

Міністерство охорони здоров'я України  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
Рада молодих учених  
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ XVI НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

# **«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»**

**КОНФЕРЕНЦІЯ ПРИСВЯЧЕНА 100-РІЧЧЮ  
ДЗ «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
МОЗ УКРАЇНИ»**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

Дніпропетровськ  
2016

Н.Н.Коротя

**ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК РАННИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ**ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,  
кафедра пропедевтики внутренней медицины

Согласно официальным данным каждый третий взрослый человек в Украине страдает гипертонической болезнью (ГБ) и более 20% болеют ишемической болезнью сердца (ИБС).

Kevin Billups, один из ведущих сотрудников клиники Майо и соавтор Принстонского консенсуса III пересмотра, посвященного взаимосвязи эректильной дисфункции (Эрд) и кардиоваскулярных заболеваний (2012) утверждает, что «Эрд является барометром кардиоваскулярных заболеваний». Данное утверждение стало окончательно возможным после Конгресса Ассоциации американских урологов (AUA) в 2004 году, где были приняты положения, согласно которым развитие Эрд коррелирует с развитием макро- и микроангиопатий и является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Одно из первых исследований взаимосвязи Эрд и поражения коронарных артерий было закончено в 1980 г. Wangek A.J., которое показало четкую корреляцию между наличием коронарного поражения и частотой возникновения Эрд.

В большинстве проводимых эпидемиологических исследований Эрд, выявлена её корреляция с артериальной гипертензией (АГ), атеросклерозом, сахарным диабетом (СД). Seftel A. D. с соавт. исследовали данные более чем 270 тыс. пациентов с Эрд, причём гиперлипидемия была обнаружена у 42,4% мужчин, АГ была выявлена у 41,6% пациентов, СД – у 20%, сочетание АГ и гиперлипидемии – у 21%, АГ и СД – у 12,8%. Следовательно, у 80% мужчин с Эрд есть патологическое изменение сосудов и эндотелиальная дисфункция (ЭД).

В тоже время, АГ способствует развитию Эрд и при отсутствии атеросклеротического поражения сосудов. Ряд проведенных исследований подтверждает это. Анализ результатов исследования БОЛЕРО показал, что из 2200 обследованных Эрд отмечают 2/3 мужчин с неконтролируемой АГ.

В Финляндии было проведено исследование TAMUS (Tampere Ageing Male Urological Study, 2004). В этом исследовании была показана ассоциация сердечно-сосудистых заболеваний, цереброваскулярной патологии и СД, с повышенным риском развития Эрд в течение 5 лет. В другом европейском исследовании, проходившем в 2003 г., на 300 обследованных пациентах было установлено, что между возникновением Эрд и появлением признаков ИБС проходит около 39 мес.

Г.А.Косова, Е.Л.Колесник, А.В.Надюк

**ДОБОВЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ТИСКУ У ЧЛОВИКОВ, ХВОРИХ НА ГИПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ, В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ІНДЕКСУ МАСИ ТІЛА**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
кафедра внутрішньої медицини 3

**Мета.** Визначити вплив індексу маси тіла (ІМТ) на рівень артеріального тиску (АТ) у чоловіків з гіпертонічною хворобою ІІ стадії за даними добового моніторингу АТ (ДМАТ).

**Матеріали та методи.** Обстежено 83 чоловіка з ГХ ІІ стадії, яких, в залежності від значення ІМТ, розподілили на три групи: І група – 16 осіб з нормальною вагою, ІІ група – 32 особи з надлишковою масою тіла та ІІІ група – 35 хворих з ожирінням І - ІІІ ступеня. За даними ДМАТ (Cardio Tens-01, Угорщина) оцінювали середньодобовий, середні денний та нічний рівні систолічного АТ (САТ<sub>24</sub>, САТ<sub>д</sub> та САТ<sub>н</sub>) та середні рівні діастолічного АТ (ДАТ) за добу, в денні та нічні години (ДАТ<sub>24</sub>, ДАТ<sub>д</sub>, ДАТ<sub>н</sub> відповідно). Величини представлені у вигляді медіани та інтерквартильного розподілу даних (25%; 75%).

Середній вік по групах склав: у І – 37,00 (28,00; 42,50), у ІІ та ІІІ групах – 41,00 (33,00; 51,50) та 42,00 (36,00; 52,00) років відповідно. Достовірної різниці між групами за віком не

було ( $p > 0,05$ ). У І групі ІМТ відповідав – 22,83 (20,81; 24,41), у ІІ – 27,51 (26,58; 28,73) та у ІІІ – 34,56 (31,37; 37,74) кг/м<sup>2</sup>. Всі групи різнилися між собою за ІМТ ( $p < 0,05$ ).

**Результати.** По групах САТ<sub>24</sub>, САТ<sub>д</sub> та САТ<sub>н</sub> дорівнювали: у І – 140,36 (133,41; 149,80), 144,45 (139,03; 153,52) та 124,32 (115,85; 140,40), у ІІ – 138,90 (134,60; 146,65), 145,43 (140,75; 155,83) і 122,31 (119,44; 136,43), у ІІІ – 146,10 (140,21; 159,56), 153,86 (145,94; 163,70) і 132,53 (121,66; 143,41) мм.рт.ст. відповідно. За рівнем САТ<sub>24</sub> між ІІ та ІІІ групою різниця склала 7,9 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ). У хворих з ожирінням встановлено найбільший рівень підвищення САТ<sub>д</sub>. Рівень САТ<sub>д</sub> в ІІІ групі був вищим на 9,41 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) ніж у І групі та на 8,43 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ), ніж у ІІ групі. За рівнем САТ<sub>н</sub> виявлена різниця на 10,22 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) тільки між пацієнтами ІІІ та ІІ групи.

Значення ДАТ<sub>24</sub>, ДАТ<sub>д</sub> та ДАТ<sub>н</sub> у групах відповідали: в І – 84,56 (79,72; 90,31), 87,04 (83,18; 94,42) й 73,33 (68,65; 78,65), у ІІ – 85,54 (80,13; 88,45), 88,81 (85,81; 95,38) й 75,57 (69,8; 77,39), в ІІІ – 89,02 (82,84; 99,77), 96,02 (88,37; 105,81) й 76,77 (70,13; 85,38) мм.рт.ст. відповідно. Групи достовірно відрізнялись лише за рівнем ДАТ<sub>24</sub> та ДАТ<sub>д</sub>. Рівень ДАТ<sub>24</sub> був вищим на 3,48 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) в ІІІ у порівнянні з ІІ групою. А рівень ДАТ<sub>д</sub> у ІІІ групі перевищував на 8,98 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) рівень у І групі ( $p < 0,05$ ) та на 7,21 мм.рт.ст. ( $p < 0,05$ ) – у ІІ групі.

Рівень АТ на протязі доби між обстеженими в І та ІІ групі не різнився ( $p > 0,05$ ).

**Підсумок.** При аналізі добового профілю АТ за даними ДМАТ у чоловіків з ГХ ІІ стадії в залежності від ІМТ було встановлено достовірно більший рівень САТ та ДАТ у хворих з ожирінням, особливо в денні часи. Хворі з нормальною та надлишковою вагою за рівнем АГ не відрізнялись.

Г.А.Косова, Е.Л.Колесник

**СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГИПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ ІІ СТАДІЇ СЕРЕДНЬОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,  
кафедра внутрішньої медицини 3

**Мета дослідження.** Вивчити особливості структурно-функціонального стану серця у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) ІІ стадії середнього та похилого віку.

**Матеріали та методи.** Обстежено 103 хворих з ГХ ІІ стадії, які в залежності від віку були розподілені на 2 групи: І група (n = 40) – пацієнти похилого віку (14 чоловіків – 35,00%, 26 жінок – 65,00%), ІІ група (n = 63) – хворі середнього віку (35 чоловіків – 55,56%, 28 жінок – 44,44%). Середній вік обстежених склав 63,18 (60,87; 65,26) років в І групі та 50,70 (46,97; 53,38) років в ІІ групі. Стратифікація хворих за віком здійснювалась згідно вікової періодизації ВООЗ. За тривалістю ГХ, яка складала в І групі 10,92 (5,20; 18,87) років та 7,20 (4,11; 13,00) років в ІІ групі, індексу маси тіла (ІМТ) – 29,28 (27,43; 31,43) кг/м<sup>2</sup> та 30,07 (27,14; 33,46) кг/м<sup>2</sup> - в І та ІІ групі відповідно, пацієнти обох груп достовірно не відрізнялись ( $p > 0,05$ ). За рівнем «офісного» систолічного артеріального тиску (САТ) хворі по групах не відрізнялись (160,00(143,00; 170,00) та 150,00(140,00; 160,00) мм рт.ст. відповідно по групах). Рівень «офісного» діастолічного артеріального тиску в І групі – 87,00(80,00; 94,00) мм рт.ст. був достовірно ( $p < 0,05$ ) нижче ніж в ІІ групі – 95,00(90,00; 104,00) мм рт.ст. Всім хворим проводилася трансторакальна ехокардіографія (ЕхоКГ), з оцінкою розмірів лівого шлуночка (ЛШ), лівого передсердя (ЛП), товщини міжшлуночкової перегородки (ТМШП), задньої стінки ЛШ (ТЗСЛШ), гемодинамічних показників. Результати представлені у вигляді медіани та інтерквартильного розмаху.

**Результати.** Було встановлено, що ТМШП (в І групі - 1,44(1,29; 1,60) см та 1,44(1,31; 1,57) см в ІІ групі), ТЗСЛШ (в І групі - 1,05(0,99; 1,30) см та в ІІ 1,00(0,98; 1,20) см відповідно) перевищували нормативні значення серед пацієнтів обох груп, однак внутрішні розміри та об'єм ЛШ, товщина стінок ЛШ по групах достовірно не відрізнялися. Фракція викиду лівого шлуночка була збереженою як в І групі – 68,03(60,88; 74,72)%, так і в ІІ – 70,62(65,62; 73,98)%, та по групах не відрізнялась. У хворих ІІ групі було виявлено достовірно ( $p < 0,05$ ) більший індекс ригідності артерій (характеризує жорсткість судинної стінки) - 1,07(0,85; 1,25), ніж у хворих ІІ групі - 0,77(0,65; 0,89). Порушення діастолічної

функції ЛШ встановлено у 37 хворих (92,50%) в I групі та у 53 пацієнтів (84,13%) - в II групі.

За результатами кореляційного аналізу у хворих на ГХ похилого віку встановлено достовірний зв'язок між рівнем підвищення САТ та індексом ригідності артерій ( $r = +0,49$ ,  $p < 0,05$ ). У хворих середнього віку підвищення САТ було асоційовано з ТЗСЛШ ( $r = +0,31$ ,  $p < 0,05$ ) та ТМШП ( $r = +0,43$ ,  $p < 0,05$ ). Встановлено більш значну кореляцію між тривалістю ГХ та швидкістю потоку і градієнтом тиску на аортальному клапані у хворих I групи ( $r = +0,47$ ;  $r = +0,42$ ,  $p < 0,05$ ) в порівнянні з II групою ( $r = +0,29$ ;  $r = +0,28$ ,  $p < 0,05$  відповідно). Збільшення тривалості ГХ також було асоційовано із зменшенням діаметру кільця аортального клапану, але тільки в I групі ( $r = -0,33$ ,  $p < 0,05$ ).

**Підсумок.** Визначено, що за показниками структурного стану серця групи достовірно не відрізнялись. Серед хворих похилого віку встановлена більша кількість пацієнтів з порушенням діастолічної функції ЛШ та виявлено, що формування стенозу аортального клапану асоційовано з тривалістю захворювання.

О.В.Курята, І.Л.Караванська, Л.К.Караванська  
**ВПЛИВ АНЕМІЇ НА КАРДІОГЕМОДИНАМІКУ У ПАЦІЄНТІВ З ХСН ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ СИСТОЛІЧНОЮ ФУНКЦІЄЮ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА**

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра внутрішньої медицини 2 та профпатології

Серед багатьох коморбідних станів і ускладнень хронічної серцевої недостатності (ХСН), анемія найменш вивчена. Цей стан погіршує прогноз, що ускладнює перебіг кардіологічних захворювань і збільшує смертність. А також є самостійним чинником ризику розвитку і прогресування ХСН. Зміни у внутрішньосерцевій гемодинаміці, що провокуються анемією, призводять до підвищення міокардіального стресу, діастолічної дисфункції, переважного порушення процесів пасивного розслаблення. А наростання активності симпатичної нервової системи і збільшення частоти серцевих скорочень асоціюються з гіршим прогнозом у таких пацієнтів, у зв'язку з чим можуть наступити декомпенсація і загострення перебігу основного захворювання, а також посилитися симптоми ХСН.

**Мета:** оцінити вплив анемії на кардіогемодинаміку пацієнтів з ХСН, що обумовлена ішемічною хворобою серця (ІХС), з фракцією викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ)  $>45\%$ .

**Матеріали та методи.** Було проаналізовано 420 стаціонарних карт хворих на ХСН, що обумовлена ІХС, що проходили лікування у відділенні кардіології КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім.І.І.Мечнікова». Виявлено 118 (28,1%) хворих на ХСН із ФВ ЛШ  $>45\%$  та анемією (56 жінок – 47,5%, та 62 чоловіка – 52,5%), що склали основну групу. Середній вік – 70,2 $\pm$ 3,0 років. Для проведення порівняльного дослідження було сформовано групу контролю з 49 хворих на ХСН із ФВ ЛШ  $>45\%$  без анемії (24 жінки – 48,9%, та 25 чоловіків – 51,0%). Середній вік – 67,8 $\pm$ 2,2 років. Для діагностики анемії застосовували критерії ВООЗ 2012р. (рівень гемоглобіну  $<130$  г/л для чоловіків і  $<120$  г/л для жінок). Всім пацієнтам було проведено ехокардіографічне дослідження.

**Результати.** Встановлено, що середні показники кінцевого діастолічного розміру (КДР) та об'єму (КДО), кінцевого систолічного розміру (КСР), товщини міжшлуночкової перетинки (ТМШП) і ударного об'єму (УО) в обох групах не перевищували норму, показники кінцевого систолічного об'єму (КСО) перевищували норму лише у пацієнтів основної групи. Виявлено достовірно більш високі показники КДР, КДО і УО у пацієнтів з анемією. При субаналізі в залежності від статі у чоловіків із супутньою анемією достовірно частіше зустрічаються перевищення норми показників КДР, КСР, КДО, КСО, ТМЖП. У той час як у жінок основної групи достовірно частіше відзначаються підвищені показники КДО і ТМЖП. В обох групах показники КСР, КДО, КСО, ТМЖП і УО достовірно вище у чоловіків. Показник КДР достовірно вище у чоловіків тільки в групі пацієнтів із супутньою анемією.

**Підсумок.** У 28,1% хворих на ХСН із ФВ ЛШ  $>45\%$  виявлено поєднання ІХС з анемією, що призвело до більш значних структурно-функціональних змін серця. Ремоделю-

вання ЛШ було більш вираженим у чоловіків за рахунок показників: КСР, КСО, КДО, ТМШП і УО.

Ю.С.Кушнір<sup>1</sup>, О.О.Шевченко<sup>1</sup>, Д.Л.Чвора<sup>2</sup>  
**РІВЕНЬ СЕЧОВОЇ КИСЛОТИ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ЗІ ЗБЕРЕЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ**

<sup>1</sup>ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра внутрішньої медицини 2 та профпатології;

<sup>2</sup> КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечнікова»

На сьогодні є багаточисленні дані, що свідчать про важливе значення гіперурикемії в прогресуванні хронічної серцевої недостатності (ХСН). До того ж, гіперурикемію розглядають як маркер прогнозу у даній категорії хворих. За літературними даними, при ХСН гіперурикемія може спостерігатись у 60% хворих, що госпіталізовано з приводу декомпенсації.

**Мета дослідження** – визначити рівень сечової кислоти та його вікові особливості у хворих на ХСН зі збереженою фракцією викиду.

**Матеріали та методи.** Проведено ретроспективний аналіз історій хвороб 198 пацієнтів з ХСН зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (фракція викиду більше 45 %, середня (M $\pm$ m) – (63,8 $\pm$ 6,3) %), віком від 40 років (середній вік (M $\pm$ m) – 51,7 $\pm$ 9,4), які перебували на стаціонарному лікуванні протягом 2014 року. Чоловіки склали 53,5% (n=106 осіб), жінки – 46,5% (n=92 особи). Всіх пацієнтів було розподілено з урахуванням віку на три групи: I – хворі віком від 40 до 59 років (n=74), II – хворі віком від 60 до 75 років (n=73), III – хворі віком від 75 років (n=51). Усім хворим визначали рівень сечової кислоти. За нормативні значення приймали наступні показники: у чоловіків – 200-420 мкмоль/л; у жінок – 140-340 мкмоль/л. Статистичний аналіз проводили з використанням пакету програм STATISTICA v.6.1.

**Результати дослідження.** Встановлено зростання середнього рівня сечової кислоти з віком в усіх групах. В першій віковій групі середній рівень сечової кислоти склав 349 $\pm$ 6,4 мкмоль/л; в другій – 356 $\pm$ 8,5 мкмоль/л; в третій – 377 $\pm$ 7,2 мкмоль/л ( $p < 0,05$  при всіх порівняннях). При цьому, частота реєстрації гіперурикемії є максимальною (21,6%) у хворих від 76 років (третья група). В першій та другій групах підвищений рівень сечової кислоти було виявлено у 12 (16,2%) та 9 (12,3%) хворих відповідно.

**Підсумок.** На тлі зростання середнього рівня сечової кислоти з віком, максимальну частоту реєстрації гіперурикемії встановлено у віці від 76 років, що може свідчити про несприятливий прогноз у даній віковій категорії хворих та потребує подальшого вивчення.

Е.Б.Мищук, Т.В.Киреева  
**ЦЕЛЕСОБРАЗНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХОЗЛ**

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», кафедра внутренней медицины №1

**Цель.** Проверить и доказать целесообразность госпитализации больных с ХОЗЛ, в период обострения.

**Материалы и методы.** В ходе анализа этого заболевания мы выделили период обострения, как показатель тяжести течения и частой причиной госпитализации в больницу. Частые обострения ассоциируются с быстрыми темпами прогрессирования болезни, резким снижением качества жизни, большими экономическими затратами, значительным ухудшением прогноза. Вышеперечисленные факты делают необходимым четкую и грамотную диагностику периодов обострения. В полном объеме это возможно лишь на принципах доказательной медицины, отражение которых, ХОЗЛ имеет в рекомендациях GOLD и приказах МЗ Украины.

В приказе МЗ Украины четко прописаны критерии обострения и поводы для госпитализации.