

SCI-CONF.COM.UA

MODERN SCIENCE: INNOVATIONS AND PROSPECTS



**ABSTRACTS OF XI INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
JULY 24-26, 2022**

**STOCKHOLM
2022**

TABLE OF CONTENTS

AGRICULTURAL SCIENCES

1. *Тернавський А. Г., Слободяник Г. Я., Кецкало В. В., Пивовар В. В.* 9
УРОЖАЙНІСТЬ ШПАЛЕРНОГО ОГІРКА ТА ЗМІНА
МІЖФАЗНИХ ПЕРІОДІВ РОЗВИТКУ РОСЛИН ЗАЛЕЖНО ВІД
ФОРМИ АБСОРБЕНТУ ТА МУЛЬЧУВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ

BIOLOGICAL SCIENCES

2. *Власик М. А., Погоріла І. О.* 15
МЕХАНІЗМИ ВИНИКНЕННЯ ХВОРОБИ КАВАСАКІ У ДІТЕЙ

MEDICAL SCIENCES

3. *Анохіна С. І.* 19
МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ МЕЛАТОНІНУ НА ПОКАЗНИКИ
ЗГОРТАННЯ КРОВІ ЩУРІВ ІЗ ГІПЕРФУНКЦІЄЮ
ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ
4. *Максименко Я. Р., Кошель І. В.* 25
ВПЛИВ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ПРИ
ПОЛІПОЗНОМУ РИНОСИНУСІТІ НА ІНТРАОПЕРАЦІЙНУ
КРОВОТОЧИВІСТЬ ТА ПЕРЕБІГ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО
ПЕРІОДУ
5. *Мурадова Севда Агарагим кызы, Гурбанова Сара Фикрет кызы,
Сеидова Гюляр МирДжафар кызы, Шыхалиев Фахраддин Муса
оглу, Гаджисой Явер Видади оглу* 28
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОБРАЗЦОВ
КРОВИ КОРОНАВИРУСНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ
НА СЕПСИС
6. *Проконів М. М., Ілляш Т. І., Крилова В. Ю., Рогоза С. В.* 33
РОЛЬ ПЕДІАТРА У ПРОФІЛАКТИЦІ ІНСУЛЬТІВ У ДІТЕЙ
7. *Слабкий Г. О., Дудник С. В., Зайцев В. О.* 36
АСОЦІАЦІЇ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ РЕСУРСНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ТА СМЕРТНІСТЮ ДІТЕЙ ДО П'ЯТИ РОКІВ
ЖИТТЯ
8. *Хакимжанова Азизахон Содикжон кизи, Каратаева Л. А.* 43
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ
ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ
9. *Ханюков О. О., Смольянова О. В.* 54
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ
НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА
ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД
ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ І ШВИДКОСТІ
КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НА ФОНІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЗНИЖЕНОЇ ФУНКЦІЇ НИРОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПРИХИЛЬНОСТІ ДО ЛІКУВАННЯ І ШВИДКОСТІ КЛУБОЧКОВОЇ ФІЛЬТРАЦІЇ

Ханюков Олексій Олександрович

д.мед.н., професор

Смольянова Олександра Вікторівна

асистент

Дніпровський державний медичний університет

м. Дніпро, Україна

Вступ. Зростання чисельності та постаріння населення, покращення виживаності після встановлення діагнозу та використання ефективної терапії, що заснована на доказах [1, 2], призвело до збільшення внеску хронічної серцевої недостатності (ХСН) до сумарного тягаря хвороб [3] з ростом кількості пацієнтів, що мають значні прояви серцево-судинних захворювань [4]. Останнє, разом із впливом на психологічну та соціальну сферу життя, призводить до погіршення якості життя (ЯЖ) пацієнтів з ХСН [4]. З іншого боку, загальновизнаним є факт, що прихильність до терапії має значний вплив на контроль перебігу ХСН [5], що пов'язано зі зменшенням її проявів, результатом чого є покращення ЯЖ [5, 6].

Зважаючи на те, що у рекомендаціях Європейського товариства кардіологів [2], ЯЖ є однією з п'яти цілей при лікуванні хворих з ХСН, а прихильність до лікування згадується у розділі «Прогалини в доказах» з акцентом на хворих похилого віку, актуальним залишається пошук факторів, що пов'язані з ЯЖ та прихильністю до лікування, а також визначення рівня їх впливу на ці показники.

Пацієнти похилого віку з ХСН на фоні артеріальної гіпертензії (АГ) та хронічної хвороби нирок (ХХН) знаходяться у групі ризику як гіршої ЯЖ, так і зниження прихильності до лікування. Ці патологічні стани мають спільні ланки

патогенезу та спільні фактори ризику [7], і неконтрольований перебіг однієї з хвороб призводить до декомпенсації інших. Проте фактичні показники ЯЖ у таких пацієнтів, а також внесок прихильності до лікування та зниження функції нирок у цей показник залишаються невідомими.

Ціль роботи. Порівняти ЯЖ пацієнтів з ХСН на фоні АГ та зниженої функції нирок між групами хворих в залежності від прихильності до лікування та швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ ЕРІ), та оцінити кореляційні зв'язки цих показників з ЯЖ.

Матеріали та методи. У дослідженні аналізувалися дані 93 хворих віком від 60 до 74 років з ХСН ІА та ІБ стадії на фоні ГХ ІІ стадії, 1,2 ступеню та наявністю ХХН з ШКФ >45 мл/хв/1,73м². Дослідження складалось із 3 етапів: під час надходження до стаціонару, через 6 місяців, через 12 місяців після надходження. Пацієнтам проводилося загальноклінічне дослідження (включаючи аналіз амбулаторної карти). Для визначення функції нирок проводили оцінку рівня креатиніну з наступним розрахунком швидкості клубочкової фільтрації за формулою Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (ШКФ ЕРІ). Також проводився тест з 6-хвилинною ходьбою (Т6Х) та оцінювалась ЯЖ за Мінесотським опитувальником ЯЖ хворих із серцевою недостатністю (MLHFQ), де більша сума балів відповідає гіршій якості життя. Оцінка прихильності до лікування проводилася за 4 бальною шкалою Моріскі-Грін, де більша сума балів відповідає кращій прихильності (під час 3 візиту). В залежності від рівню прихильності до лікування та ШКФ ЕРІ хворих було поділено на 4 групи: I – група неприхильних з ШКФ ЕРІ < 60 мл/хв/1,73м², II – група недостатньо прихильних з ШКФ ЕРІ < 60 мл/хв/1,73м², III – група неприхильних з ШКФ ЕРІ > 60 мл/хв/1,73м², IV – група недостатньо прихильних з ШКФ ЕРІ > 60 мл/хв/1,73м².

Результати та обговорення. Статистично достовірна різниця показника ЯЖ під час усіх візитів зберігалася між неприхильними та недостатньо прихильними пацієнтами в незалежності від рівню ШКФ ЕРІ (табл. 1).

Таблиця 1

ЯЖ в залежності від рівню прихильності до лікування та ШКФ ЕРІ

№ візиту	ШКФ ЕРІ < 60 мл/хв/1,73м ²				ШКФ ЕРІ > 60 мл/хв/1,73м ²			
	Неприхильні		Недостатньо прихильні		Неприхильні		Недостатньо прихильні	
	n (%)	ЯЖ	n (%)	ЯЖ	n (%)	ЯЖ	n (%)	ЯЖ
1	28 (67)	61 [53; 67]	14 (33)	*42 [35; 54]	22 (43)	52 [43; 60]	29 (56)	[#] 41 [35; 52]
2	21 (78)	50 [45; 55]	6 (22)	[†] 47 [29; 57]	29 (44)	44 [38; 50]	37 (56)	*30 [28; 40]
3	21 (64)	49 [42; 54]	12 (36)	*28 [26; 41]	29 (48)	45 [37; 52]	31 (52)	*31 [28; 40]

Примітки. ЯЖ у балах наведена у вигляді Ме [25; 75]. Достовірність відмінностей з групою неприхильних до лікування пацієнтів за критерієм Манна-Уїтні * – <0,001, [#] – 0,005, [†] – 0,41.

Структура кожної з 4 груп під час 3 візитів за кількістю набраних балів ЯЖ за MLHFQ наведена на рис. 1. Під час усіх етапів спостереження група неприхильних до лікування мала більшу кількість хворих з вищим показником ЯЖ за MLHFQ незалежно від рівню ШКФ ЕРІ. При подальшому порівнянні групи неприхильних до лікування кількість пацієнтів з вищими балами була достовірно більшою підгрупі з ШКФ ЕРІ <60 мл/хв/1,73м² (Рис.1).

Між ЯЖ у балах та прихильності до терапії у балах було знайдено зворотній зв'язок середньої сили під час усіх етапів спостереження: для першого візиту – $r_s = -0,48$ (95 % ДІ -0,62; -0,31, $p < 0,05$), для другого – $r_s = -0,59$ (95 % -0,71; -0,44, $p < 0,05$), для третього – $r_s = -0,57$ (95 % ДІ -0,69; -0,42, $p < 0,05$).

Негативна кореляція була виявлена між ЯЖ у балах та показником ШКФ ЕРІ у мл/хв/1,73м²: для першого візиту – $r_s = -0,26$ (95 % ДІ -0,44; -0,06, $p < 0,05$), для другого – $r_s = -0,43$ (95 % -0,58; -0,25, $p < 0,05$), для третього – $r_s = -0,46$ (95 % ДІ -0,61; -0,28, $p < 0,05$).

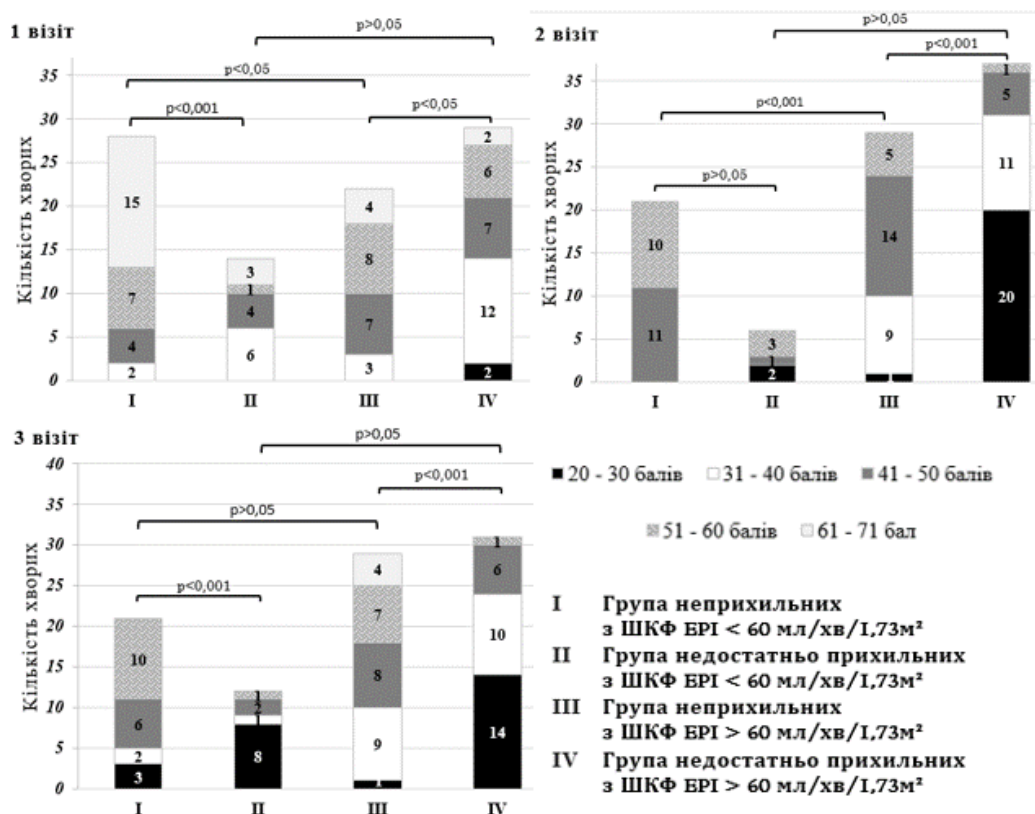


Рисунок 1. Структура ЯЖ в залежності від показника прихильності до лікування та функції нирок в динаміці.

Висновки. Статистично достовірна різниця показника ЯЖ під час усіх візитів зберігалася між неприхильними та недостатньо прихильними пацієнтами в незалежності від рівню ШКФ ЕРІ. Під час усіх етапів спостереження група неприхильних до лікування мала більшу кількість хворих з вищим показником ЯЖ за MLHFQ незалежно від рівню ШКФ ЕРІ. При порівнянні груп неприхильних до лікування пацієнтів кількість хворих з вищими балами ЯЖ за MLHFQ була достовірно більшою у групі з ШКФ ЕРІ <60 мл/хв/1,73м². Менший бал за шкалою прихильності Моріскі-Грін був пов'язаний у дослідженні з більшим балом ЯЖ за MLHFQ. Вищий рівень ШКФ ЕРІ у мл/хв/1,73м² корелював з нижчим балом ЯЖ за MLHFQ.

Список літератури.

1. Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. *Eur J Heart Fail.* 2020 Aug;22(8):1342–56. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejhf.1858>
2. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2016 Jul;37(27):2129–200. DOI: <https://doi.org/10.1002/ejhf.592>
3. Murray CJ, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020 Oct;396(10258):1223–49. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30752-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30752-2)
4. Alpert CM, Smith MA, Hummel SL, Hummel EK. Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. *Heart Fail Rev.* 2017 Jan;22(1):25–39. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10741-016-9581-4>
5. Wu J-R, Moser DK. Medication adherence mediates the relationship between heart failure symptoms and cardiac event-free survival in patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2018 Feb;33(1):40–6. DOI: <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000427>
6. Silavanich V, Nathisuwan S, Phrommintikul A, Permsuwan U. Relationship of medication adherence and quality of life among heart failure patients. *Heart Lung.* 2019 Mar;48(2):105–10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.009>
7. Virani SS, Alonso A, Aparicio HJ, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, et al. Heart disease and stroke statistics – 2021 update. *Circulation.* 2021 Jan;143(8):e254–743. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000950>