

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

## ВПЛИВ БАЗОВОЇ ТЕРАПІЇ НА ВМІСТ ГОМОЦИСТЕЇНУ ПЛАЗМИ КРОВІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ

*Пристуна Л.Н., Грек А.В., Сусол Ю.М.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Одним з важливих несприятливих чинників перебігу гострого коронарного синдрому (ГКС) є підвищений рівень гомоцистеїну (Гц) крові – гіпергомоцистеїнемія (ГГц). Особливого значення цей фактор набуває у пацієнтів із гострими формами ішемічної хвороби серця (ІХС), оскільки цей контингент хворих є найбільш уразливим з огляду на прогноз виживання, працездатності та ризик повторних серцево-судинних подій. Вважається, що атерогенна дія Гц реалізується завдяки ушкодженню ендотелію, активації судинно-тромбоцитарного гемостазу, проліферації гладеньком'язових клітин, окисній модифікації ліпопротеїнів низької густини, ендотеліально-лейкоцитарним взаємодіям. Зважаючи на дані ефекти Гц доцільною є корекція його вмісту у хворих на ГКС.

**Мета.** Оцінити вплив базової терапії на вміст Гц плазми крові хворих на ГКС.

**Матеріали і методи дослідження.** Обстежено 31 хворого на ІХС із проявами ГКС та помірною ГГц (вміст Гц > 12 мкмоль/л), які проходили лікування в Комунальному закладі Сумської обласної ради «Сумський обласний кардіологічний диспансер». Діагностику та лікування ГКС проводили згідно Наказу № 436 МОЗ України (2006р.). Групу контролю склали 20 відносно здорових осіб. Дослідження концентрації Гц виконувалося в клініко-діагностичній лабораторії МЦ «Флорис» на початку лікування, через 1 та 3 місяці. Статистичний аналіз проводили з використанням програми SPSS – 17.

**Результати та їх обговорення.** Встановлено, що концентрація Гц плазми крові в групі контролю становила 9,2 (6,5-14,8) мкмоль/л, а у хворих на ГКС до початку лікування була 13,8 (12,1-19,9) мкмоль/л. У пацієнтів із базовим лікуванням ГКС відмічається зниження концентрації Гц плазми крові через 1 місяць спостереження на 13 % (12 (10,5-17,3) мкмоль/л) порівняно із вихідним рівнем ( $P < 0,001$ ), а через 3 місяці на 23,9 % (10,5 (9,3-15,8) мкмоль/л) відповідно, ( $P < 0,001$ ).

**Висновок.** Згідно отриманих результатів нашого спостереження базова терапія ГКС сприяє зниженню концентрації Гц до межового рівня, що зумовлює необхідність її додаткової корекції.

## ВИКОРИСТАННЯ ЕСЕНЦІАЛЬНИХ ФОСФОЛІПІДІВ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ

*Кочуєва М.М.<sup>1</sup>, Псарєва В.Г.<sup>2</sup>, Кириченко Н.М.<sup>2</sup>, Сухонос В.А.<sup>3</sup>, Ащанулова Г.А.<sup>2</sup>, Гуріна С.Б.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>*Харківська медична академія післядипломної освіти*

<sup>2</sup>*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

<sup>3</sup>*Сумська міська клінічна лікарня № 3*

Артеріальна гіпертензія (АГ) і ожиріння (Ож) мають спільні нейрогуморальні та нейроендокринні патогенетичні механізми, які реалізуються у прогресуючому ремоделюванні серця, що проявляється порушенням його геометрії і призводить до розвитку серцевої недостатності та судинної стінки, що сприяє виникненню фатальних серцево-судинних ускладнень. Есенціальні фосфоліпіди (ЕФЛ) сприяють активації мітохондральних ферментів внутрішньоклітинного дихання і синтезу вазодилатуючих ендотеліальних факторів, нормалізації процесів окислювання, що дозволяє використовувати їх в якості універсальних цитопротекторів.

**Ціль дослідження:** вивчити вплив різних схем лікування на структурно-функціональний стан серця і судин 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/м<sup>2</sup>) 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/м<sup>2</sup>), репрезентативних за статтю і

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.<sup>1</sup>, Псарєва В.Г.<sup>2</sup>, Кириченко Н.М.<sup>2</sup>, Сухонос В.А.<sup>3</sup>, Привалова А.О.<sup>2</sup>, Дичко М.М.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти

<sup>2</sup>Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

<sup>3</sup>Сумська 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/м<sup>2</sup>) 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/м<sup>2</sup>). Хворі були порівнянні за статтю, віком, тривалістю і перебігом захворювання. Ультразвукове дослідження проводили на сканері «ULTIMA PA» з функцією еластографії (фірми «РАДМІР», Україна). Показник