

МЕДИЧНІ ПЕРСПЕКТИВИ

MEDICAL PERSPECTIVES

2018 Том XXIII № 2 ч. 1

Науковий журнал ДЗ «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України»

Виходить 4 рази на рік

Заснований у 1996 році

Адреса редакції

49044, м. Дніпро
вул. В. Вернадського, 9
редакція журналу
"Медичні перспективи"
ДЗ "Дніпропетровська
медична академія Міністерства
охорони здоров'я України"

Телефон/факс

(056) 370-96-38

Телефон

(0562) 31-22-78

E-mail

medpers@dma.dp.ua
www.medpers.dsma.dp.ua

Засновник

ДЗ "Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України"

Реєстраційне свідоцтво

серія КВ №1721 від 24.10.1995 р.
Періодичність – 4 рази на рік

Видається згідно з постановою вченої ради
ДЗ "Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України"
(протокол № 8 від 26.04.2018 р.)

Наказом МОН України № 261 від 06.03.2015 р.
журнал "Медичні перспективи" включено до
переліку видань, в яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних робіт

Журнал зареєстровано в міжнародних наукометричних базах та каталогах:

РИНЦ, ВИНІТИ, Index Copernicus,
Crossref, Ulrich's Periodicals Directory,
ResearchBib, HAL, EBSCO, DOAJ,
OCLC WorldCat, MJL, Dimensions,
OpenDOAR, ProQuest, EZB, CyberLeninka,
NLM, BASE, Google Scholar

Підписано до друку 03.05.2018 р.

Формат 60x84/8. Друк офсетний.

Папір офсетний. Умовн. друк. арк. 8,6.

Зам. № 50. Тираж 80 примірників.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор

Т.О. ПЕРЦЕВА

Науковий редактор

В.Й. МАМЧУР

Відповідальний редактор

Е.М. БІЛЕЦЬКА

Куратори розділів:

Теоретична медицина – **І.С. Шпонька,**
О.Г. Родинський, В.І. Опришко

Клінічна медицина – **Л.В. Усенко,**
О.Є. Лоскутов, В.А. Потабашній, О.О. Гудар'ян

Профілактична медицина – **В.М. Лехан,**
І.Л. Височина, О.А. Шевченко

Склад редакційної ради

В.В. Абрамов (Дніпро), **К.М. Амосова** (Київ),
І.М. Бондаренко (Дніпро), **О.З. Бразалук**
(Дніпро), **Л.А. Дзяк** (Дніпро), **З.М. Дубоссарська**
(Дніпро), **В.М. Коваленко** (Київ), **О.В. Курята**
(Дніпро), **Г.М. Кременчуцький** (Дніпро),
Е.Л. Насонов (Москва), **Полін Радд**
(Великобританія), **В.О. Потапов** (Дніпро),
А.М. Сердюк (Київ), **Ю.М. Степанов** (Дніпро),
В.П. Стусь (Дніпро), **І.М. Трахтенберг** (Київ),
Ю.І. Фещенко (Київ), **Тоні Хью Меррі**
(Великобританія), **М.Г. Шандала** (Москва),
Л.Р. Шостакович-Корецька (Дніпро),
Х.-В. Шпрингорум (Німеччина), **К. Штайнбрюк**
(Німеччина), **Ш. Селл** (Німеччина),
В. Зібберт (Німеччина), **О. Злотник** (Ізраїль),
Л.М. Юр'єва (Дніпро)

Літературні редактори **М.Ю. Сидора,**
І.М. Клименко

Комп'ютерний дизайн та оригінал-макет
Л.М. Григорчук

Макетування та друкування

виконано ВТК "Редактор" та "Друкар" ДЗ "ДМА"

медичної документації, виконанні загальноклінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Проводилося ультразвукове дослідження з визначенням ТКІМ ЗСА. Маркером наявності субклінічного атеросклерозу був розмір ТКІМ більше 0,9 мм. Також вивчали структуру атеросклеротичної бляшки і ступінь стенозу судин. Статистичний аналіз проводився за допомогою програми Excel-2010 та пакета прикладних програм STATISTICA 6.1.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Виявлено статистично достовірну різницю ($p < 0,05$) при оцінці ТКІМ між I та II групами, а також між I, II та III групами. Крім того, збільшення ТКІМ ЗСА було зареєстровано в половини пацієнтів I та II групи, а в іншій половині хворих виявлені атеросклеротичні бляшки. Навіть у деяких пацієнтів групи контролю спостерігалось підвищення ехогенності ТКІМ, що може бути ранньою ознакою атеросклерозу.

Зареєстровано гіперехогенну, гіпоехогенну, гетерогенну структуру атеросклеротичних бляшок у пацієнтів. Концентрація С-реактивного протеїну позитивно корелювала з ТКІМ ЗСА ($p < 0,05$). Таким чином, більше ніж у половини хворих, які не мають клінічних ознак атеросклерозу, при дуплексному скануванні сонних артерій були виявлені ознаки атеросклеротичного ураження.

ПІДСУМОК

У пацієнтів з АГ у поєднанні з подагрою виявлено статистично достовірну різницю ТКІМ ($p < 0,05$) порівняно з пацієнтами з АГ. Поєднання АГ з подагрою призводить до достовірно вищого потовщення комплексу інтима-медіа порівняно з пацієнтами без подагри. ТКІМ ЗСА достовірно корелює з рівнем С-реактивного протеїну. Визначення ТКІМ має практичне значення для первинної профілактики серцево-судинних подій.



УДК 616.12-009.72-008.818-036-053

І.В. Лукашевич

ДЕЯКІ ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ НАПРУГИ

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»
Театральна пл., 2, Чернівці, 58002, Україна*

Метою нашого дослідження було порівняльне вивчення клініко-функціональних особливостей стабільної стенокардії напруги в чоловіків і жінок шляхом ретроспективного аналізу перебігу захворювання у хворих різної статі. Нами проаналізовано особливості перебігу стабільної стенокардії напруги в 20 пацієнтів (10 чоловіків і 10 жінок) кардіологічного відділення КМУ МКЛ № 3 м. Чернівці. Для уніфікації результатів дослідження була розроблена анкета, що включала розділи: вік, професія, тривалість захворювання, характер ангінального болю, чинники ризику (куріння, АГ, ожиріння, цукровий діабет, гіперхолестеринемія, алкоголь, генетичний анамнез,

частота стресів, психологічний фон, гінекологічний анамнез), зміни, виявлені на ЕКГ та ЕхоКГ.

У 6 з 10 жінок виявлена стенокардія напруги II функціонального класу (ФК), у 4 – III ФК. Вік жінок коливався від 55 до 90 років ($70,6 \pm 3,2$). У 5 з 10 чоловіків виявлена стенокардія III ФК, у 5 – II ФК. Вік чоловіків коливався від 57 до 80 років ($65,8 \pm 4,1$). У 50% чоловіків тривалість захворювання була не більше 5 років, у 70% жінок – більше 6 років.

При аналізі больового синдрому виявлено, що в жінок переважають атипові форми ангінозного болю (8 з 10 пацієнток), тоді як у чоловіків

больові відчуття мали типовий ангінозний характер. У 90% жінок та 80% чоловіків в анамнезі була гіпертонічна хвороба. При оцінці ІМТ ожиріння I ступеня виявлено в 40% жінок і 10% чоловіків, ожиріння II ступеня – у 10% жінок. Порушення ліпідного обміну мало місце в 100% обстежених жінок і 70% чоловіків. Обтяжений сімейний анамнез та цукровий діабет частіше зустрічався в жінок. Частота стресових ситуацій була вищою в жінок (8 з 10 опитаних), у чоловіків відношення до цього критерію 5 до 5. У той же час 80% чоловіків зазначили, що вони досить стримані, а 20% – емоційно нестабільні. У жінок відсоток емоційно нестабільних становив 70%. Пацієнти в обох групах заперечували тютюнопаління та зловживання алкоголем. При

аналізі даних ЕКГ у чоловіків частіше виявлялися ознаки ішемії міокарда (у 60%), порушення провідності (у 40%) та рубцеві зміни (у 30%). У жінок частіше виявлялися ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (у 60%). Зміни ЕхоКГ були більш виражені в жінок і проявлялися гіпертрофією лівого шлуночка та ураженням клапанного апарату. Фракція викиду в обох групах пацієнтів суттєво не відрізнялася.

Таким чином, результати нашого дослідження свідчать про необхідність гендерного підходу до оцінки параклінічних показників перебігу стабільної стенокардії напруги, що значно збільшить вірогідність вчасної постановки діагнозу та призначення необхідного лікування.



УДК 616-008.6:577.125:577.115.7

І.В. Лукашевич

ВПЛИВ ω -3-ПОЛІНЕНАСИЧЕНИХ ЖИРНИХ КИСЛОТ НА ПОКАЗНИКИ ЛІПІДОГРАМИ В ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет»
Театральна пл., 2, Чернівці, 58002, Україна*

В Україні понад 30% людей мають надлишкову масу тіла і 25% страждають на ожиріння та метаболічний синдром. Частота виявлення артеріальної гіпертензії (АГ) зростає пропорційно надлишковій масі тіла. АГ вважають найбільш частим компонентом метаболічного синдрому, який зустрічається практично у 85% випадків, супроводжується порушенням ліпідного спектра крові.

Нами проведена оцінка ефективності лікування хворих на АГ при ожирінні з додаванням до базової терапії ω -3- поліненасичених жирних кислот (ПНЖК). Було обстежено 23 хворих на АГ з ожирінням, 20 – з оптимальною масою тіла та 10 практично здорових осіб, зіставних за віком

і статтю. При обстеженні хворих використано клінічні методи дослідження: опитування, фізикальний огляд, антропометричні виміри та лабораторні обстеження. У крові визначили рівні холестеролу, тригліцеридів, ліпопротеїдів високої та низької щільності за допомогою біохімічного аналізатора.

Лікування проводили всім хворим, розподіливши їх на основну групу (27 осіб) та групу порівняння (26 хворих), з розрахунку, щоб в обох підгрупах була однакова кількість пацієнтів з оптимальною масою тіла та ожирінням, а також щоб розподіл був рівномірним за віковим та статевим складом. Пацієнтам основної групи призначали комплексне стандартне лікування