

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти»**

**ТЕЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ:**

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**"Сучасні погляди на діагностику, лікування, реабілітацію.**

**Мультидисциплінарний підхід в практиці лікаря-  
інтерніста, інновації, здобутки, перспективи з позицій  
доказової медицини та європейського досвіду"**

**14-15 вересня 2017 року**

**Запоріжжя 2017**

УДК 61(063)

ББК 5я431

А 43

**Редакційна колегія:**

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – О.С. Никоненко**, академік НАНМУ, член-кореспондент НАН України, д.мед.н., професор, Лауреат державної премії України в галузі науки і техніки, Заслужений діяч науки і техніки України, ректор ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України».

**ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА:**

- **С.Д. Шаповал**, д.мед.н., професор, перший проректор ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».
- **І.М. Фуштей**, д.мед.н., професор, проректор з наукової роботи ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

**ВІДПОВІДАЛЬНИЙ СЕКРЕТАР:**

- **О.І. Токаренко**, д.мед.н., професор, завідувач кафедри терапії, фізіотерапії, курортології і профпатології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

**ЧЛЕНИ РЕДКОЛЕГІЇ:**

Н.Г. Бараннік, д.мед.н., професор;	Д.Г. Живиця, д.мед.н., доцент;
Н.М. Бучакчійська, д.мед.н., професор;	М.М. Милиця, д.мед.н., професор;
Б.М. Голдовський к.мед.н., професор;	О.С. Семенов, к.мед.н., доцент;
С.М. Гриценко, д.мед.н., професор;	Л.С. Овчаренко, д.мед.н., професор;
О.Д. Гусаков, д.мед.н., професор;	Е.А. Побел, д.мед.н., доцент;
М.Я. Доценко, д.мед.н., професор;	А.В. Траїлін, д.мед.н., професор;
О.О. Ковальов, д.мед.н., професор;	З.В. Лашкул, д.мед.н., доцент;
І.В. Кочін, д.мед.н., професор;	Ю.В. Просвтов, д.мед.н., професор;
В.І. Кошля, д.мед.н., професор;	Ю.І. Решетілов, д.мед.н., професор;
Н.С. Луценко, д.мед.н., професор;	О.І. Токаренко, д.мед.н., професор;
О.О. Люлько, д.мед.н., професор;	Л.Л. Воронцова, д.мед.н., професор;
В.Г. Ярешко, д.мед.н., професор.	

Тези за матеріалами: всеукраїнської науково-практичної конференції "Сучасні погляди на діагностику, лікування, реабілітацію. Мультидисциплінарний підхід в практиці лікаря-інтерніста, інновації, здобутки, перспективи з позицій доказової медицини та європейського досвіду" (14-15 вересня 2017 р. м.Запоріжжя) – Запоріжжя, 2017. - 60 с.

Періодичність – Згідно з планом проведення ресстрових науково-практичних конференцій тираж - 200 прим. Ум.др. арк.. – 18,85 Замовлення № 479

Адреса для листування: *бул.Вінтера, 20, м.Запоріжжя, 69096 тел.(061) 279-07-23, e-mail: naukaztaro@gmail.com, офіційний сайт академії: <http://www.zmapo.edu.ua>*

**Відповідальність за вірогідність фактів, цитат, прізвищ, імен та інших даних несуть автори. У тезах збережено авторське подання матеріалів.**

функціонування низки органів, зокрема печінки, яка стає не тільки органом-мішенню, але і сама підсилює метаболічні порушення.

**Мета.** Оцінити активність функціональних показників печінки у хворих з артеріальною гіпертензією і цукровим діабетом 2 типу в постменопаузі.

**Матеріали та методи.** Обстежених 137 жінок віком від 45 до 60 років у ранній постменопаузі розподілено на групи: I - хворі на ЦД 2 типу (30 пацієток); II — хворі на АГ 2-3 ступеня (34 пацієтки); III — хворі на АГ 2-3 ступеня та ЦД 2 типу (42 хворих). Групу контролю склали 31 відносно здорова жінка. Функціональні показники печінки у венозній крові: аланінамінотрансферази (АлАТ), аспартат-амінотрансферази (АсАТ) визначали ферментативним методом.

**Результати і обговорення.** У нашому дослідженні отримано наступні дані рівнів АлАТ (Од/л): I група -  $27,15 \pm 2,82$ , II група -  $18,48 \pm 1,47$ , III група -  $38,01 \pm 1,76$ , група контролю -  $18,87 \pm 1,87$ ; АсАТ (Од/л): I група -  $31,01 \pm 2,30$ , II група -  $21,81 \pm 1,83$ , III група -  $39,41 \pm 1,72$ , група контролю -  $21,03 \pm 1,76$ . Ми спостерігали наступні зміни функціонального стану печінки. Показник АлАТ та АсАТ був не достовірний між II-ою групою та групою відносно здорових донорів ( $p > 0,05$ ). При цьому, ми спостерігали статистично значимі зміни АлАТ, АсАТ у хворих жінок I-ої, III-ої та контрольної груп, де дані показники були вищими у хворих жінок. Відповідно даних змін АлАТ та АсАТ спостерігалася достовірно значима різниця між групами хворих жінок ( $p < 0,05$ ), де ЦД 2 типу слугував індуктором підвищення даних показників. Середні значення функціональних показників стану печінки не виходили за межі референтних значень при порівнянні з групою контролю ( $p > 0,05$ ), що говорить про відсутність клініко-лабораторних синдромів ураження печінки.

**Висновки.** У жінок, хворих на АГ 2-3 ступеня, ЦД 2 типу та поєднану патологію (АГ 2-3 ступеня і ЦД 2 типу), у постменопаузний період життя спостерігається наявність порушень АлАТ, АсАТ. ЦД 2 типу має негативний вплив функціональний стан печінки у постменопаузний період життя жінки. При лікуванні жінок з АГ 2-3 ступеня та ЦД 2 типу та з поєднаною патологією (АГ 2-3 ступеня і ЦД 2 типу) в постменопаузний період необхідно враховувати показники АлАТ, АсАТ з метою відповідної корекції функціонального стану печінки.

## ОСОБЛИВОСТІ КАРДІАЛЬНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ НА ТЛІ АНДРОГЕННОГО ДЕФІЦИТУ

*В.А. Візір, О.В. Насоненко, А.С. Садошов, О.В. Деміденко  
Запорізький державний медичний університет  
Кафедра внутрішніх хвороб 2  
Науковий керівник – д.мед.н., професор В.А. Візір*

**Вступ.** Серцево-судинні захворювання залишаються основною причиною смертності як жінок, так і чоловіків у всьому світі. Вважається, що статеві відмінності у захворюваності хворобами системи кровообігу опосередковані

впливом статевих гормонів. Нещодавні епідеміологічні дослідження виявили, що зниження рівня тестостерону у чоловіків пов'язане з більш високими показниками смертності, зумовленими переважно серцево-судинними захворюваннями. Оскільки принципи протективної дії фізіологічних рівнів андрогенів відносно ремоделювання серця і судин залишаються остаточно нез'ясованими, механізми основних кардіоваскулярних ефектів андрогенів є актуальним питанням сучасної кардіології.

**Мета дослідження.** Оцінити параметри кардіального ремоделювання у чоловіків із гіпертонічною хворобою II стадії на тлі андрогенного дефіциту.

**Матеріали та методи.** Обстежено 55 чоловіків із гіпертонічною хворобою (ГХ) II стадії, що перебували на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КУ «Міська лікарня №7» м. Запоріжжя, а також 30 практично здорових осіб чоловічої статі, співставних за віком, які увійшли до контрольної групи. Пацієнти з цукровим діабетом 2 типу, ожирінням, серцево-судинними подіями в анамнезі, вадами серця до дослідження не включались. Усім хворим, що надали письмову згоду на участь у дослідженні, було виконане загальноклінічне обстеження, трансторакальна ехокардіографія, оцінка можливого дефіциту андрогенів (ДА) шляхом анкетування за допомогою опитувальника MASSQ (Male andropause symptoms self-assessment questionnaire) з подальшим визначенням загального тестостерону сироватки крові імуноферментним методом. Обстежені, що набрали загальну кількість балів за MASSQ менше 40, до дослідження не включались.

**Результати.** Пацієнти основної та контрольної групи були співставними за віком ( $57,9 \pm 5,3$  та  $53,2 \pm 5,0$  років відповідно). ДА виявився біохімічно підтвердженим у 72,2% обстежених із ГХ. Аналіз структурно-функціональної перебудови серця у хворих на ГХ продемонстрував вірогідно більший розмір ЛП в діастолу незалежно від андрогенного статусу. Основним типом конфігурації лівого шлуночка у даних хворих була концентрична гіпертрофія (68,5%). 76,8% пацієнтів із ГХ характеризувались збереженою фракцією викиду ЛШ (чоловіки із ГХ та ДА – 60 (56; 63), із ГХ без ДА – 62 (55; 66), особи з контрольної групи – 66 (58; 68)). У 67,6% хворих на ГХ та ДА та у 60,3% пацієнтів із ГХ без ДА реєструвались ознаки діастолічної дисфункції ЛШ, статистично значущі відмінності показника септального  $E/e'$  при нормальних значеннях  $E/A$  порівняно з особами контрольної групи. Найбільш значуща різниця спостерігалась між обстеженими контрольної групи та хворими із ГХ та ДА. Відзначалось також порушення параметрів поздовжньої деформації міокарда ЛШ у пацієнтів із ГХ та ДА порівняно з такими без змін андрогенного статусу та особами контрольної групи, що проявлялось у статистично значущій редукції показника глобального поздовжнього стрейну (до -16%).

**Висновки.** Особливостями кардіального ремоделювання у чоловіків із ГХ II стадії на тлі андрогенного дефіциту є формування ознак діастолічної дисфункції за збереженої фракції викиду ЛШ та редукції показників поздовжньої деформації міокарда.