності від ожиріння хворі гр. Б були розподілені наступним чином: ожиріння I стадії становило 31,25 % хворих (20 осіб), ожиріння II стадії – 12,5 % (8 осіб), а ожиріння III стадії – 4,69 % (3 особи). Середній ІМТ серед пацієнтів групи Б (що мали надлишкову вагу та ожиріння) становив  $30,77 \text{ кг/м}^2$ .

СН 0 стадії та СН III стадії не зустрічалась у жодній групі; СН I стадії діагностовано у 5 осіб (14 %) гр. А та 4 осіб (6 %) гр. Б. СН II А стадії зустрічалась з однаковою частотою у хворих обох груп (у середньому в 79 %). СН II Б стадії частіше зустрічалась серед хворих гр. Б - 9 осіб (14 %) проти 3 осіб (8 %) у групі співставлення.

У гр. А наявність стенокардії I ФК було діагностовано у 8 пацієнтів (22 %), II ФК - у 18 пацієнтів (50 %), стенокардії III ФК - у 10 пацієнтів (28 %), IV ФК не відмічалось. Серед хворих гр. Б дані показники становили 9 чол. (14 %), 31 чол. (48 %), 17 чол. (27 %) та 7 чол. (11 %) відповідно. На тлі прогресування СН від I до II ФК ІМТ збільшується ( $26,83 \text{ кг/м}^2$  та  $33,34 \text{ кг/м}^2$  відповідно), у хворих з ХСН III ФК з'являється тенденція до зниження маси тіла ( $30,09 \text{ кг/м}^2$ ), а у пацієнтів з ХСН IV ФК ІМТ не перевищує  $26,09 \text{ кг/м}^2$ .

Висновки. Найбільш обтяжливий вплив на перебіг ІХС відбувається за наявності надлишкової маси тіла та ожиріння, що дозволяє оцінювати їх як фактори ризику розвитку та прогресування ХСН.

## ВИЯВЛЕННЯ КРИТИЧНИХ ЛАНОК В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ КОМПОНЕНТІВ КРОВІ ДО ГЕМОТРАНСФУЗІЇ

*Анциферова І.В., Любчак В.В.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини*

Згідно сучасних стандартів менеджменту та якості, якісна трансфузія можлива лише в разі забезпечення належного контролю на всіх етапах від донації до гемотрансфузії. Після еплементатії угоди з ЄС, українські станції переливання крові почали переходити на європейські стандарти GMP. Однак, на сьогодні, в Україні не існує жодного нормативного документу, що регламентує належне розморожування та підігрів компонентів крові при ретрансфузії. Саме цей етап на шляху крові від донора до реципієнта є критичним, оскільки найбільш важливі компоненти плазми є термолабільними і змінюють свою структуру при неналежному розморожуванню і підігріві. Це призводить до зменшення ефективності компонентів крові та збільшення необхідних кількостей вливань.

Нами було проведено аудит лікарень в м. Суми. Загалом, в дослідженні було використано досвід розморожування та підігріву 16 відділень.

В результаті дослідження, було отримано наступні дані. Спеціальні розморожувачі є лише в 1 відділенні. Розморожування при кімнатній температурі на повітрі проводять в 5 відділеннях. Розморожування та підігрів компонентів крові на водяній бані здійснюють в 5

відділеннях. В теплій воді ( $t = 36,6 - 37,0^{\circ}\text{C}$ ) розморожування та підігрів проводять в 5 відділеннях.

Враховуючи отримані результати, необхідно зазначити, що проблема відсутності спеціальних розморожувачів плазми є однією з найактуальніших у сфері трансфузіології. У разі забезпечення відділень лікарень апаратами для розморожування, можливо було б досягнути кращого збереження структури компонентів крові. За рахунок цього, зменшилася б необхідна кількість вливань та суттєво підвищилась ефективність лікування. Саме тому, проблема неналежного устаткування на етапі розморожування та підігріву компонентів крові потребує негайного вирішення на державному рівні.

### **ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА РІВЕНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ХВОРИХ З ІЗОЛЬОВАНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

*Атаман Ю.О., Єрмоленко Т.С., Перешивайло О.І., Рябокони О. А.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини*

Метою нашого дослідження було вивчення якості життя, як фактору прихильності до лікування хворих з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією.

Матеріали та методи. До дослідження було включено 66 пацієнтів похилого та старечого віку, середній вік склав  $82,5 \pm 2,4$  років. До дослідження було відібрано 22 хворих з нормальними значеннями артеріального тиску, а також 44 хворих на ІСАГ. В залежності від рівня середньодобового тиску через один тиждень стаціонарного лікування останні були поділені на 2 групи. Першу порівняльну групу (ПГ-1) склали 22 хворих, у яких середньодобовий рівень систолічного артеріального тиску (САТ) при чотирьох вимірюваннях становив 140-150 мм рт. ст., другу порівняльну групу (ПГ-2) – 22 хворих на ІСАГ з рівнем САТ  $< 140$  мм рт. ст. Якість життя визначалася шляхом добровільного анкетування пацієнтів за допомогою опитувальника SF-36.

Результати дослідження показали, що у хворих на ІСАГ достовірно гіршими були деякі показники, що характеризують фізичне благополуччя. Зокрема, у них спостерігалось зниження фізичної активності (КГ –  $76,6 \pm 4,6$ ; в групах ПГ-1 та ПГ-2 –  $54,1 \pm 4,2$  та  $50,3 \pm 3,2$  відповідно), був вищим ступінь обмеження виконання роботи, такі хворі швидше втомлювалися, їх в більшій мірі турбував больовий синдром. Все це не могло не вплинути, на оцінку загального стану здоров'я хворими, в контрольній групі цей показник був вищий (КГ –  $70,6 \pm 4,8$ ; ПГ-1 та ПГ-2 –  $48,1 \pm 3,0$  та  $51,3 \pm 4,4$  відповідно). Слід зазначити, що при порівнянні показників в групах ПГ-1 та ПГ-2 не встановлено відмінностей за фізичним благополуччям. Зокрема, індекс рольового фізичного функціонування у першій та другій групах порівняння склав відповідно  $57,4 \pm 4,6$  та  $52 \pm 3,6$ . За показниками, що характеризують психологічний стан хворих достовірних відмінностей в трьох групах хворих виявлено не було.

Висновки. Наявність артеріальної гіпертензії супроводжується погіршенням якості життя хворих. Значення артеріального тиску, що не перевищують 150/90 мм рт. ст., переносяться пацієнтами так само, як і нормальні значення. Висновок про цільовий рівень АТ має прийматися лікарем окремо у кожному конкретному випадку, після аналізу індивідуальних особливостей хворого.

### **ЛІКУВАННЯ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ КРИЗІВ У ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ЗА ДОПОМОГОЮ УРАПІДИЛУ**

*Атаман Ю.О. \*, Корольчук С.Д. \* \**

*\*Сумський державний університет, медичний інститут*

*\*\*Сумський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни*

Метою роботи була оцінка клінічної ефективності та безпечності блокатора альфа-адреноцепторів уропідилу (ебрантилу) порівняно з 25% розчином магнію сульфатом у хворих похилого та старечого віку з неускладненим гіпертонічним кризом.