

Міністерство охорони здоров'я України
Харківська медична академія післядипломної освіти
Рада молодих вчених ХМАПО

МЕДИЦИНА ХХІ СТОЛІТТЯ

**Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених
з міжнародною участю присвяченої 95-літньому ювілею
Харківської медичної академії післядипломної освіти**

23 листопада 2018 року. – Харків, 2018. - 143 с.

Відповідальний за випуск

Пастух В.В.

Харків 2018 р.

СІ 1,072 – 1,903) і зниження швидкості $E' < 12,2$ см/с (OR=0,200; 95% СІ 0,083 – 0,481).

Висновок.

Окрім клінічних ознак серцевої недостатності у дітей з тетрадою Фалло після оперативної корекції, ранніми маркерами формування міокардіальної дисфункції правого шлуночка є показники міокардіальних швидкостей, які отримані методом тканинної доплерографії в імпульсно-хвильовому режимі в різні фази серцевого циклу.

ОЦІНЮВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ ЗА ДАНИМИ ПАРАМЕТРІВ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ

Чеплюк О.О., Іванченко С.В.

Харківський національний медичний університет

Кафедра загальної практики – сімейної медицини

та внутрішніх хвороб

Холтерівське моніторування (ХМ) є одним з найважливіших методів оцінки ризику раптової серцевої смерті (РСС) та розвитку життєзагрожуючих аритмій у пацієнтів з груп високого серцево-судинного ризику. Найчастішими причинами розвитку життєвонебезпечних станів у кардіології є артеріальна гіпертензія (АГ), серцева недостатність, інфаркт міокарда, гіпертрофічна кардіоміопатія. Однак в останні роки з'являється все більше даних про значення інших, невідомих раніше чинників – зокрема ожиріння, що обумовлює актуальність визначення цього питання в аспекті коморбідного перебігу.

Ціль дослідження: вивчення особливостей параметрів ХМ та їх значення в оцінюванні серцево-судинного ризику у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) з ожирінням.

Матеріали та методи: 82 хворим на ГХ віком 56 (48,4;72,8) років (34 чоловіка й 48 жінок) на діагностичному комплексі SDM 23 "ІКС-ТЕХНО" протягом 24 годин проведено ХМ. Пацієнтів розподілено на 4 групи: 1-ша – особи з нормальною масою тіла (n=17), індекс маси тіла (ІМТ) –

22,75 (21,5;24,0) кг/м²; 2-га – з надмірною масою тіла (n=26), ІМТ – 26,85 (25,84;27,60) кг/м²; 3-тя (n=26) – з ожирінням I ст., ІМТ – 32,44 (31,8;33,42) кг/м²; 4-та (n=23) – з ожирінням II-III ст., ІМТ – 39,51 (35,5;42,8) кг/м².

Статистичну обробку проведено з використанням критеріїв Манна–Уїтні, коефіцієнту рангової кореляції Спірмена. Критичний рівень значимості при перевірці статистичних гіпотез складав $p < 0,05$. Кількісні ознаки описано медіаною (Me), значеннями верхнього (UQ) і нижнього (LQ) кватилей вибірки.

Результати та обговорення: наявність ожиріння у зазначених хворих асоціювалась зі зниженням значень показників ВСР часової області, таких як SDNN24 та rMSSD, що складало: 114,06 (88,4;136,0) та 26,75 (14,74;27,0) мс у хворих з надлишковою масою тіла; 109,16 (86;131,1) та 24,47 (19,24;27,9) мс у осіб з ожирінням I ст.; 111,18 (93;128,4) та 19,8 (16,85;23,68) мс у пацієнтів з ожирінням II-III ст., проти 134,82 (116,75;156,1) та 30,32 (22,4;36,5) мс за умови нормальної маси тіла, ($p < 0,05$). Подібну тенденцію визначено й щодо показників ВСР частотної області. Так, хворі на ГХ з надлишковою масою тіла та ожирінням мали вірогідно нижчі значення показника загальної потужності спектра TF за рахунок HF компоненту: 272,16 (102,3;351,03) мс² – з надлишковою масою тіла; 205,56 (130,1;298,81) мс² – з ожирінням I ст.; 198,04 (192;325,5) мс² – з ожирінням II-III ст., проти 485,4 (227,7;679,55) мс² за умови нормальної маси тіла, ($p < 0,05$) та вищі значення індексу вагосимпатичної взаємодії (LF/HF): 4,3 (1,8;5,2) од. – у групі з надлишковою масою тіла; 4,08 (1,9;6,0) од. – при ожирінні I ст.; 3,8 (2,2;5,4) од. – при ожирінні II-III ст., проти 2,14 (1,4;2,6) од. у осіб з нормальною масою тіла, ($p < 0,05$). Оцінювання середньодобової ЧСС у хворих на ГХ визначило вірогідно вищі значення у групах з надлишковою масою тіла та ожирінням, що становило 78 (70;85) уд/хв. при ожирінні II-III ст., ($p < 0,01$); 77 (66;80) уд/хв. при ожирінні I ст., ($p < 0,01$) та 71 (67;76) уд/хв. у осіб з надлишковою масою тіла, ($p < 0,05$) проти 67 (61;73) уд/хв. у осіб з нормальною масою тіла. За рівнем циркадного індексу (ЦІ) серця найбільш несприятливою виявилася група хворих на ГХ з ожирінням I ст. ЦІ серця в цій групі складав 1,09 (1,0;1,17), що було вірогідно нижче ніж у хворих з

нормальною: 1,19 (1,12;1,27) та надлишковою 1,16 (1,1;1,23) масою тіла й високими ступенями ожиріння 1,15 (1,09; 1,21), $p < 0,05$.

Висновки. Коморбідний перебіг ГХ та ожиріння характеризується змінами варіабельності серцевого ритму, що свідчать про наявність вегетативного дисбалансу з послабленням активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи. Для пацієнтів з ГХ притаманна ригідність циркадного ритму серця, що залежить від наявності та ступеня ожиріння та є найбільш вираженою при ожирінні I ступеня.

ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНІСТІ В ПОЄДНАННІ З ХВОРОБОЮ НИРОК ЗАЛЕЖНО ВІД ВЕЛИЧИНИ ФВ ЛШ СЕРЦЯ

Кравцова В.І., Самбург Я.Ю., Руденко Т.А., Родіонова Ю.В.,

Смолянник К.Ю., Бутікова О.О.

Харківська медична академія післядипломної освіти,

Метою даного дослідження було вивчення особливостей ремоделювання структурно-функціонального стану серця, нейрогуморального статусу у хворих на хронічну серцеву недостатність (ХСН) II ФК і ХХН I-II стадії, представленої неускладненим хронічним пієлонефритом (ХП) 1-2 стадії.

Методи дослідження. У дослідженні брали участь 67 хворих ХСН II ФК з супутнім хронічним пієлонефритом в стадії ремісії не менше 6 місяців, показник швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) знаходився в нормальних межах. Вік пацієнтів варіював від 53,5 до 64 років. У дослідженні брали участь чоловіки (33,8%) і жінки (66,2%). Всі пацієнти дали інформовану згоду на участь в дослідженні. Діагноз «хронічна хвороба нирок», «хронічний пієлонефрит» встановлювалися на підставі рекомендацій KDIGO. Діагноз ХСН встановлювався відповідно до рекомендацій Європейського кардіологічного товариства 2016 року. На момент скринінгу були сформовані група втручання ($n = 67$ пацієнтів) і група контролю ($n = 22$ практично здорові людини). Група втручання була поділена на 3 групи: в 1-у групи увійшли 23 пацієнта ХСН зі збереженою ФВ ЛШ ($\geq 50\%$) на тлі АГ і супутньої ХХН. У 2-у групу увійшли 22 пацієнта ХСН зі зниженою ФВ ЛШ серця ($\leq 40\%$, але не менше 35%) на тлі АГ і

21.	КЛІНІЧНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЦЕМЕНТУВАННЯ НЕЗНІМНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НОВИМ СПОСОБОМ Іваніщенко Л.О., Пилипенко Т.І.	45
22.	КОЛИЧЕСТВЕННАЯ КТ В СТАДИРОВАНИИ ХОБЛ И ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ Жедей И.	47
23.	КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ Пальчик С.М., Пуляев С.А.	49
24.	ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПОРУШЕНЬ КІСТКОВОГО МЕТАБОЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ Тітова Ю. О.	51
25.	МАЛОІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ ПЕРТЕСА Кацалап Є.С., Рахман П.М., Корольков О.І., Кузьо З.Т., Колодій О.Я.	53
26.	МАТЕМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ РАННИХ РЕЦИДИВОВ ДИФФУЗНЫХ АСТРОЦИТАРНЫХ ОПУХОЛЕЙ GRADE III-IV Чергенко Т.Н.	54
27.	НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ Мусаев А.А., Малик Н.В	57
28.	ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ДИСИНХРОНІЇ МІОКАРДА У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ ШЛЯХОМ РОЗРОБКИ АВТОМАТІЗОВАНОЇ СИСТЕМИ Руденко Т. А.	59
29.	ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СИНУСИТОВ Нго Тхи Туйет Нга, Власенко О.В.	60
30.	ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Mushegian M., Litovchenko T., Voitiuk A.	62
31.	ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТРОФИЯМИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ТОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА Чубенко И.О., Пастух У.А., Гончарова Н.А., Пастух И.В.	63
32.	ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ ВАЖЛИВОСТІ НЕМОТОРНИХ СИМПТОМІВ ПРИ ХВОРОБИ РУХОВОГО НЕЙРОНА Костенко В. В.	65
33.	ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ Тимошенко А.Ю, Чиркунова В.О., Бутов Д.О.	66
34.	ОЦІНКА ВМІСТУ АНТИМІКРОБНОГО ПЕПТИДУ КАТЕЛІЦИДИНУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА МУКОВІСЦИДОЗ Дудник В.М., Демянишина В.В.	68
35.	ОЦІНКА ВПЛИВУ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ НА ПЕРЕБІГ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ Сушецька Д.А., Малик Н.В.	69
36.	ОЦІНКА ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ НА МІАСТЕНІЮ З ВИКОРИСТАННЯМ ШКАЛ MGFA ТА QMG5 Галайда А., Саранча Т. О.	71
37.	ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПРАВОГО ШЛУНОЧКА З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДИКИ ТКАНИННОЇ ДОПЛЕРОГРАФІЇ У ДІТЕЙ З ТЕТРАДОЮ ФАЛЛО ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОЇ КОРЕКЦІЇ Дудник В.М., Зборовська О.О., Хромих А.В.	73
38.	ОЦІНЮВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ ЗА ДАНИМИ ПАРАМЕТРІВ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРУВАННЯ Чепелюк О.О., Іванченко С.В.	75
39.	ПЕРЕБІГ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНІСТІ В ПОЄДНАННІ З ХВОРОБОЮ НИРОК ЗАЛЕЖНО ВІД ВЕЛИЧИННИ ФВ ЛШ СЕРЦЯ Кравцова В.І., Самбург Я.Ю., Руденко Т.А., Родіонова Ю.В., Смолянник К.Ю., Бутікова О.О.	77
40.	ПОКАЗНИКИ ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА НА ФОНІ АУТОІМУННОЇ ПАТОЛОГІЇ Чеборака Т. О.	79
41.	ПРИМЕНЕНИЕ АФЛИБЕРЦЕПТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ НЕОВАСКУЛЯРНОЙ ГЛАУКОМЫ Пастух У.А., Гончарова Н.А., Пастух И.В.	80