

**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 – її 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 – її 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



людей належить хворобам системи кровобігу (більше 50%) та патології щитоподібної залози (46,67%), що вимагає диференційованого підходу до реалізації комплексного лікування ОА.

Мета: вивчити особливості ліпідного обміну у хворих на ОА I-II стадії на тлі субклінічного гіпотиреозу (СГ).

Під спостереженням перебувало 168 хворих на ОА I-II стадії у віці від 45 до 73 років. Співвідношення чоловіки:жінки у віці до 55 років складало 1:7, після 60 років – 1,1:2,1. Функціональний стан щитоподібної залози проводили за допомогою визначення рівнів ТТГ та Т<sub>4</sub>-вільний імунохемилюмінесцентним методом. Критеріями «субклінічного гіпотиреозу» слугувало підвищення ТТГ від 4,5 до 10,0 мОд/л при нормальному рівні Т<sub>4</sub> за наявності ознак ураження щитоподібної залози при ультразвуковому або об'єктивному обстеженні.

За такого підходу СГ виявлено у 31 (18,45%) пацієнта, переважно в жінок (24 особи). Як правило, ознаки СГ виявляли в жінок старше 55 років та чоловіків старше 60-62 років. Дослідженням ліпідного профілю виявлено підвищення рівня загального холестерину (ЗХс) у 145 (86,31%) хворих та ЛПНЩ у 132 (78,57%) осіб переважно жіночої статі вибірки. Проте у всіх хворих на ОА із явищами СГ виявлені підвищені рівні ЗХс та ЛПНЩ і вищі рівні коефіцієнту атерогенності, а також вираженіші прояви ІХС та артеріальної гіпертензії.

Відмічено підвищення нормативних показників ліпідограми у хворих на ОА залежно від віку, маси тіла, що в динамічному спостереженні сприяло погіршенню результатів лікування ОА на стаціонарному етапі, зростанню частоти, тривалості рецидивів, потребі у повторних госпіталізаціях. Виявлення СГ було потенційним провокуючим кардіоваскулярні події фактором. Аналіз наукового матеріалу дозволив встановити закономірність: наявність СГ має патогенетичні зв'язки з розвитком КВР та вимагає додаткових лікувально-профілактичних заходів.

Отримані результати демонструють асоціацію наявності підвищення рівнів ЗХс, ХсЛПНЩ, КА з наявністю субклінічного гіпотиреозу у хворих на ОА, що свідчить про зв'язок атерогенного потенціалу та субклінічного гіпотиреозу.

Перспективу подальших досліджень вбачаємо в розробці ранніх діагностичних та профілактичних заходів корекції дисбалансу ліпідного профілю та гіпофункції щитоподібної залози у хворих на остеоартроз I-II стадії. Науковцями доведено вплив дисфункції щитоподібної залози на серцево-судинні захворювання. Приоритетним завданням в сучасному лікуванні хворих на ОА є врахування стану серцево-судинної системи з профілактичною та лікувальною корекцією виявлених змін на ранньому етапі.

Гайдич Л.І.

### ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ДОБОВОГО РИТМУ АТ У ПАЦІЄНТІВ З ЕСЕНЦІЙНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ II СТАДІЇ НА ФОНІ ПРИЙОМУ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ І ЛІНІЇ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Буковинський державний медичний університет*

Есенційна гіпертензія (ЕГ) залишається одним із найважливіших чинників, що призводить до розвитку захворювання, або смерті, разом із тим артеріальний тиск (АТ) – показник, який може бути найбільш контрольований серед інших.

Окремої уваги заслуговують показники 24 –х годинного добового профілю АТ (добовий індекс (ДІ), варіабельність, середні значення АТ тощо), підвищення яких, на думку багатьох вчених, є прямим фактором ризику прогресування та виникнення ускладнень захворювання. Тому, стратегія вибору правильної терапії повинна бути спрямована на м'яку дію препарату щодо окремих показників добового ритму АТ з метою попередження виникнення небажаних наслідків.

Не дивно, що сьогодні, довкола лікувальної тактики пацієнтів, що мають підвищений АТ точиться багато дискусій та обговорень. У той час, коли клініцисти прагнуть дотримуватись рекомендацій з лікування високого АТ, пацієнти хочуть бути впевненими, що лікувальні заходи приведуть до зменшення тягаря їхньої хвороби. Тому в результаті проведених багатоцентрових масових досліджень стало очевидним, що основною метою лікування пацієнтів на ЕГ є не тільки зниження рівня АТ до оптимального, але і обмеження або ліквідація факторів ризику прогресування та ускладнень захворювання.

Метою роботи було вивчення впливу антигіпертензивної терапії препаратами з груп інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) та блокаторів рецепторів ангіотензину II (БРА II) на окремі показники добового профілю артеріального тиску (АТ) у хворих на есенційну гіпертензію (ЕГ) II ст. з різним добовим ритмом АТ.

Обстежено 92 хворих на ЕГ II ст. (згідно класифікації ВООЗ, 2010). Середній вік хворих становив – 52,38 ± 2,14 роки. Добове моніторування АТ (ДМАТ) проводилось за допомогою реєстратора АВРЕ-02 фірми «Solvaig». За коливаннями добового індексу (ДІ) встановлювали належність до однієї з груп циркадіанного ритму АТ- D, ND, NP за загальноновизнаними даними. Апарат активізували за стандартною програмою обстежень хворих для реєстрації величин АТ кожних 15 хвилин в денний (активний) і кожних 30 - 60 хвилин в нічний (пасивний) періоди доби. За тривалістю та періодичністю вимірювань АТ керувались рекомендаціями робочої національної групи NBREP (США, 1990), де загальне число вимірювань складало не менше 50.

За варіантами добового індексу (ДІ) розподіл пацієнтів склав: D -35, ND - 45, NP - 12 осіб, що у відсотковому співвідношенні від загальної кількості становить 39%, 49% та 12% відповідно. З усіх обстежених пацієнтів іАПФ приймали 48% (17 осіб) з групи добового ритму D та 7% (3 осіб) з цієї групи пацієнтів



приймали препарат з групи БРА II. У групі ND: 43% (19 осіб) пацієнтів вживали препарат з групи іАПФ та 4% (2 осіб) пацієнтів вживали препарат з групи БРА II. У групі NP 46% (6 осіб) пацієнтів вживали препарат з групи іАПФ та 8% (1 особа) пацієнтів вживали препарат з групи БРА II.

Середні добові значення АТ у пацієнтів на ЕГ II ст. в загальній групі становили САТ 149 ± 1,3, ДАТ 93 ± 0,6 (мм.рт.ст.). По групах добового ритму АТ середні величини АТ мали наступні значення: у групі D: САТ 140,57 ± 0,9, ДАТ 80,03 ± 0,2; у групі ND САТ 143,57 ± 1,1, ДАТ 83,09 ± 0,6; у групі NP САТ 146,78 ± 1,9, ДАТ 81,44 ± 0,5 (мм.рт.ст.). Середній офісний САТ та ДАТ у загальній групі відповідали переважно II ступеню зростання АТ згідно класифікації (162,76 ± 1,19 та 103,02 ± 2,10 мм. рт. ст.).

17 хворих на ЕГ II ст. з групи D окрім базисної терапії приймали лізіноприл в добовій дозі 10 мг в першій половині дня (група 1) та 3 хворих, які отримували валсартан в добовій дозі 80 мг 1 раз на день (група 2). Профіль АТ за даними добового індексу у всіх обстежених до і після лікування відповідав D.

В групі недіперів (ND та NP) 25 хворих окрім базисної терапії приймали лізіноприл в добовій дозі 10 мг в першій та другій половині дня (група 3) та 3 хворих, які отримували валсартан в добовій дозі 40 мг 2 раз на день (група 4).

В результаті лікування в усіх (4 - x) групах хворих зменшились середньодобові, середньоденні та середньонічні значення систолічного і діастолічного АТ, однак відмінності між групами були статистично недостовірними. Одночасно з цим індекс варіабельності (ІВ) середньодобового САТ в групі 2 та 4 був достовірно нижчим ніж в групі 1 та 3: 18,4 ± 0,6 та 21,4 ± 0,8 (p < 0,05), аналогічно змінювався і ІВ середньоденного САТ – 18,7 ± 0,7 та 22,5 ± 0,5 (p < 0,05). ІВ середньонічного САТ практично не відрізнявся в обох групах – 16,2 ± 0,4 та 16,3 ± 0,4. Відповідно до динаміки АТ відмінність в значеннях індексів "навантаження тиском" САТ і ДАТ в усіх групах була недостовірною.

Застосування антигіпертензивної терапії препаратами I лінії груп іАПФ та БРА II у пацієнтів на ЕГ II ст. з різним добовим ритмом АТ в цілому дозволило утримувати цільовий рівень АТ впродовж доби та зменшити середньодобові значення САТ та ДАТ. Однак індекс варіабельності середньодобового САТ, який є незалежним фактором ураження органів-мішеней, був достовірно нижчим та суттєво різнився в групах пацієнтів з добовим профілем D та NP, що приймали препарати з групи БРА II.

### Гайдич Л.І., Плеш І. А., Борейко Л. Д., Сливка Н.О., Кшановська Г.І. ДО ПИТАННЯ ПРИХИЛЬНОСТІ ЛІКУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ НА ЕСЕНЦІЙНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНИМ ДОБОВИМ ПРОФІЛЕМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Буковинський державний медичний університет*

Питання лікувальної тактики пацієнтів на есенційну гіпертензію II ст. є і буде актуальним. На сьогодні відомо, що досягнення мети лікування можливе тільки у разі максимального зниження сумарного ризику серцево-судинних ускладнень, що можливо за умов плідної співпраці лікаря та пацієнта.

Найбільш цитованим медичним документом у світі з лікування артеріальної гіпертензії став оригінальний варіант спільних рекомендацій Європейського товариства гіпертензії (ESH) та Європейського товариства кардіологів (ESC). Рекомендації 2013 року репрезентують сучасний стан науки, який показує, що повинно бути зроблено, щоб зменшити смертність і захворюваність від високого артеріального тиску та його ускладнень.

Мета роботи - визначити факт прихильності до лікування пацієнтів на ЕГ II ст. з різною циркадіанною структурою АТ.

Всього обстежено 92 пацієнти у яких, згідно класифікації ВООЗ, 2010, діагностовано ЕГ II ст. Середній вік пацієнтів становив: 52,38 ± 2,14 років. Рівень АТ у них становив: 165,65 ± 2,71 за САТ та 109,56 ± 1,49 мм.рт.ст. за ДАТ. Усім пацієнтам проводили добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) з використанням комплексу апаратури АВРЕ-02 фірми «Solvaig» (Україна). За коливаннями добового індексу (ДІ) встановлювали належність до однієї з груп - D, ND, NP за загальноновизнаними даними та визначали факт прихильності до лікування шляхом опитування.

Виявлено, що серед усіх обстежених пацієнтів прихильними до лікування з дотриманням схем прийому антигіпертензивних препаратів та тих, що усвідомлюють наслідки АГ до та після проведення ДМАТу виявилось 39%, серед яких 8% - пацієнти з групи D, 14% - з групи ND та 17% - з групи NP. Хворих, які на початковому етапі стабілізації АТ припиняють лікування у зв'язку з покращенням самопочуття виявилось - 46%, серед яких 28% - пацієнти з групи D, 11% з групи ND та 7% з групи NP. І 15% серед яких 9% - пацієнти з групи D, 4% з групи ND та 2% з групи NP припадає на тих, які не розуміють доцільності в тривалій індивідуальній антигіпертензивній терапії, а приймають препарати за потребою при значному підвищенні АТ та поганому самопочутті. Такий прийом можна вважати хаотичним та неконтрольованим, а пацієнтів віднести до групи ризику можливих ускладнень.

Нами звернена увага на те, що серед чинників, що можуть впливати на прихильність до лікування є тісніша співпраця лікаря та пацієнта: роз'яснення хворому мети та завдання терапії, розуміння пацієнтами можливих ускладнень АГ, чіткі інструкції щодо прийому препаратів, уникання хаотично неконтрольованого прийому ліків. Подальше розуміння пацієнтами первинної мети лікування високого АТ включаючи оцінку індивідуальних факторів ризику у конкретного хворого повинно призвести до зменшення серцево – судинного