

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. Просветов, 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. Яreshko, 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: naukazmapo@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.

передсердя (COP >4 см; AUC 0,751; 95% ДІ 0,692-0,804; Ч. 58,71%; С. 89,13%; $p<0,05$), правого передсердя (COP >4,5 см; AUC 0,642; 95% ДІ 0,579-0,702; Ч. 39,22%; С. 82,61%; $p<0,001$), правого шлуночка (COP >1,9 см; AUC 0,605; 95% ДІ 0,541-0,666; Ч. 43,87%; С. 78,26%; $p<0,01$), кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка (ЛШ) (COP >5,6 см; AUC 0,624; 95% ДІ 0,560-0,684; Ч. 30,32%; С. 93,48%; $p<0,001$), кінцем-систолічний розмір ЛШ (COP >3,8 см; AUC 0,658; 95% ДІ 0,595-0,717; Ч. 40,0%; С. 88,04%; $p<0,0001$), маса міокарда ЛШ (COP >270 г; AUC 0,579; 95% ДІ 0,514-0,641; Ч. 52,90%; С. 59,78%; $p<0,05$), індекс маси міокарда ЛШ₁ (COP >141 г/м²; AUC 0,615; 95% ДІ 0,551-0,676; Ч. 39,35%; С. 80,43%; $p<0,01$), індекс маси міокарда ЛШ₂ (COP >71,7 г/м^{2,7}; AUC 0,611; 95% ДІ 0,547-0,672; Ч. 40,65%; С. 82,61%; $p<0,01$), фракція викиду ЛШ за Симпсоном (COP ≤47%; AUC 0,727; 95% ДІ 0,667-0,782; Ч. 58,71%; С. 79,35%; $p<0,0001$), відносна товщина стінки ЛШ (COP ≤0,46; AUC 0,609; 95% ДІ 0,545-0,670; Ч. 29,68%; С. 96,74%; $p<0,01$), середній тиск в легеневій артерії (COP >19 мм рт. ст.; AUC 0,698; 95% ДІ 0,637-0,755; Ч. 57,42%; С. 81,52%; $p<0,0001$), ступінь кальцинозу мітрального клапану (COP >2; AUC 0,638; 95% ДІ 0,574-0,699; Ч. 38,16%; С. 85,39%; $p<0,0001$), ступінь кальцинозу аортального клапану (COP >2; AUC 0,643; 95% ДІ 0,579-0,704; Ч. 41,45%; С. 82,22%; $p<0,0001$), ступінь регургітації на трикуспідальному клапані (COP >1; AUC 0,668; 95% ДІ 0,585-0,744; Ч. 43,81%; С. 87,80%; $p<0,0001$) та пульмональному клапані (COP >1; AUC 0,731; 95% ДІ 0,576-0,853; Ч. 58,33%; С. 87,50%; $p<0,001$), адипонектин сироватки (COP >31,5 мкг/мл; AUC 0,684; 95% ДІ 0,573-0,781; Ч. 32,26%; С. 100,0%; $p<0,01$), резистин сироватки (COP >16,99 нг/мл; AUC 0,639; 95% ДІ 0,526-0,741; Ч. 67,74%; С. 59,09%; $p<0,05$), інтерлейкін-6 сироватки (COP >7,98 пг/мл; AUC 0,701; 95% ДІ 0,590-0,796; Ч. 47,54%; С. 86,36%; $p<0,001$), інтерлейкін-10 сироватки (COP >1,98 пг/мл; AUC 0,721; 95% ДІ 0,611-0,814; Ч. 45,90%; С. 95,45%; $p<0,001$) та фактор некрозу пухлин-α сироватки (COP >19,21 пг/мл; AUC 0,713; 95% ДІ 0,604-0,807; Ч. 46,77%; С. 95,45%; $p<0,001$).

Висновки. Встановлені ехокардіографічні та гуморальні прогностичні фактори серцево-судинних подій при ХСН з надлишковою масою тіла та ожирінням впродовж п'ятирічного періоду спостереження.

ПРЕДИКТОРИ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ПОДІЙ ВПРОДОВЖ 5 РОКІВ У ХВОРИХ НА ХСН З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

П.П. Бідзіля

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя

Кафедра внутрішніх хвороб І

Науковий консультант: член-кор. НАМН України, професор Нетяженко В.З.

Вступ. Не дивлячись на покращення методів діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (ХСН) смертність від неї лишається високою, являючись значним медичним та соціально-економічним тягарем в системі охорони здоров'я.

Мета дослідження. Встановити клініко-анамнестичні та лабораторні предиктори серцево-судинних подій (ССП) при ХСН (смерть, нефатальний інфаркт міокарда та декомпенсація захворювання) впродовж п'ятирічного періоду спостереження у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням.

Матеріал та методи. Обстежено 248 хворих з ХСН II–III функціонального класу (ФК ХСН) з надлишковою масою тіла та ожирінням I–III ступеня. Етіологічним чинником ХСН були хронічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ), або їх поєднання. Надлишкову масу тіла, наявність та ступінь ожиріння визначали розраховуючи індекс маси тіла (ІМТ). Всім хворим проводили загально-клінічне та біохімічне лабораторне дослідження. Прогностичну значущість досліджуваних факторів визначали за допомогою проведення ROC-аналізу пакетом програм Medcalc.

Результати. Прогностичними предикторами виникнення ССП впродовж 5 років були: вік (cut-off point (COP) >69 років; AUC 0,712; 95% ДІ 0,652-0,768; чутливість (Ч) 56,41%; специфічність (С) 86,96%; $p < 0,0001$), ФК ХСН (COP >2; AUC 0,803; 95% ДІ 0,748-0,851; Ч. 73,72%; С. 86,96%; $p < 0,0001$), анамнез ІХС (COP >8 років; AUC 0,604; 95% ДІ 0,531-0,673; Ч. 36,55%; С. 83,33%; $p < 0,05$), анамнез ГХ (COP >8 років; AUC 0,663; 95% ДІ 0,599-0,723; Ч. 78,77%; С. 51,14%; $p < 0,0001$), рівень гемоглобіну (COP ≤ 130 г/л; AUC 0,643; 95% ДІ 0,579-0,702; Ч. 40,38%; С. 83,52%; $p < 0,0001$), вміст еритроцитів (COP $\leq 4,5 \times 10^{12}$ л; AUC 0,672; 95% ДІ 0,572-0,762; Ч. 93,94%; С. 33,33%; $p < 0,005$), кількість лімфоцитів (COP $\leq 35\%$; AUC 0,599; 95% ДІ 0,534-0,662; Ч. 65,33%; С. 53,33%; $p < 0,01$) та сегментоядерних нейтрофілів (COP >60% г/л; AUC 0,604; 95% ДІ 0,539-0,667; Ч. 54,0%; С. 63,33%; $p < 0,01$), ЧСС (COP >84 ударів на хвилину; AUC 0,617; 95% ДІ 0,553-0,678; Ч. 46,45%; С. 77,17%; $p < 0,001$), систолічний артеріальний тиск (COP ≤ 135 мм рт. ст.; AUC 0,577; 95% ДІ 0,513-0,640; Ч. 26,45%; С. 91,30%; $p < 0,05$), діастолічний артеріальний тиск (COP ≤ 75 мм рт. ст.; AUC 0,583; 95% ДІ 0,519-0,645; Ч. 15,48%; С. 98,91%; $p < 0,05$), протромбін (COP $\leq 97\%$; AUC 0,588; 95% ДІ 0,522-0,651; Ч. 53,29%; С. 65,52%; $p < 0,05$), загальний білірубін (COP >17,4 мкмоль/л; AUC 0,581; 95% ДІ 0,516-0,645; Ч. 42,86%; С. 73,81%; $p < 0,05$), прямий білірубін (COP >7,2 мкмоль/л; AUC 0,690; 95% ДІ 0,551-0,808; Ч. 68,29%; С. 71,43%; $p < 0,05$), креатинін сироватки (COP >98 мкмоль/л; AUC 0,718; 95% ДІ 0,588-0,826; Ч. 66,67%; С. 74,19%; $p < 0,01$), сечовина сироватки (COP >5,8 ммоль/л; AUC 0,608; 95% ДІ 0,541-0,672; Ч. 60,43%; С. 62,35%; $p < 0,01$), швидкість клубочкової фільтрації (MDRD) (COP ≤ 53 мл/хв./1,73 м²; AUC 0,670; 95% ДІ 0,608-0,729; Ч. 53,21%; С. 73,91%; $p < 0,05$), іонізований кальцій сироватки (COP <1,2 ммоль/л; AUC 0,696; 95% ДІ 0,534-0,828; Ч. 95,83%; С. 44,44%; $p < 0,05$), альбумін сироватки (COP ≤ 41 г/л; AUC 0,769; 95% ДІ 0,589-0,897; Ч. 90,91%; С. 54,55%; $p < 0,01$), загальний холестерин (COP $\leq 4,87$ ммоль/л; AUC 0,609; 95% ДІ 0,543-0,672; Ч. 45,07%; С. 77,78%; $p < 0,01$), ліпопротеїди високої щільності (COP $\leq 1,98$ ммоль/л; AUC 0,640; 95% ДІ 0,560-0,714; Ч. 83,51%; С. 40,98%; $p < 0,01$), ліпопротеїди дуже низької щільності (COP $\leq 0,72$ ммоль/л; AUC 0,690; 95% ДІ 0,629-0,749; Ч.

57,86%; С. 72,22%; $p < 0,001$) та тригліцериди ($\text{COP} \leq 1,58$ ммоль/л; AUC 0,688; 95% ДІ 0,624-0,747; Ч. 57,45%; С. 72,22%; $p < 0,0001$).

Висновки. Встановлені клініко-анамнестичні та лабораторні предиктори серцево-судинних подій при ХСН впродовж п'ятирічного періоду спостереження у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням.

ДЕЯКІ ПСИХО-ЕМОЦІЙНІ АСПЕКТИ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ В СОМАТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

М.І. Боженко Н.Л. Боженко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра неврології

Вступ. Больові синдроми в соматичній практиці-важлива ланка патології. Особливу роль в ній відіграють хронічні больові синдроми. Людина-істота соціальна, тому останнім часом особливо важливим стає вивчення біопсихосоціальної концепції болю (А.Данилов,2012). Такі психологічні фактори як страх, тривога, депресія безумовно впливають на сприйняття болю. У відповідності до цієї концепції, біль-це результат динамічної взаємодії біологічних, психологічних і соціо-культурних факторів. На різних стадіях захворювання питома вага різних факторів може змінюватись. Якщо в гострій фазі хвороби переважають біологічні (анатомічні, генетичні, фізіологічні) фактори, то при хронізації болю на перший план можуть виходити психологічні(афективні,когнітивні,поведінкові), та соціальні (гендерні, національні традиції) фактори. Біологічні чинники можуть ініціювати, підтримувати і модулювати фізичні розлади, тоді як психологічні зміни впливають на оцінку і сприйняття внутрішніх фізіологічних сигналів. В свою чергу психологічні фактори впливають на біологічні, змінюючи продукцію гормонів, нейромедіаторів, стан ВНС та біохімічні процеси в мозку. Біль необхідно розглядати, як особистісне переживання, яке виникає не лише під впливом фізичної патології, але й ракурсу, погляду на захворювання особи, уваги до ситуації, попереднього досвіду. Біль - це суб'єктивне особистісне переживання, яке описується термінами сенсорних і емоційних розладів. Згідно визначення міжнародної асоціації дослідження болю, біль – це неприємні відчуття і емоції, пов'язані з наявним або можливим пошкодженням різних тканин людського організму (Merskey&Bogduk, 1986). Відповідно вивчення психоемоційного стану хворого набуває надзвичайної актуальності.

Мета дослідження. Вивчення психо-емоційного стану хворих з больовими синдромами у соматичній практиці та визначення їх внеску у прояви больового синдрому.

Матеріали та методи. Обстежено:35 хворих (з ревматоїдним артритом-10, діабетичними полінейропатіями-10, вертеброгенними радикулопатіями-10, подагрою-5). Особливості психо-емоційног стану досліджувались за допомогою шкали Гамільтона та шкали самооцінки тривоги (Чабан О.С.,