

**Громадська організація
«Львівська медична спільнота»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНІ НАУКИ: ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ,
СУЧАСНИЙ СТАН
ТА ПЕРСПЕКТИВИ ДОСЛІДЖЕНЬ»**

27-28 вересня 2019 р.

**Львів
2019**

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Козьмик Т. В.

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПЛАЗМОВОГО ГЕМОСТАЗУ У ПАЦІЄНТІВ
З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ – ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ
АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ
У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД.....6

Ластівка І. В., Малецька А. В., Григорчук І. О.

ЗНАЧЕННЯ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ
СИНДРОМУ ПРАДЕРА-ВІЛЛІ У ДІТЕЙ9

Ластівка І. В., Андрійчук Д. Р., Леськів О. М.

ВИПАДОК СИНДРОМУ МАРШАЛЛА У ДІВЧИНКИ12

Ластівка І. В., Андрійчук Д. Р., Тодеріка Я. І.

ВОГНИЩЕВА АПЛАЗІЯ ШКІРИ
ВОЛОСИСТОЇ ЧАСТИНИ ГОЛОВИ У ДИТИНИ.....16

Леонов А. В.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОГО И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПЕРИОДОВ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО-
ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КИШЕЧНОЙ ТРУБКЕ20

Леонов А. В.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАННИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ
У БОЛЬНЫХ С КОЛОСТОМАМИ22

Леонов А. В.

АНТЕГРАДНАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ САНАЦИЯ
ТОЛСТОЙ КИШКИ26

Леонов А. В.

ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ТОЧНОЕ ОБНАРУЖЕНИЕ
МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ХИРУРГИИ.....30

Мєліхова Т. В., Лазуренко В. В.

ВИЗНАЧЕННЯ ІМУНОГІСТОХІМІЧНИХ МАРКЕРІВ
ПРОГРЕСУВАННЯ АДЕНОМІОЗУ34

Іванченко С. В., Молчанова А. В., Бобров А. Є.

ВИБІР ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ
ЗАЛЕЖНО ВІД КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ.....37

Нечитайло Д. Ю., Міхєєва Т. М.

ОСОБЛИВОСТІ ДОБОВОГО КОЛИВАННЯ ПУЛЬСОВОГО
АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ У ШКОЛЯРІВ
ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ42

5. Колесник А. В. Клинические аспекты сочетания аденомиоза и гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста / А. В. Колесник // Здоровье женщины. – 2013. – № 4. – С. 109-111.
6. Vascular endothelial growth factor (VEGF) in endometriosis / J. Donnez, P. Smoes, S. Gillerot [et al.] // Hum. Reprod. – 1998. – Vol. 13. – P. 1686–1690.
7. Vascular endothelial growth factor A and C gene expression in endometriosis / M. Takehara, M. Ueda, Y. Yamashita [et al.] // Hum. Pathol. – 2014. – Vol. 35, № 11. – P. 1369-1375.

Іванченко С. В.
*кандидат медичних наук,
асистент кафедри загальної практики –
сімейної медицини та внутрішніх хвороб*

Молчанова А. В., Бобров А. Є.
*студенти VI курсу першого медичного факультету
Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

ВИБІР ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ ЗАЛЕЖНО ВІД КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Фібриляція передсердь (ФП) – хронічне прогресуюче захворювання, яке розглядається як потенційно летальна аритмія з огляду на широкий спектр її негативних наслідків, пов'язаних не тільки зі значним погіршенням якості життя, але й з підвищенням частоти серцево-судинних подій та смерті. Клінічні наслідки ФП пов'язано з гемодинамічними та тромбогенними ускладненнями самої аритмії, віком пацієнта, наявністю та ступенем важкості супутньої патології, а також якістю її лікування. Коморбідною патологією у пацієнтів з ФП найчастіше є ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ) або їх поєднання, ревматична хвороба серця, міокардіофіброз, цукровий

діабет (ЦД) та інше [1, с. 54-57]. Захворювання, асоційовані з ФП, є скоріше маркерами загального серцево-судинного ризику та ураження серця, а не тільки етіологічними факторами.

Мета. Розглянути особливості терапії пацієнтів з ФП залежно від існуючої коморбідної патології.

Матеріали та методи. Бібліографічний, аналітико-синтетичний.

Результати та обговорення. Серед цілей ведення хворих на ФП виокремлюють модифікацію життя та факторів ризику, профілактику тромбоемболій, усунення симптомів, оптимальне лікування супутньої серцево-судинної патології, контроль частоти серцевих скорочень (ЧСС), корекцію порушень ритму серця. При наявності ФП першочергово повинно бути призначено антикоагулянти та засоби, що сповільнюють ритм серця. Ризик тромбоемболій при ФП зазвичай оцінюється за шкалою CHA₂DS₂-VASc, де 9- це максимальна кількість балів, яка дорівнює 23,64% вищого ризику виникнення інсульту протягом року. Пацієнти мають отримувати комплексну профілактичну терапію при CHA₂DS₂ – Vasc \geq 1 невизначено довго [2, с. 104-132]. За результатами дослідження ROCKET AF [3, р.105–120] у веденні цієї когорти перевагу віддають новим пероральним антикоагулянтам (НПАК: рівароксабан). Згідно з дослідженням ARISTOTLE [4, р.2821– 2830] у хворих старших 80 років за умови застосування НПАК порівняно з пацієнтами, які отримували варфарин, ризик виникнення інсульту та системної тромбоемболії був меншим на 19%, а ризик розвитку великих кровотеч – нижчим на 34% [5, с. 625–635].

До того ж відомо, що більше 50% хворих з ФП мають порушення функції нирок, яке асоціюється з підвищеним ризиком серцево-судинних катастроф та смерті. Варфарин може сприяти розвитку та подальшому погіршенню дефіциту вітаміна К та призводити до кальцифікації судин, у тому числі й ниркових артерій, що призводить до підвищення концентрації препарату у плазмі крові та розвитку кровотеч [6, с. 3-4]. На противагу Варфарину НПАК достовірно знижують швидкість прогресування порушення функції нирок у пацієнтів з ФП [7, с. 366-377].

Від 49 до 98% пацієнтів з ФП мають супутню АГ [8, с. 2-3]. Мінімум два епізоди підвищення артеріального тиску у спокої більше 140/90 мм.рт.ст є фактором ризику інсульту, транзиторної ішемічної атаки та системної тромбоемболії [9 с. 81]. Згідно рекомендаціям

ESH/ESC, 2018 р. [10, р. 3021–3104], терапію АГ при ФП повинно починати з комбінації двох препаратів. Перевага при проведенні антигіпертензивної терапії надається інгібіторам ангіотензинперетворюючого ферменту (іАПФ) та блокаторам рецепторів ангіотензину II (БРА). Це пов'язано зі зниженням гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ) та антисклеротичного ефекту іАПФ. Показано, що чим більшим є індекс маси міокарда ЛШ, тим вище ризик серцево-судинних катастроф. Це обумовлює необхідність динамічного спостереження за индексом маси міокарда ЛШ та розмірами лівого передсердя 1 раз у рік на ЕхоКГ. До того ж іАПФ та БРА відносять до засобів з антиаритмічними властивостями, які впливають на внутрішню серцеву гемодинаміку, обмін електролітів, знижують симпатичний вплив та підвищену ектопічну активність міокарду.

Серед β -адреноблокаторів найефективнішим та найбезпечнішим вважають Небівалол щодо корекції артеріального тиску, впливу на жорсткість судин та ендотеліальну дисфункцію. У пацієнтів з ФП на фоні ІХС препаратами 1-ї лінії вважають β -адреноблокатори, 2-ї лінії: Івабрадін, нітрати тривалої дії, ранолазін, триметазидина гідрохлорид. Ранолазін вважають неантиаритмічним засобом з антиаритмічними властивостями, які зумовлені антиішемічним ефектом за рахунок блокування пізнього току натрію в міокарді [8, с. 2-3].

Доцільне використання антагоністів рецепторів до мінералокортикоїдів (Спіронолактон, Еплеренон), які попереджують втрату калію, зумовлену як безпосередньо ФП так і при проведенні терапії варфарином [11, с. 177-181].

Вважається, що у пацієнтів з ЦД та ФП вищий ризик серцево-судинних захворювань та смерті, ніж при відсутності супутньої патології, що пов'язане з запаленням та розвитком фіброзу у лівому передсерді, гіпертрофією ЛШ [12, с. 69-73]. ЦД є фактором ризику тромботичних ускладнень та кровотеч. Складаючи план лікування хворого необхідно пам'ятати, що ЦД є одним із компонентів нової схеми для стратифікації ризику інсультів при ФП CHA2DS2-VASc. При цьому варфарин не є препаратом вибору для терапії ФП, бо негативно впливає на органи-мішені при ЦД-нирки, сприяючи прогресуванню ХХН та пошкодженню ниркових артерій. Перевага надається НПАК, які повільніше знижують кліренс креатиніну ніж варфарин [13, с. 2].

Висновки. Тактика ведення пацієнтів з фібриляцією передсердь та коморбідною патологією повинна полягати в модифікації життя та факторів ризику, профілактиці тромбоемболій, усуненні симптомів, контролі ЧСС, корекції порушень ритму серця, що може бути досягнуто шляхом використання комплексної терапії з урахуванням впливу на множинні ланки патогенезу даного патологічного стану.

Список літератури:

1. Сичов О.С. Фибрилляция предсердий. Современные подходы к лечению и профилактике осложнений у пациентов с сопутствующей патологией сердца. Сичов Олег Сергійович // УКР. МЕД. ЧАСОПИС. – 2011. – 6(86) XI-XII. – С 54-57.
2. January CT., Wann LS., Calkins H. et al. 2019 AHA/ACC/HRS Focused Update of the 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. – 2019. – Jul 9;74(1). – 104-132.
3. Rohan Shah. Primary and key secondary results from the ROCKET AF trial, and their implications on clinical practice / Rohan Shah.//Therapeutic Advances in Cardiovascular Diseases. -2017. -11(3): p.105–120. – Режим доступу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5942797/>
4. Hohnloser S.H., Hijazi Z., Thomas L., et al. Efficacy of apixaban when compared with warfarin in relation to renal function in patients with atrial fibrillation: insights from the ARISTOTLE trial./ Hohnloser S.H // Eur Heart J.- 2012;33: p.2821– 2830.
5. Olesen J.B., Lip G.Y.H., Kamper A.-L., et al. Stroke and bleeding in atrial fibrillation with chronic kidney disease./ Olesen J.B.// N Engl J Med. - 2012./ 367:p.625–635.
6. Ханюков О. О. Фибрилляция предсердий и сопутствующая патология: выбор правильной тактики терапии [Электронный ресурс] / Ханюков Олексій Олександрович // Український медичний часопис. – 2019. – 4(1). – С. 3-4. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/160194/fibrillyatsiya-predserdij-i-soputstvuyushhaya-patologiya-vybor-pravilnoj-taktiki-terapii>
7. В. А. Сулимов, Д. А. Напалков, А. А. Соколова. Сравнительная эффективность и безопасность новых пероральных антикоагулянтов [Электронный ресурс] / В. А. Сулимов // Рациональная Фармакотерапия

- в Кардиологии. – 2013. – Том 9, № 4. – С. 366-377. Режим доступа: <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2013-9-4-433-438>
8. Коваль С. М. Фибрилляция предсердий и сопутствующая патология: выбор правильной тактики терапии [Электронный ресурс] / Коваль Сергій Миколайович // Український медичний часопис. – 2019. – 4(1). – С. 2-3. – Режим доступа: <https://www.umj.com.ua/article/160194/fibrillyatsiya-predserdij-i-soputstvuyushhaya-patologiya-vybor-pravilnoj-taktiki-terapii>
 9. Ponikowski P., A. Voors A., D. Anker S., 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure [Электронный ресурс] / Ponikowski P., A. Voors A., D. Anker S. // European Heart Journal. 2016. – (1):7. – 81. Режим доступа: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2016-1-7-81>
 10. Bryan Williams, Giuseppe Mancina, Wilko Spiering. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension [Электронный ресурс] / Bryan Williams, Giuseppe Mancina, Wilko Spiering // European Heart Journal. – 2018. – Issue 33, Pages 3021–3104. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
 11. О.М. Драпкина, Б.Б. Гегенава. Селективный антагонист минералокортикоидных рецепторов эплеренон в кардиологической практике [Электронный ресурс] / О.М. Драпкина // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2015. – 11(2). – С. 177-181. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/journal/n/ratsionalnaya-farmakoterapiya-v-kardiologii>
 12. В. Д. Немцова. Сахарный диабет и фибрилляция предсердий: современный взгляд на проблему / Немцова В. Д. // Український терапевтичний журнал. – 2015 р. – № 1. – С. 69-73. – Режим доступа: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UTJ_2015_1_12
 13. Целуйко В. Й. Фибрилляция предсердий и сопутствующая патология: выбор правильной тактики терапии [Электронный ресурс] / Целуйко Віра Йосипівна // Український медичний часопис. – 2019. – 4(1). – С. 2. – Режим доступа: <https://www.umj.com.ua/article/160194/fibrillyatsiya-predserdij-i-soputstvuyushhaya-patologiya-vybor-pravilnoj-taktiki-terapii>