

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЗ «ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ»

ТЕЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ:
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**«Актуальні питання клінічної,
превентивної, реабілітаційної і
професійної медицини»**

21-22 березня 2019 року

Запоріжжя 2019

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 внутрішніх хвороб, загальної практики - сімейної медицини, профпатології та медичної реабілітації ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

ЧЛЕНИ РЕДКОЛЕГІЇ:

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

Тези за матеріалами: Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання клінічної, превентивної, реабілітаційної і професійної медицини" (21-22 березня 2019 р. м. Запоріжжя) – Запоріжжя, 2019. - 96 с.

Періодичність – Згідно з планом проведення реєстрових науково-практичних конференцій, тираж - 500 прим. Ум.др. арк. – 5,58 Замовлення № 88

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.

тригліцеридів) не відрізнялося в двох групах пацієнтів в залежності від термінів РА.

Висновки: Проведені дослідження показали достовірно порушення ліпідного обміну у хворих з РА II-III ступеня активності, підвищення рівня СРБ. Збільшення ризику атеросклеротичного пошкодження судин визначається патогенетичними механізмами прогресування РА і не залежить від тривалості захворювання.

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО Q-ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПЕРЕДНЬОЇ СТІНКИ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ПРИ НАЯВНОСТІ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Сиволап В.Д., Земляний Я.В.

Запорізький державний медичний університет, кафедра внутрішніх хвороб І,

науковий керівник д.мед.н., професор Сиволап В.Д.

Вступ. Гострий інфаркт міокарда є одним з найбільш несприятливих патологічних станів у світі, в тому числі і в Україні. При цьому більше половини інфарктів реєструється в ділянці передньої стінки лівого шлуночка. Легенева гіпертензія (ЛГ) спостерігається при багатьох клінічних станах, одним з яких є серцева недостатність на тлі перенесеного інфаркту міокарда.

Мета дослідження: визначити клініко-анамнестичні особливості гострого Q-інфаркту міокарда передньої стінки лівого шлуночка (ГІМ ПС) при наявності легеневої гіпертензії.

Матеріали та методи. Обстежено 90 хворих (40 чоловіків та 20 жінок) на ГІМ ПС, які знаходились у відділенні інтенсивної терапії гострої коронарної недостатності Міської клінічної лікарні екстреної та швидкої допомоги м. Запоріжжя. Пацієнти були розподілені на дві групи: 55 пацієнтів з ГІМ ПС при наявності ЛГ (середній вік $70,65 \pm 1,83$ років), 35 хворих на ГІМ ПС без ЛГ (середній вік $66,80 \pm 2,02$ років). ГІМ діагностували згідно з протоколом МОЗ України. ЛГ діагностували при систолічному тиску в легеневій артерії вище 30 мм рт.ст. за даними ехокардіографії відповідно до Європейських рекомендацій з діагностики та лікування легеневої гіпертензії 2015 року. Всім пацієнтам в перші три дні після госпіталізації проводилась двомірна ехокардіографія на апараті "MyLab50" ("Esaote", Італія) згідно рекомендацій Американського

товариства ехокардіографії. Для статистичної обробки даних використовували пакет статистичних програм "Statistica 6.0 for Windows", (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

Результати. Дослідження показало, що у хворих на ГІМ ПС при наявності ЛГ достовірно частіше виявляється постійна форма фібриляції передсердь ($\chi^2 = 3,66$; $p < 0,05$), постінфарктний кардіосклероз ($\chi^2 = 3,24$; $p < 0,05$), серцева недостатність II Б стадії ($\chi^2 = 4,27$; $p < 0,05$) та цукровий діабет ($\chi^2 = 3,06$; $p < 0,05$). При проведенні кореляційного аналізу в групі хворих на ГІМ ПС з ЛГ визначається прямий зв'язок систолічного тиску в легеневій артерії з віком ($+0,35$, $p < 0,05$) та функціональним класом серцевої недостатності ($+0,49$, $p < 0,05$).

Висновки. Клініко-анамнестичними особливостями ГІМ ПС з ЛГ є наявність постійної форми фібриляції передсердь, постінфарктного кардіосклерозу, серцевої недостатності II Б стадії та цукрового діабету. У хворих на ГІМ ПС з ЛГ систолічний тиск в легеневій артерії достовірно асоціювався з функціональним класом серцевої недостатності та віком пацієнтів.

ВІДДАЛЕНИЙ ПРОГНОЗ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ З СЕРЕДНІМ РІВНЕМ ФРАКЦІЇ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Сиволап В.Д., Лашкол Д.А.

*Запорізький державний медичний університет, кафедра
внутрішніх хвороб 1*

Віддалений прогноз і предиктори несприятливих серцевих подій у хворих на ішемічну хронічну серцеву недостатність (ХСН) з середнім рівнем фракції викиду лівого шлуночка залишаються незначеними.

Шістдесят шість пацієнтів (92% чоловіків, вік $58,8 \pm 8,1$ року) на ХСН II та III функціонального класу за NYHA із середнім рівнем фракції викиду (від 40% до 49%) проспективно оцінювалися протягом трьох років. На початку дослідження зібрано клінічні та ехокардіографічні дані. Середня фракція викиду склала $44,8 \pm 2,5\%$. В якості клінічних кінцевих точок розглядалися всі смертельні і нефатальні атеротромботичні події, включаючи реінфаркт, раптову серцеву смерть, серцеву недостатність і всі випадки госпіталізації з цієї причини, зареєстровані протягом 3 років після підписання