

**Громадська організація
«Київський медичний науковий центр»**

ЗБІРНИК ТЕЗ НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНА НАУКА ТА ПРАКТИКА
НА СУЧАСНОМУ ІСТОРИЧНОМУ ЕТАПІ»**

1–2 травня 2020 р.

Київ
2020

УДК 61«312»(063)

М42

М42 **Медична наука та практика на сучасному історичному етапі :**
Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 1–2 травня 2020 р.). – Київ: «Київський медичний науковий центр», 2020. – 148 с.

Матеріали збірника друкуються мовою оригіналу.

Організаційний комітет не завжди поділяє думки та погляди авторів. Відповідальність за достовірність фактів, власних імен, цитат, цифр та інших відомостей несуть автори публікацій.

Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права під час використання наукових ідей та матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим».

УДК 61«312»(063)

Велигоцкий А. Н., Рыбак И. М., Фомина А. Г., Федоровский С. Г. СПОСОБ СОЧЕТАННОЙ ФУНДОАПЛИКАЦИИ И ДИАФРАГМОКРУРОПЛАСТИКИ ДЛЯ СИМУЛЬТАННЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ГЭРБ В СОЧЕТАНИИ С МАЛЫМИ ГПОД.....	42
Вольбин С. В., Сизон О. О., Чаплик-Чижио І. О., Возняк І. Я. ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГЕРПЕСВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ	44
Grigorova I. A., Ibragimova O. L. THE MORPHOLOGICAL DIAGNOSIS OF ISCHEMIC STROKE	48
Дашко М. О., Сизон О. О., Білинська О. А., Бабак І. Д. ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГЛИБОКИМИ ХРОНІЧНИМИ ПОДЕРМІЯМИ НА ФОНІ ЗМІН МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА	50
Зеленська К. О., Лагун В. О. ПРОЯВИ ІМПУЛЬСИВНОСТІ ТА РОЗЛАДИ УВАГИ У ЗДОРОВИХ ДІТЕЙ ТА ДІТЕЙ З СДУГ	55
Ільченко І. А., Сухарєва Л. П. ВІДМІННОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА, У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТА, ОЖИРНІННЯ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ	57
Києнко М. Д., Волкова Ю. В., Лантухова Н. Д. СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВА РЕАНІМАЦІЯ У ХВОРИХ З ОЖИРНІННЯМ	59
Коваленко Є. Л., Мелеховець О. К. ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬОВЕННОЇ ЛАЗЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ, ПОЄДНАНОЇ З ГІПЕРУРИКЕМІЄЮ.....	63
Козерацька О. А. СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ, ЯКІ СКОЇЛИ КРИМІНАЛЬНІ ПРАВОПОРУШЕННЯ НА СЕКСУАЛЬНОМУ ПІДГРУНТІ.....	66
Ластівка І. В., Кравчук І. І. СИНДРОМ КОФФІНА-ЛОУРІ: МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ	72
Ластівка І. В., Кузик К. І. МОНІТОРИНГ УРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ У ДІТЕЙ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	76

Ільченко І. А., кандидат медичних наук,
доцент кафедри клінічної фармакології
та внутрішньої медицини

Сухарєва Л. П., студентка V курсу 2 медичного факультету

*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

ВІДМІННОСТІ СТРУКТУРНО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ МІОКАРДА, У ПАЦІЄНТІВ З КОМОРБІДНИМ ПЕРЕБІГОМ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТА, ОЖИРІННЯ ТА АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТАТІ

Мета. Визначити особливості структурно-функціональних змін міокарда у пацієнтів з коморбідним перебігом цукрового діабету 2 типу (ЦД2Т), ожиріння (Ож) та артеріальної гіпертензії (АГ) в залежності від статі.

Матеріали та методи. Було обстежено 67 пацієнтів (31 жінка і 36 чоловіків, середній вік $52,3 \pm 2,8$ року) із ЦД2Т, Ож 1-2 ступеня (індекс маси тіла (ІМТ) $34,4 \pm 2,8$ кг / м²) та АГ II стадії. При послідовному включенні пацієнтів у дослідження оцінювалися зміни ІМТ, окружність талії (ОТ), стегон (ОС) та їх співвідношення (ОТ/ОС), кількість жирової тканини в організмі вимірювалась біоімпедансним методом, товщина вісцерального жиру визначалась ультразвуковим методом; також всім хворим проводилась ехокардіографія (ЕхоКГ). Стан вуглеводного та ліпідного обмінів оцінювали за рівнем глікемії і визначенням ліпідного спектру сироватки крові. Для статистичної обробки і оцінки кореляції були використані критерій Фішера та критерій Кендала.

Результати. Проведені дослідження виявили певні статеві відмінності структурно-функціонального стану міокарда у означених хворих, а також були встановлені особливості структурно-функціональних змін міокарда із клінічними ознаками Ож. Гендерні структурно-функціональні зміни міокарда в обстежених хворих характеризувалися наявністю у жінок прямої кореляції між діаметром лівого передсердя та ОТ, співвідношенням ОТ/ОС, товщиною вісцерального жиру ($t = 0,21$, $P = 0,048$; $t = 0,19$, $P = 0,044$; $t = 0,18$, $P = 0,014$ відповідно), а у чоловіків – з ІМТ, ОТ, співвідношенням ОТ/ОС та вісцеральною жировою тканиною ($t =$

0,19, $P = 0,042$; $t = 0,26$, $P = 0,028$; $t = 0,25$, $P = 0,038$; $t = 0,32$, $P = 0,034$ відповідно). У жінок з діаметром кореня аорти прямо корелювали ІМТ ($t = 0,18$, $P = 0,050$), а у чоловіків – ОТ, співвідношення ОТ/ОС ($t = 0,37$, $P = 0,052$; $t = 0,26$, $P = 0,039$ відповідно). У чоловіків відзначалася пряма кореляція між діаметром правого шлуночка та ІМТ ($t = 0,25$, $P = 0,014$). Показник індексу маси лівого шлуночка прямо корелював із співвідношенням ОТ/ОС і товщиною вісцерального Ож як у жінок, так і у чоловіків. У жінок також була визначена пряма кореляція між показниками діастолічного діаметру лівого шлуночка та ІМТ, ОТ, ОС та товщиною вісцерального жиру ($t = 0,25$, $P = 0,013$; $t = 0,22$, $P = 0,009$; $t = 0,20$, $P = 0,017$; $t = 0,19$, $P = 0,026$ відповідно). У чоловіків виявлена зворотня кореляція між фракцією викиду лівого шлуночка з ІМТ, ОТ та товщиною вісцерального жиру ($t = -0,23$, $P = 0,047$; $t = -0,35$, $P = 0,012$; $t = -0,28$, $P = 0,011$; $t = -0,42$, $P = 0,023$ відповідно). Одночасно і у чоловіків, і у жінок виявлялась пряма кореляція між показниками маси лівого шлуночка та абдомінального Ож (ОТ, ОС та їх співвідношення ОТ/ОС) і вісцерального Ож (товщина вісцерального жиру). Однак у жінок додатково встановлена кореляція між показниками маси лівого шлуночка з ознаками загального Ож – ІМТ та вісцеральною жировою тканиною, а у чоловіків – з показником периферичного Ож.

Висновки. Незалежним фактором ризику розвитку серцево-судинних ускладнень є абдомінальне Ож. Саме воно сприяє формуванню гіпертрофії лівого шлуночка як у жінок, так і у чоловіків з АГ та Ож і ЦД2Т. В результаті проведеного дослідження у цих хворих були встановлені певні гендерні особливості структурно-функціональних змін міокарда, а саме: у жінок – відбувався розвиток дилатації лівих відділів серця без порушення фракції викиду лівого шлуночка; а у чоловіків – розгалуження кореня аорти і зниження систолічної функції лівого шлуночка без зміни його діаметра. Виявлені особливості важливо враховувати для проведення адекватного лікування даної категорії хворих, прогнозування перебігу захворювання та гальмування розвитку ускладнень.

Література:

1. Дашутіна С.Ю., Перетолчина С.Ю., Барац С.С., Серебренніков В.А. Типи структурно-геометричного ремоделювання лівого шлуночка і аналіз систоло-діастолічних показників

- внутрішньосерцеврї гемодинаміки при ізольованому ожирінні // Ожиріння і метаболізм. – 2015. – № 5. – С. 47-49.
2. Гончар А.В. Ремоделювання міокарда і діастолічна дисфункція у хворих гіпертонічною хворобою з ожирінням / А.В. Гончар // Медицина третього тисячоліття: Збірник тез конференції молодих вчених та студентів, Харків, 15–16 січня 2017 р. / Харк. нац. мед. ун-т. – Харків, 2017. – С. 79-80.

Києнко М. Д., студент V курсу
2 медичного факультету

Волкова Ю. В., доктор медичних наук,
професор кафедри медицини невідкладних станів,
анестезіології та інтенсивної терапії

Лантухова Н. Д., кандидат медичних наук,
доцент кафедри медицини невідкладних станів,
анестезіології та інтенсивної терапії

*Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна*

СЕРЦЕВО-ЛЕГЕНЕВА РЕАНІМАЦІЯ У ХВОРИХ З ОЖИРІННЯМ

Ожиріння (надлишкове або патологічне накопичення жиру з підвищенням індексу маси тіла ≤ 30) стає серйозною соціальною проблемою для більшості як розвинених, так і країн, що розвиваються. Наявність ожиріння асоційоване зі значним підвищенням ризику раптової серцевої смерті в порівнянні з особами, які не мають ожиріння [6]. Серед факторів, що можуть призвести до раптової серцевої смерті у осіб з надлишковою масою тіла, описані обструктивне сонне апное [2; 7], збільшення тривалості і дисперсії інтервалу QT [11], формування характерних структурних змін міокарда (кардіомегалія, дилатація лівого шлуночка, гіпертрофія кардіоміоцитів без ознак інтерстиціального фіброзу) [5]. Діючи рекомендації Європейської ради з проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР) не передбачають внесення корекції в алгоритм надання допомоги хворим з надмірною масою