

**Міністерство охорони здоров'я України
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний
університет»**

ГО «Прикарпатське товариство терапевтів»



**II МІЖНАРОДНА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«ТЕРАПЕВТИЧНІ ЧИТАННЯ: СУЧАСНІ АСПЕКТИ
ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ
ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ» (ПРИСВЯЧЕНА ПАМ'ЯТІ
АКАДЕМІКА НАМН УКРАЇНИ Є.М.НЕЙКА)**

ЗБІРНИК ТЕЗ

6-7 жовтня 2016 р.

Івано-Франківськ-Яремче

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Вакалюк Ігор Петрович – проректор з наукової роботи ІФНМУ, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 та медсестринства.

Яцишин Роман Іванович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

Гавриш Ігор Тарасович – кандидат медичних наук, доцент кафедри кафедри внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. академіка Нейка Є.М.

бота показує перевагу механічної реперфузії над фармакологічною або їх комбінацією.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ АБО ЗІ ЗНИЖЕНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЛІВОГОШЛУНОЧКА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Ібрагім Х.А.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
м. Івано-Франківськ*

Серцева недостатність (СН) є надзвичайно поширеною патологією, яка спричиняє часту госпіталізацію хворих, їх інвалідизацію, а також високу смертність населення. Часто у хворих на СН спостерігається супутня гіпертонічна хвороба (ГХ), що значно погіршує перебіг та прогноз захворювання.

Мета дослідження: Вивчити клініко-анамнестичні особливості хворих на гіпертонічну хворобу зі супутньою серцевою недостатністю зі збереженою та зі зниженою функцією лівого шлуночка.

Матеріали та методи: у дослідження було включено 48 хворих на ГХ II – III стадії зі супутньою СН. Усі хворі були рандомізовані в дві групи: I група – 22 хворих на ГХ із СН із зниженою функцією лівого шлуночка, II група – 26 хворих на ГХ із супутньою СН із збереженою функцією лівого шлуночка. У клініці проводили опитування хворих та об'єктивне обстеження.

Результати: Серед хворих I групи достовірно більше було чоловіків, ніж серед II групи. Натомість у II групі більшою була кількість жінок (на 13,7 %, $p < 0,05$). Хворі I групи були старшими (на 11,7 %, $p < 0,05$), ніж хворі II групи. Вірогідно більшою була також кількість хворих із анемією у I групі у порівнянні з II групою (на 9,8 %, $p < 0,05$). У хворих I групи у порівнянні з хворими II групи частіше спостерігались наступні коморбідні патології: цукровий діабет (на 9,5 %, $p < 0,05$), гіперліпідемія (на 17,5 %, $p < 0,01$). Не було відмічено вірогідної різниці серед таких коморбідних патологій як церебро-васкулярні захворювання, хронічний обструктивний бронхіт у хворих обох груп.

Висновки: Хворі на гіпертонічну хворобу зі супутньою серцевою недостатністю зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка є частіше чоловіки, є старшими, у них частішою є такі коморбідні патології як цукровий діабет та гіперліпідемія у порівнянні з хворими зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка.

ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ У СХЕМУ БЕТА-БЛОКАТОРІВ АБО ІНГІБІТОРА ІF-КАНАЛІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СТАБІЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Глацук Т.О., Окіпняк І.В., Широкова С.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

ІХС на сучасному етапі є добре вивченим захворюванням з чітко визначеною

тактикою захворювання. Сучасні засоби терапії ІХС володіють доведеною антиангінальною ефективністю (бета-блокатори та антагоністи кальцію) та володіють здатністю покращувати прогноз пацієнтів (бета-блокатори). Однак залишається цілий ряд невирішених запитань, одне з яких – неможливість пацієнтів з тих чи інших причин отримувати бета-блокатори (непереносимість, поєднана патологія, артеріальна гіпотензія та ін.).

Нами було проведено дослідження, в якому вивчалось яким чином призначене лікування вплинуло на зміни показників якості життя (ЯЖ) пацієнтів зі стабільною стенокардією (СС). Розподіл пацієнтів на групи відбувався у відповідності до лікування, яке отримували хворі (група I – базисна терапія + бисопролол, група II – базисна терапія + карведілол, група III – базисна терапія + івабрадин). Клінічна картина перебігу СС була співставима у пацієнтів трьох груп. ЯЖ визначали за допомогою анкети SF-36, яка містила 11 розділів, результати відтворювалися у балах від 0 до 100 за 8-ма шкалами. Чим більша кількість балів, тим краща ЯЖ, відсутність лімітуючих факторів відповідає 50 балам і вище. Кількісно оцінювали такі показники: загальний стан здоров'я (ЗСЗ), фізичне функціонування (ФФ), рольове фізичне функціонування (РФФ) та інтенсивність болю (ІБ), що складала фізичний компонент здоров'я (ФКЗ), соціальне функціонування (СФ), рольове емоційне функціонування (РЕФ), життєздатність (ЖЗ) та самооцінка психічного здоров'я (СПЗ), що характеризували психологічний компонент здоров'я (ПКЗ). Показники ЗСЗ, ФФ, СФ, ЖЗ та СПЗ мають пряму залежність із ЯЖ, показники РФФ, ІБ та РЕФ – зворотно залежність.

Аналіз складових ФКЗ показав, що показник ЗСЗ вірогідно зростав у пацієнтів всіх трьох груп: група I – з $36,21 \pm 2,08$ до $53,41 \pm 2,19$ бала, $+47,5\%$ ($p < 0,01$); група II – з $37,78 \pm 2,15$ до $51,92$ бала, $+37,42\%$ ($p < 0,01$); група III – з $38,64 \pm 2,24$ до $55,74 \pm 2,31$ бала, $+44,25\%$ ($p < 0,01$). Щодо показника ФФ, то він також достовірно збільшився у всіх сформованих групах, але в групі III ці зміни були найбільш суттєвими і в кінці лікування вірогідно відрізнялися від аналогічних показників в групі I та групі II ($p < 0,01$): група I – з $41,12 \pm 2,57$ до $51,56 \pm 2,81$ бали, $+25,38\%$ ($p < 0,01$); група II – з $47,42 \pm 2,26$ до $54,63 \pm 2,37$ бали, $+15,2\%$ ($p < 0,01$), група III – з $43,54 \pm 2,67$ до $68,46 \pm 3,12$ бали, $+57,23\%$ ($p < 0,01$). Відповідаючи на запитання опитувальника, саме пацієнти групи III відмітили значне покращення фізичного функціонування, що може бути пов'язано з найбільш істотним зменшенням ЧСС на тлі прийому івабрадину в цілому по групі. Щодо показника РФФ, то він суттєво зріс на тлі лікування у всіх обстежених пацієнтів: в групі I – з $16,41 \pm 3,24$ до $81,56 \pm 5,21$ балів, $+397,01\%$ ($p < 0,01$); в групі II – з $14,13 \pm 2,73$ до $78,15 \pm 3,46$ балів, $+453,08\%$ ($p < 0,01$); в групі III – з $19,63 \pm 2,91$ до $73,34 \pm 4,61$ балів, $+273,61\%$ ($p < 0,01$). Аналіз показника ІБ показав, що він, по аналогії з рештою показників, вірогідно покращився в усіх трьох групах на фоні отриманого лікування. Так, в групі I цей показник змінився з $32,64 \pm 3,24$ до $67,03 \pm 2,46$ балів, $+105,36\%$ ($p < 0,01$), в групі II – з $29,47 \pm 2,06$ до $59,73 \pm 3,98$ балів, $+102,68\%$ ($p < 0,01$), в групі III – з $34,53 \pm 2,41$ до $72,21 \pm 3,15$ балів, $+109,12\%$ ($p < 0,01$).

При аналізі ПКЗ виявлено, що показник ЖЗ вірогідно збільшився на фоні проведеного лікування в усіх трьох групах пацієнтів: в групі I – з $42,34 \pm 1,12$ до $57,38 \pm 2,97$ балів, $+35,52\%$ ($p < 0,05$); в групі II – з $45,64 \pm 1,32$ до $59,46 \pm 2,71$ балів,

+30,28% ($p < 0,01$); в групі ІІІ – $48,67 \pm 1,73$ до $65,13 \pm 3,14$ балів, +33,81% ($p < 0,01$). Динаміка показника РЕФ змінювалась наступним чином за час лікування: показник достовірно зріс з $54,28 \pm 2,78$ до $73,21 \pm 3,19$ балів, +34,87% ($p < 0,005$) в групі І; в групі ІІ також відмічалось зростання з $58,97 \pm 2,31$ до $77,44 \pm 3,47$ балів, +31,32% ($p < 0,005$); в групі ІІІ відбувалась аналогічна тенденція – збільшення показника з $61,38 \pm 2,97$ до $79,36 \pm 4,12$ балів, +29,29% ($p < 0,01$). Щодо показника СФ, то в процесі лікування не відбулося жодних змін у всіх трьох групах, тобто проведене нами лікування жодним чином не впливає на спілкування пацієнтів в повсякденному житті. Так, в групі І індекс СФ до лікування був $52,81 \pm 2,44$ балів, став $50,18 \pm 1,46$ балів ($p > 0,5$); в групі ІІ до лікування – $49,13 \pm 1,21$ балів, після лікування – $47,74 \pm 1,53$ балів ($p > 0,5$); в групі ІІІ до лікування – $50,36 \pm 2,06$ балів, після лікування – $49,53 \pm 1,36$ балів ($p > 0,5$).

Цікавим виявився аналіз показника СПЗ в групах обстежених пацієнтів до та після лікування. Показник достовірно збільшився у всіх трьох групах обстежених пацієнтів: в групі І – з $43,56 \pm 1,63$ до $51,13 \pm 2,81$ балів, +17,37% ($p < 0,05$); в групі ІІ – з $48,64 \pm 1,86$ до $55,45 \pm 2,21$ балів, +14% ($p < 0,05$); в групі ІІІ – з $51,32 \pm 2,42$ до $67,36 \pm 3,23$ балів, +31,25% ($p < 0,005$). Звертає на себе увагу той факт, що в групі ІІІ показник СПЗ зріс найсуттєвіше і був вірогідно більшим за аналогічні показники в групі І та групі ІІ ($p_{1-3, 2-3} < 0,005$). Можливо це пов'язано зі здатністю бета-блокаторів спричиняти появу депресій у деяких пацієнтів, а івабрадину така побічна дія не властива.

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ІРБЕСАРТАНУ У ХВОРИХ З НЕФРОПАТІЄЮ ТА НЕФРОПРОТЕКТОРНИЙ ЕФЕКТ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИРОК

*Глюшина А.А., Кушнір Л.Д., Вісвятник В.В., Бойко Л.Д.,
Сажин Н.І., Гретчин В.М., Бейчук Н.Г.*

ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет» м. Чернівці.

Актуальність проблеми. Діабетична нефропатія є одним із поширених ускладнень цукрового діабету (ЦД) і однією з провідних причин виникнення хронічної хвороби нирок (ХХН) у світі. Хворі на ХХН мають високий серцево-судинний ризик, високу смертність і знижену якість життя. До того ж замісна ниркова терапія характеризується високою вартістю. Тому, сьогодні існує нагальна потреба у розробці методів профілактики кінцевої стадії діабетичної хвороби нирок. У зв'язку із істотним збільшенням тривалості життя хворих на цукровий діабет у теперішній час на перший план виходить профілактика його ускладнень та підвищення якості життя.

Метою дослідження було встановити зміни функціонального ниркового резерву у хворих на ЦД 2 типу, ускладнений діабетичною нефропатією на стадії мікроальбумінурії, під впливом терапії блокатором рецепторів до ангіотензину ірбесартаном порівняно із терапією блокатором кальцієвих каналів амлодипіном, а також вивчити порівняльну ефективність даних препаратів

Матеріали та методи. Обстежено 40 хворих із ЦД 2 типу віком 53-69 років із діагностованим ЦД 2 типу згідно критеріїв ВООЗ. Індекс маси тіла (ІМТ) становив 29-44 кг/м². У пацієнтів діагностували м'яку артеріальну гіпертензію (офіс-