

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ**  
**ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ**  
**Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine**

**ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ**  
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених  
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2017

## ВПЛИВ АВТО-СРАР ТЕРАПІЇ НА ПАРАМЕТРИ ДИХАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ПІД ЧАС СНУ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ У ПОЄДНАННІ З СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЕ-ГІПОПНОЕ СНУ

*Карлова А.С.*

*ДУ «Національний інститут фізйатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України»*

**Мета дослідження** – дослідити вплив авто-СРАР терапії на параметри дихальних розладів під час сну у хворих на бронхіальну астму (БА) у поєднанні з синдромом обструктивного апное-гіпопное сну (СОАГС).

**Об'єкт дослідження.** Обстежено 20 хворих (13 чоловіків та 7 жінок, середній вік  $(56,7 \pm 2,2)$  років,  $FEV_1$   $(68,0 \pm 3,3)$  %, приріст  $FEV_1$  в пробі з бронхолітиком  $(11,7 \pm 1,4)$  %. Для лікування хворих послідовно проводилось два режими терапії. На 1 візиті призначалась базисна терапія БА відповідно до діючих стандартів лікування, яку пацієнти отримували протягом 4-х тижнів до включення в дослідження. Через 10 діб проводилось повторне обстеження та оцінка ефективності терапії. Після цього до базисної терапії додатково призначали авто-СРАР терапію, тривалість складала 10 діб. Після чого хворі знов переходили на перший режим терапії ще протягом 10 діб.

**Методи дослідження** – анкетування, дослідження клінічних симптомів БА і СОАГС, дослідження показників функції зовнішнього дихання та полісомнографічного (ПСГ) дослідження на апараті "SomnoStar Pro" фірми "Cardinal Health".

**Результати дослідження.** Встановлено, що у хворих на БА у поєднанні з СОАГС клінічні симптоми БА не піддаються повному контролю при застосуванні базисної терапії відповідно до діючих стандартів лікування.

**Висновки.** Характерними дихальними розладами під час сну у хворих на БА у поєднанні з СОАГС за даними ПСГ виявились: збільшення індексу апное-гіпопное сну (ІАГ) до II – III ст. тяжкості, високий індекс десатурації (ІД), зменшення середнього та мінімального рівня  $SpO_2$  за ніч.

Комплексне лікування із застосуванням авто-СРАР-терапії позитивно впливало на основні параметри дихальних розладів під час сну за даними нічної полісомнографії – зменшення ІАГ з  $(27,6 \pm 4,6)$  /год до  $(6,9 \pm 2,5)$  /год ( $p < 0,05$ ), зменшення ІД з  $(48,7 \pm 6,2)$  /год до  $(17,8 \pm 4,2)$  /год ( $p < 0,05$ ), збільшення середнього рівня  $SpO_2$  за ніч з  $(87,3 \pm 2,0)$  % до  $(91,4 \pm 1,3)$  % ( $p < 0,05$ ), збільшення мінімального рівня  $SpO_2$  за ніч з  $(72,5 \pm 3,3)$  % до  $(82,4 \pm 2,3)$  % ( $p < 0,05$ ), що свідчить про покращення сну, газообміну та контролю над захворюванням.

## РІВЕНЬ СИРОВАТКОВОГО КАЛЬЦІЮ ТА РИЗИК ОСТЕОПОРОЗНИХ ПЕРЕЛОМІВ У ПАЦІЄНТІВ З КАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

*Качан І.С., Борота Д.С.*

*Науковий керівник: д.мед.н., проф. Кривенко В.І.*

*Запорізький державний медичний університет,*

*кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО*

**Актуальність.** Сьогодні кальцифікація клапанів серця неревматичного генезу розглядається як активний процес, патогенетично пов'язаний із мінеральною резорбцією кісткової тканини. Тому необхідним є дослідження асоціацій між зазначеними порушеннями у клінічній практиці.

**Мета:** проаналізувати рівень сироваткового кальцію та ризик остеопорозних переломів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою у залежності від ступеню кальцинозу аортального клапана (АК).

**Матеріали та методи.** Обстежено 85 пацієнтів із ГХ (51% - чоловіки), середній вік –  $64 \pm 9$  років. Пацієнтам було визначено рівень сироваткового кальцію, проведено оцінку щільності кісткової тканини за методом УЗ-денситометрії із визначенням 10-річного ризику остеопорозних переломів за алгоритмом FRAX, EXO-KC з визначенням наявності кальцинозу

стулок АК. Ступінь кальцинозу оцінювали за напівкількісною шкалою як незначний, помірний та виражений. За даними ЕХО-КС усі обстежені були розподілені на 5 категорій: 1 категорія – із нормальною структурою АК (23%), 2 – із склерозом стулок АК (22%), 3 – із незначним (16%), 4 – із помірним (24%) та 5 – із вираженим кальцинозом АК (15%). Статистичну обробку результатів здійснювали за допомогою програм «STATISTICA 10.0» (StatSoft® Inc, США), Microsoft Office Excel.

**Результати.** За даними гама-кореляційного аналізу, ступінь кальцинозу АК був достовірно пов'язаний із ризиком остеопорозних переломів в області проксимальної фаланги 3-го пальця, променевої та великогомілкової кісток. Рівень сироваткового кальцію асоціювався із ступенем кальцинозу АК ( $R=0,32$ ,  $p<0,05$ ), ризиком переломів в області фаланги ( $R=0,34$ ,  $p<0,05$ ) та великогомілкової кістки ( $R=0,54$ ,  $p<0,05$ ).

**Висновки.** Таким чином, порушення кісткового метаболізму асоціюється із наявністю та ступенем клапанної кальцифікації АК.

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ПРЕПАРАТУ ТРІБЕКС У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ ТА ГІПЕРІНСУЛІНІЗМОМ НА СТАДІЇ ПЕРЕДДІАБЕТУ

*Кизима І.М.*

*Науковий керівник: к.мед.н., доц. Каушанська О.В.*

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»,*

*кафедра внутрішньої медицини, клінічної фармакології та професійних хвороб*

Ожиріння виникає у пацієнтів з малорухливим способом життя і, які споживають продукти-тригери генетичної схильності. Виявлено чіткий зв'язок між ожирінням і захворюваністю на цукровий діабет II типу, серцево-судинні і цереброваскулярні захворювання.

**Мета.** Дослідити ефективність препарату Трібекс у хворих з аліментарно-конституційним ожирінням (АКО) на стадії переддіабету.

**Матеріали і методи.** Обстежено та проліковано 44 жінок віком 25-50 років з АКО II–III ступеня. Оцінювали антропометричні дані: ІМТ, обвід талії (ОТ), обвід стегон (ОС), показник ОТ/ОС; визначали маркери інсулінорезистентності: рівень ТГ, інсуліну натще, холестерину (ХС), ЛПНЩ, ЛПВЩ.

**Результати.** Маса тіла обстежених – 91–120 кг,  $ОТ>108$  см,  $ОТ/ОС>0,95$ . Хворих поділили на дві групи: I – 24 жінки, які отримували препарат Трібекс у дозі 750 мг 2р/добу з поступовим збільшенням до 750 мг 3р/добу; II – 20 осіб – лише немедикаментозне лікування. Протягом 6 місяців втрата маси тіла склала 2,5–3,5 кг/міс у I групі і 0,5–0,7 кг/міс – у II групі зі стабілізацією її через 6 місяців без подальшого схуднення.

При проведенні БАК через місяць у I групі: ↓ рівня ХС із  $6,5 \pm 0,3$  до  $6,1 \pm 0,2$  ммоль/л, ТГ крові – із  $2,58 \pm 1,02$  до  $1,82 \pm 0,94$  ммоль/л. Уміст ЛПНЩ змінився з  $4,08 \pm 1,04$  до  $3,15 \pm 0,59$  ммоль/л. Через 3 місяці у цих хворих ↓ рівень ХС із  $6,1 \pm 0,2$  до  $5,5 \pm 0,3$  ммоль/л, ТГ крові – із  $1,82 \pm 0,94$  до  $1,64 \pm 0,92$  ммоль/л, ЛПНЩ – з  $3,15 \pm 0,59$  до  $2,98 \pm 0,98$  ммоль/л. Значно знизився рівень ХС у пацієнтів I групи лише з 3 місяця від початку лікування, щодо інших показників змін виявлено не було.

У II групі рівень ХС знизився із  $6,4 \pm 0,4$  до  $6,2 \pm 0,5$  ммоль/л, ТГ крові – із  $2,56 \pm 1,02$  до  $2,12 \pm 0,94$  ммоль/л. Уміст ЛПНЩ змінився з  $4,04 \pm 0,54$  до  $3,17 \pm 0,59$  ммоль/л. Через 3 місяці тенденція до зниження була лише з боку ХС – із  $6,2 \pm 0,5$  до  $5,9 \pm 0,2$  ммоль/л, яка зберігалася надалі – до  $5,7 \pm 0,3$  ммоль/л.

**Висновки.** Ефективність препарату Трібекс у лікуванні АКО залежить від коректності дозування ЛЗ. Оптимальною слід вважати дозу 750 мг два-три рази на добу, що сприяє зниженню маси тіла у хворих в середньому на 2,5–3,5 кг/міс. Оцінювати клінічну ефективність препарату слід не раніше 3 місяців від початку лікування.