

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

- 4.Корекція внутрішньочерепного тиску (не вище 20-25 мм.рт.ст.)
- 5.Профілактика і усунення вазоспазму.

### КАРДІО-РЕНАЛЬНІ ЗВ'ЯЗКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.

*Чернацька О. М., аспірант*

*Медичний інститут Сумського державного університету,  
кафедра сімейної та соціальної медицини.*

**Мета.** Дослідити взаємозв'язок показників систолічної та діастолічної серцевої недостатності (СН) із маркерами діабетичної нефропатії, які слугують факторами ризику серцево-судинних ускладнень (ССУ) у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу і артеріальною гіпертензією (АГ).

**Матеріали і методи.** Обстежено 80 хворих із АГ і ЦД 2 типу, які проходили лікування у СМКЛ № 1. Пацієнтів було поділено на дві групи в залежності від рівня глікозильованого гемоглобіну (НbA1c). У 36 осіб першої (I) групи він був меншим за 8%, а у 44 другої (II) – більшим. Взято саме це значення, бо при ньому значно зростає ризик розвитку ССУ у пацієнтів із ЦД 2 типу. Методи дослідження: клінічні, біохімічні, інструментальні, математичні, статистичні. Після визначення рівня мікроальбуміну та креатиніну в сечі біохімічним методом, було обчислене співвідношення цих показників. Усім пацієнтам проведено ехокардіоскопію, після чого розраховано індекс маси міокарда (ІММ) лівого шлуночка (ЛШ) та співвідношення Е/А (для оцінки діастолічної СН) та оцінено фракцію викиду (ФВ) ЛШ (показник систолічної СН). Дані оброблялися статично.

**Результати.** У пацієнтів I групи у порівнянні із особами II групи констатоване менше співвідношення альбумін / креатинін у сечі ( $(428 \pm 6,5)$  мг/г,  $(464 \pm 9,1)$  мг/г,  $t = 3,22$ ,  $p < 0,01$ ); більше співвідношення Е/А ( $(0,82 \pm 0,01)$ ,  $(0,77 \pm 0,02)$ ,  $t = 2,24$ ,  $p < 0,05$ ), вищий рівень ФВ ЛШ ( $(56,72 \pm 1,8)$  %,  $(49,5 \pm 1,6)$  %,  $t = 2,998$ ,  $p < 0,01$ ), менші значення ІММЛШ ( $(82,7 \pm 1,79)$  г/м<sup>2,7</sup>,  $(90,21 \pm 1,43)$  г/м<sup>2,7</sup>,  $t = 3,27$ ,  $p < 0,01$ ).

**Висновок.** Встановлено пряму пропорційну залежність між маркерами діабетичної нефропатії, які слугують факторами ризику ССУ при ЦД 2 типу та показниками систолічної і діастолічної СН, що доводить взаємозв'язок цих патологій та необхідність комплексного підходу до лікування.

### УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

*Чумак О.О., магістр, Нагорна А.О., студ., Деміхова Н.В., доцент*

*СумДУ, кафедра сімейної та соціальної медицини*

Медико-соціальна значимість ураження серця при ревматоїдному артриті (РА) визначається її високою поширеністю, неухильно прогресуючим перебігом, незадовільним довгостроковим прогнозом і відсутністю позитивної динаміки кардіоваскулярної захворюваності та смертності при РА протягом останніх десятиліть. Несвоєчасна діагностика кардіоваскулярних захворювань і особливості їх перебігу (ранній розвиток, атипова симптоматика або безсимптомний перебіг) у хворих РА підтримують ці несприятливі епідеміологічні тенденції.

**Мета дослідження.** Оцінити структуру ураження серця у хворих на РА.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз 70 історій хвороб хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні КУСОКЛ з 2015 по 2016 рр. з приводу РА. Для дослідження використовувалися клінічні (збір анамнезу, скарг, фізикальне обстеження), лабораторні, інструментальні методи.

**Результати дослідження.** У більшості хворих на РА виявлені клінічні ознаки можливого ураження кардіоваскулярної системи (тахікардія, екстрасистолія, кардіалгії, патологічні шуми в серці) що відповідає 64,2% хворих. Вади серця виявлені у 4 хворих: аортальний стеноз - у 2 (2,9%), мітральна недостатність – у 2(2,9%) хворих. Розвиток перикардиту спостерігався у 9 (12,9%) хворих РА, із них у 7 хворих виявлений ексудативний перикардит,

а у 2 – тільки потовщення листків перикарда; одиничні шлуночкові екстрасистолії - у 9 (12,6%), одиничні передсердні екстрасистолії - у 12 (17,1%) хворих. Синусова тахікардія зареєстрована – у 10 (14,3%), брадикардія у 2 (2,9%) хворих. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка виявлені у 5 (7,1%) хворих, дифузні зміни міокарда у 6 (8,6%) хворих. Порушення провідності у вигляді неповної блокади правої і лівої ніжок пучка Гіса відмічені у 4 (5,7%) і у 2 (2,9%) пацієнтів відповідно.

Висновки. На підставі проведених досліджень отримано переконливі дані про ураження серцево-судинної системи у переважній більшості хворих на РА. У частини хворих виявлено ураження серця, що представлено ендокардитом, перикардитом, порушеннями ритму серця та ін. Установлена необхідність проведення ЕхоКС, ЕКГ, холтеровського моніторингу ЕКГ для ранньої діагностики та виявлення ураження серцевого м'язу, що необхідно враховувати при виборі стратегії обстеження та призначення комплексної терапії хворим РА.

## РЕГІОНАЛЬНІ ТА ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СМЕРТНОСТІ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

*Шаповал М. М., студент 6-го курсу; Сміянова О.І., ст. викладач*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини*

Демографічною проблемою України є несприятлива смертність населення. Сучасна ситуація зі смертністю є неблагополучною як для міського, так і для сільського населення.

Мета дослідження. Аналіз сучасного рівня смертності населення України та його регіональних особливостей.

Матеріали та методи. Проведений аналіз загальних показників смертності та її структури в Україні за останні 5 років.

Результати. За останні п'ять років (2010-2014 рр.) загальний показник смертності в Україні утримується на надто високому рівні і складає 16,3-14,7 %. Він має також регіональні відмінності: у 2014 р. величина коефіцієнта коливалася у межах від 9,8% у м. Києві до 18,6% у Чернігівській області. Найвищий показник загальної смертності спостерігається в північних областях – 16,6-18,6 %, відносно нижчий рівень показника – у західній частині України, 11,8-13,8%. Значною мірою такі коливання пояснюються дією структурного (вікового) чинника. Так, у західних областях (Закарпатська, Івано-Франківська, Рівненська, Чернівецька) відносно молода вікова структура населення змінює загальний показник смертності у бік зменшення, а в областях зі старою віковою структурою (Чернігівська, Сумська, Житомирська) – в бік підвищення. Крім того, на півночі спостерігаються найсуттєвіші диспропорції смертності за статтю.

Вигідно вирізняється на фоні змін вікового профілю вимирання населення в Україні смертність дітей віком від 1 до 15 років. Ризик смерті цих дітей порівняно з іншими віковими групами є найменшим. Смертність дітей даного вікового контингенту має позитивну динаміку і за останні п'ять років зменшилася майже на чверть. Інтенсивність смертності дітей між 1 і 15 роками відчутно варіює за типом поселення: діти, які проживають у селах, помирають у 1,3 рази частіше, ніж їхні ровесники в містах.

За поєднанням рівнів смертності у різних вікових групах у 2014 р. на території України можна виділити такі регіони: до територій з низьким рівнем смертності в усіх вікових групах можна віднести тільки Львівську область та м. Київ. Високий рівень смертності в усіх вікових групах спостерігався у Чернігівській, Сумській, Полтавській, Житомирській, Черкаській областях, які становлять велику просторову ланку території України. В усіх регіонах країни смертність сільського населення була вищою, ніж міського.