

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

в добовій дозі 75 мг. Першій групі до базисного лікування включали лерканидипін (леркамен, Berlin-Chemie, Німеччина) в добовій дозі 10-15 мг, а другій – амлодипін (норваск, Heinrich Mack Nachf. GmbH & Co KG для Pfizer International Inc., Німеччина/США) в добовій дозі 5-10 мг. Статистична обробка даних проводилася з використанням пакету програм обробки даних загального призначення Statistica for Windows версії 6.0.

Результати дослідження: при оцінці геометричної моделі серця у відповідності до критеріїв, запропонованих європейськими рекомендаціями по веденню пацієнтів з АГ 2013 р., виявлено найбільше розповсюдження концентричної гіпертрофії лівого шлуночка (КГ ЛШ). У досліджуваній групі на фоні переваги КГ у 12,08% мала місце ексцентрична гіпертрофія ЛШ, в 1,72% випадків нормальна геометрія і концентричне ремоделювання ЛШ. Параметри структурно-функціонального стану серця хворих ГХ і ОЖ демонстрували відсутність дилатації камер серця та збільшення товщини стінок ЛШ, індексу відносної товщини стінок (ІВТС) та індексу маси міокарда (ІММ). Всі пацієнти характеризувались збільшенням товщини інтими-медії (ТІМ) сонних артерій (СА), ШПХ СА, ШПХ БА, а також вираженим зниженням ЕЗВД плечових артерій, що свідчило про наявність ознак ремоделювання судин. На фоні лікування лерканидипіном (леркамен) систолічний АТ (САТ) знизився з $165,7 \pm 2,1$ мм рт.ст. до $138,8 \pm 1,5$ мм рт.ст., діастолічний АТ (ДАТ) з $95,4 \pm 1,2$ мм рт.ст. до $87,1 \pm 1,5$ мм рт.ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) незначно збільшилася: з $74,1 \pm 1,7$ /хв. до $77,8 \pm 2,2$ /хв. Лікування амлодипіном (норваск) призвело до зниження САТ з $166,3 \pm 2,1$ мм рт.ст. до $135,3 \pm 2,0$ мм рт.ст., ДАТ – з $95,2 \pm 1,5$ мм рт.ст. до $84,6 \pm 1,0$ мм рт.ст., ЧСС збільшилася з $74,0 \pm 1,6$ /хв. до $79,1 \pm 7,7$ /хв.. Таким чином, досягнення цільового рівня АТ спостерігалось у пацієнтів обох груп.

Висновок: При ожирінні для задоволення метаболічних потреб вимагається більш високий хвилинний об'єм серця при будь-яком рівні АТ, а судинний опір у хворих з ожирінням може бути нижче, ніж в нормі, в чому і полягає його «парадоксальний» захисний вплив на органи-мішені. Тому у лікуванні артеріальної гіпертензії у пацієнтів з ожирінням перевага повинна надаватися препаратам, які знижують периферичний судинний опір. Враховуючи терапевтичну еквівалентність лерканидипіну (леркамен) та амлодипіну (норваск) в досягненні цільових цифр АТ, що підтверджена нашим дослідженням, обидва препарати можуть бути рекомендовані до застосування у хворих на ГХ з ожирінням.

ВІКОВІ ТА ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПОЛІМОРБІДНОСТІ ТА КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ

Нестерова Ю. О., Бойчук А. А., Кундій О. А., Чорней К. Г.

*Науковий керівник: кандидат медичних наук, доцент Волошина Лариса Олександрівна
Буковинський державний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини*

ОА є одним з найбільш поширених вік-залежних захворювань, яке діагностується у 15% населення світу та у 65% припадає на вік старше 60 років. Світові дослідження демонструють, що у половини хворих з артритом є АГ, 20% - ССЗ, 14% - ЦД 2-го типу. З віком зростає кількість та вираженість хронічних захворювань та коморбідність. Розповсюдженість коморбідності складає від 69% у хворих молодого віку, до 93% у пацієнтів середнього віку і до 98% - у людей старшої вікової групи.

Мета роботи. Дослідити вікові та гендерні особливості формування поліморбідності у хворих на остеоартроз I-II стадії, здійснити аналіз їх взаємовпливу.

Матеріал і методи. Проведено аналіз 124 карт стаціонарного хворого пацієнтів з остеоартрозом I-II стадії, які лікувалися в ревматологічному відділенні в ОКЛ м.Чернівці впродовж 2014 року. Серед досліджуваного контингенту переважали жінки (8,4:1,6), віковий діапазон коливався від 43 до 70 років, середній вік хворих $57,1 \pm 5,3$ роки. Всі супутні захворювання у обраного контингенту верифіковані за допомогою інструментальних та лабораторно-біохімічних методів дослідження.

Встановлено, що переважаючою патологією у досліджуваного контингенту були поєднані ССЗ: ІХС –66,13% хворих та АГ - 38,71% осіб, що вказує на коморбідність цих захворювань. Поєднані хвороби ШКТ виявлені у 33,87% хворих, серед яких ураження гепатобіліарної системи склало 18,55%, а ШКТ –23,39%. Серед діагностованої ендокринної патології переважав ЦД - у 11,29% та у 14,52% пацієнтів виявлено патологію ЩЗ з явищами клінічного чи маніфестного гіпотиреозу. Кількість супутніх хвороб у хворих зростала з віком, із значним переважанням ССЗ та захворювань ШКТ. Зазначені захворювання різною мірою ускладнювали реалізацію комплексного лікування та погіршували її ефективність. Серед пацієнтів з ОА до 60 років переважали жінки, проте після 60 років помітним є зростання артриту й у чоловіків. Слід зазначити, що з віком зростала вираженість та важкість клінічних проявів коморбідної патології.

Висновок. На клінічні прояви, перебіг та результати лікування хворих на ОА з I-II стадії впливають вік, стать пацієнта та вік-залежне зростання поліморбідності та коморбідності пацієнта з переважанням ССЗ.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо у поглибленому вивченні патогенетичних зв'язків ОА та коморбідних захворювань.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МОКСОНІДИНУ У ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, АСОЦІЙОВАНОЮ З РЕФРАКТЕРНОЮ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Ополонська Н.О., Клочков О.Л.

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Добре відомо, що захворювання нирок патогенетично тісно пов'язані з есенціальною або вторинною артеріальною гіпертензією, і навпаки, при прогресуванні захворювань нирок практично завжди виникає важко контрольована гіпертензія. Резистентність до лікування у хворих з хронічною нирковою недостатністю (ХНН) в значній мірі пов'язана з затримкою натрію і рідини, що супроводжується підвищенням внутрішньосудинного об'єму. Найважливішим фактором прогресування ХНН незалежно від її етіології залишається артеріальна гіпертензія (АГ). У більшості хворих ХНН та АГ виявляється рефрактерність до антигіпертензивної терапії. Через це ряд препаратів, що знижують артеріальний тиск (АТ), протипоказаний за рахунок кумуляції лікарських засобів при переважанні їх ниркової елімінації. Медикаментозне лікування моксонідіном, агоністом центральних ІІ-імідазолінових рецепторів, є перспективним, оскільки препарат впливає на механізми, залучені в розвиток АГ у даної категорії пацієнтів. Таким чином, дана проблема залишається відкритою та потребує всебічного вивчення.

Метою дослідження було вивчення ефективності моксонідіну у пацієнтів із рефрактерною АГ та ХНН.

Матеріали та методи. Обстежено 32 хворих на хронічну хворобу нирок, серед яких було 18 чоловіків і 14 жінок віком від 24 до 67 років. Причиною ХНН у 14 хворих був цукровий діабет, у 13 обстежуваних – хронічні гломерулонефрити і пієлонефрити, у 5 хворих – гіпертонічна хвороба. У 4 пацієнтів спостерігалася хронічна ниркова недостатність І ступеня, ХНН II ступеня – 17 і ХНН III ступеня – у 11 хворих. Показниками ефективності препаратів вважали ступінь зниження АТ та тривалість антигіпертензивного ефекту. Отримані дані оброблялися статистичними методами за допомогою програми «STATISTICA® for Windows 6.0».

Результати та їх обговорення. Пацієнти були розподілені на дві групи: I групу склали 16 хворих, які приймали препарати 1-го ряду в цільових дозах (фозіноприл, амлодипін, торасемід); II групу – 16 пацієнтів, яким до основної антигіпертензивної терапії був призначений моксонідин в дозі 0,4 мг на добу. На фоні проведеної терапії в I групі цільові значення АТ досягнуті у 62% пацієнтів, у II групі – у 87% пацієнтів. При аналізі показників САТ у пацієнтів I групи спостерігалася зменшення на 16,2% ($p < 0,05$), ДАТ знижувався на