

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015

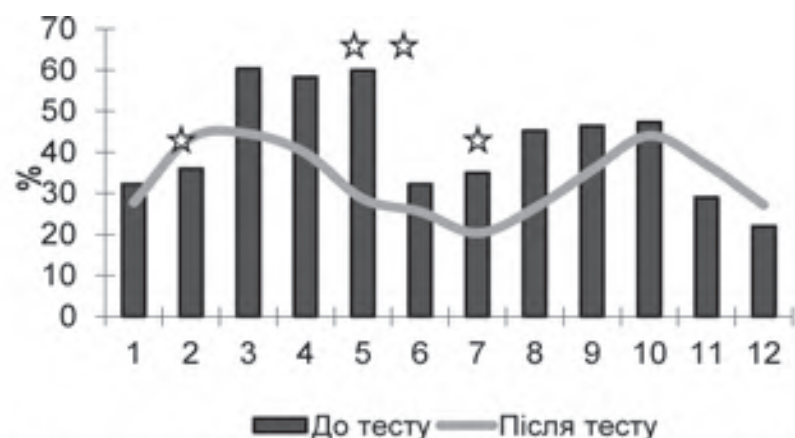


Рис. 2. Показники РФВ ЛШ у хворих на пQ-ІМ до та після навантаження (\* - p<0,05)

У групі з перенесеним Q-ІМ зі сторони аналіз РФВ ЛШ виявив недостовірне зменшення скоротливості у ділянці МШП, які до проведення тесту мали найвищі значення РФВ та збільшення скоротливості у ділянці верхівки та нижньої і середньої третин передньо-бокової стінки ЛШ (рис. 3).

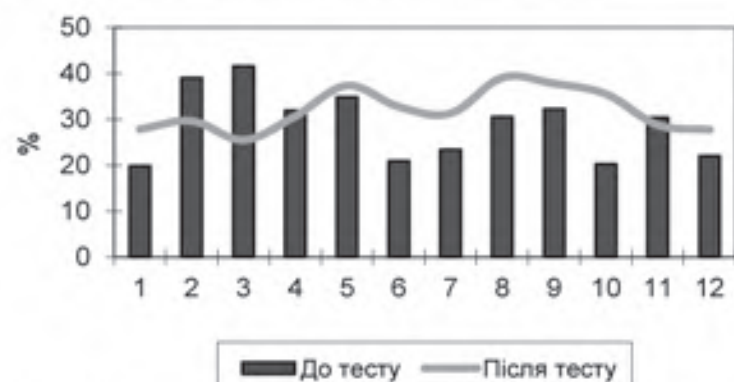


Рис. 3. Показники РФВ ЛШ у хворих на Q-ІМ до та після навантаження

Таким чином, проведений антиортостатичний тест дозволив визначити зону ураження міокарда та показав, що зони які при звичайному обстеженні вважалися гіпокінетичними, здатні до компенсаторного збільшення своєї скоротливості у відповідь на об'ємне навантаження.

### Ілашук Т.О., Окінняк І.В. ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ВПРОДОВЖ ВАГІТНОСТІ ЗА ДАНИМИ ДОБОВОГО МОНІТОРИНГУ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Буковинський державний медичний університет

Вкрай важливими питаннями є рання діагностика артеріальної гіпертензії (АГ), своєчасне виявлення та попередження ускладнень АГ у вагітних жінок. Нас зацікавило вивчення добових змін артеріального тиску (АТ) у вагітних різного гестаційного періоду. В обстеженні взяли участь 52 жінки, віком від 19 до 35 років (середній вік – 24,6±7,2 років). У 38 із них на початок спостереження встановлена вагітність (основна група), 14 – практично здорові жінки дітородного віку. Всім особам крім клінічного обстеження проводили добове моніторування АТ (ДМ АТ). Візити вагітних здійснювались в I триместрі вагітності (15-16 тиждень) – перший візит, в II триместрі (25-26 тиждень) - другий візит, в III триместрі (37 тиждень) – третій візит, та через 6 тижнів після пологів – четвертий візит.

Аналізуючи показники ДМ АТ, проведеного при першому візиті, у 2 осіб основної групи виявлено підвищення середньодобового систолічного АТ (САТ) у порівнянні із контрольною групою на 13,44%(p < 0,05), діастолічного АТ (ДАТ) на 9,21%(p < 0,05). При цьому із анамнезу відомо, що у однієї пацієнтки до вагітності було встановлено вегето-судинну дистонію за гіпертензивним типом, інша – вважала себе практично здоровою.

Порівнюючи отримані результати із контрольною групою (для порівняння із основної групи виключено особи з підвищеним добовим рівнем АТ), необхідно зазначити зниження показників ДАТ на 5,2% у вагітних в II триместрі, САТ при цьому майже не відрізнявся. Достовірне зниження ДАТ було зареєстровано у осіб основної групи при другому візиті (p < 0,05). САТ у вагітних у II триместрі також мав тенденцію до зниження, проте показники недостовірно відрізнялись від контрольної групи. У III триместрі показники цілодобового САТ і

ДАТ не відрізнялись від таких у осіб контрольної групи (p < 0,1). Отже, слід зазначити, що у вагітних у I та II триместрі виникає зниження добових показників АТ, а в III триместрі АТ повертається до звичайних цифр.

При другому візиті у 6 пацієнтів виявлено підвищені показники добових рівнів АТ (чотири – вперше виявлені, дві - із підвищеним рівнем при першому візиті). Необхідно зазначити, що в цю групу ввійшли жінки більш старшого віку (середній вік – 29,9±3,2 років), у трьох із них виявлено підвищений індекс маси тіла при першому візиті (27,6±3,7кг/м<sup>2</sup>), у чотирьох виявлена спадкова схильність до АГ. Загалом по групі, середньодобовий САТ у осіб із підвищеним АТ становив 154,32±5,7 мм.рт.ст., середньодобовий ДАТ – 101,23±4,9 мм.рт.ст. При цьому у 2 вагітних виявлено помірну протеїнурію (0,973±0,351г/л) та незначні набряки нижніх кінцівок, за ними встановлено ретельний нагляд.

При третьому візиті у групі осіб із підвищеним рівнем АТ, зафіксованим під час при другого візиту, не виявлено достовірних змін досліджуваних показників моніторингу АТ із попередніми даними. У однієї вагітної діагностовано преєклампсію, її було госпіталізовано, проведено медикаментозну корекцію АТ та набрякового синдрому. Через 6 тижнів після пологів у групі осіб із підвищеним рівнем АТ у 5,26% випадків продовжував утримуватись підвищений тиск (145,38±6,1 мм.рт.ст.), що дає підставу встановити хронічну АГ, у інших (10,52% обстежених вагітних) показники добового моніторингу АТ відновились до нормальних значень (133,24±3,5 мм.рт.ст.), що дає підстави стверджувати про наявність гестаційної АГ.

При нагляді за вагітними важливим вбачаєм вчасно виявляти підвищення АТ, розрізняти хронічну АГ, гестаційну гіпертензію та преєклампсію. Ретельне медичне спостереження, своєчасна корекція підвищеного АТ дозволяє таким жінкам повністю виношувати вагітність. Вкрай важливим вбачається детальне обстеження жінок дітородного віку на виявлення АГ, особливо тих, які мають обтяжену спадковість, надлишкову масу тіла, перенесену преєклампсію при попередніх вагітностях.

### Ілашук Т.О., Широкова С.В.\* КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ РОЗУВАСТАТИНУ В ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб  
Буковинський державний медичний університет  
КМУ «Міська поліклініка № 2» м. Чернівець\*

Незважаючи на значні досягнення медицини в лікуванні та профілактиці ішемічної хвороби серця (ІХС) та артеріальної гіпертензії (АГ), саме серцево-судинні хвороби залишаються однією з найголовніших причин смертності населення всіх країн світу. Активна боротьба з модифікованими складовими сукупного кардіометаболічного ризику дозволяє зменшити захворюваність та смертність пацієнтів.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу гіполіпідемічної терапії (розувастатин проти симвастатину) на перебіг стабільної стенокардії (СС) та ознак дисліпопротеїнемії в умовах лікування базисною терапією (пролонговані нітропрепарати, бета-адреноблокатори, антиагреганти). Для цього всіх пацієнтів було розподілено на дві групи: група I (30 осіб) отримувала базисне лікування та симвастатин (40 мг/добу), група II (37 пацієнтів) додатково до базисного лікування було додано розувастатин (10 мг/добу) до завершення стаціонарного лікування і в амбулаторних умовах упродовж двох місяців.

Всім обстеженим пацієнтам на початку та після закінчення терапії статинами у динаміці двох місяців спостереження проведено оцінку основних параметрів ліпідограми, а також визначалися вміст прозапальних цитокінів (інтерлейкіну-6 (Іл-6), туморнекротичного фактора- α (ТНФ-α)) та імуноферментні показники вмісту гормонів (С-реактивний протеїн (СРП)). Нами проаналізовано зміни ліпідного профілю у пацієнтів обох груп впродовж двох місяців прийому гіполіпідемічної терапії. При порівнянні вихідного рівня показників ліпідограми встановлено наявність ознак гіперхолестеролемії та дисліпопротеїнемії у пацієнтів обох груп, але дані достовірно не відрізнялися (табл. 1).

Таблиця 1  
Вихідний стан ліпідограми у пацієнтів досліджуваних груп

Показник	Група I	Група II	p
ЗХС	7,18±0,14	7,36±0,16	>0,5
ТГ	2,61±0,11	2,73±0,13	>0,5
ХС ЛПВЩ	0,81±0,06	0,78±0,05	>0,5
ХС ЛПНЩ	4,18±0,17	4,38±0,21	>0,5

Аналіз ліпідограми через два місяці лікування показав, що в обох групах відбулося суттєве зниження рівнів ЗХС, ТГ, ХСЛПНЩ, але в групі розувастатину ці показники були достовірно нижчими, ніж у пацієнтів, що приймали симвастатин (табл. 2).

Таблиця 2  
Кінцевий стан ліпідограми у пацієнтів досліджуваних груп

Показник	Група I	Група II	p
ЗХС	5,76±0,09	4,83±0,08	<0,001
ТГ	2,04±0,1	1,68±0,09	<0,05
ХС ЛПВЩ	1,19±0,08	1,31±0,09	<0,5
ХС ЛПНЩ	3,21±0,14	2,84±0,1	<0,05