

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Підсумкова LXII науково-практична конференція

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»,**

*присвячена 165-річчю від дня народження
Івана Яковича Горбачевського*

13 червня 2019 року

Тернопіль
ТНМУ
«Укрмедкнига»
2019

УДК 61(063)
3-46

Відповідальний за випуск: проф. І. М. Кліщ.

Здобутки клінічної та експериментальної медицини, присвячена 165-річчю від 3-46 дня народження Івана Яковича горбачевського : матеріали підсумкової LXII наук.-практ. конф. (Тернопіль, 13 черв. 2019 р.) / Терноп. нац. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТНМУ, 2019. – 115 с.

Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за точність наведених фактів, цитат, даних, відповідної галузевої термінології, власних імен та інших відомостей.

Матеріали надруковано в авторській редакції.

приймали бісопролол, 30 – метопролол та 15 – небіволол). II групу становили 44 хворих, які не отримували β-АБ за різних причин. Визначали χ^2 , відносний ризик (ВР), відношення шансів (ВШ), за допомогою аналізу Каплана-Майєра досліджували виживаність внаслідок НССП, що включали кумулятивну кінцеву точку (ККТ), раптову серцеву смерть (РСС) та повторну госпіталізацію (ПГ) внаслідок декомпенсації ХСН.

Отримані результати: Встановлено, що використання β-АБ супроводжувалось вірогідним зниженням ризику ККТ (на 34%; $\chi^2=18$; ВР=0,6, 95% ДІ 0,5-0,7; ВШ=0,13, 95% ДІ 0,05-0,4; $p<0,001$; Log-rank=-3,7, $p=0,0002$), РСС (на 63,3%; $\chi^2=64,4$; ВР=0,3, 95% ДІ 0,2-0,4; ВШ=0,05, ДІ 0,02-0,12; $p<0,001$; Log-rank=-7,3, $p=0,00001$) та ПГ внаслідок декомпенсації ХСН (на 22,2%; $\chi^2=7,2$; ВР=0,7, 95% ДІ 0,6-0,9; ВШ=0,4 95% ДІ 0,2-0,8; $p<0,01$; Log-rank=-2,8, $p=0,005$). Вірогідних відмінностей залежно від застосування різних груп β-АБ не спостерігалось.

Висновки. Використання β-АБ у хворих на ХСН з НМТ та ожирінням супроводжується більш сприятливим перебігом захворювання впродовж 5 років спостереження.

Бойко Т.Я., Мазур П.Є.

ЗАСТОСУВАННЯ ГІРУДОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ

Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського

У слині п'явки міститься безліч корисних речовин, в т.ч. гірудин, що допомагає розріджувати кров і боротися з утворенням тромбів. Крім того, викидаючи в кров свою слину, проявляється її цукрознижувальна здатність.

Дослідження охоплювало 20 хворих з цукровим діабетом II типу в поєднанні з ожирінням. Курс складав 10 сеансів. У 10% хворих після гірудотерапії був скасований прийом цукрознижуючих сульфаніламідних препаратів, у 30% – знижена їх доза в 2-4 рази.

В 11 пацієнтів досягнуто значного зниження маси тіла. У всіх 20 хворих на цукровий діабет II типу та ожирінням покращилося самопочуття і підвищилася працездатність. Той факт, що гірудотерапія знижує рівень цукру в крові підтверджують результати аналізів. Вже після 2-3 процедури кількість глюкози помітно зменшується. Після курсу гірудотерапії в 5 пацієнтів з ангіопатією нижніх кінцівок зникли болі і набряки в ногах, припинилося судомне скорочення м'язів. Трофічні виразки на ногах практично у всіх хворих або "закрилися", або значно зменшилися їхня площа.

Таким чином, можна з упевненістю стверджувати, що гірудотерапія займає важливе місце в комплексному лікуванні діабету і його ускладнень.

Бондаренко О.П., Бондаренко О.О.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ Q-ІНФАРКТА МІОКАРДА У ЛІТНІХ ХВОРИХ

Запорізький державний медичний університет

Мета роботи: вивчити особливості перебігу госпітального періоду Q-інфаркту міокарда (Q-ІМ) у хворих різних вікових категорій і дати оцінку прогностичного значення їх високих градацій.

Матеріал та методи. Робота виконана в клініці внутрішніх хвороб1 Запорізького державного медичного університету на базі відділень кардіології клінічної лікарні екстреної та швидкої медичної допомоги м. Запоріжжя. Досліджені змінні включали демографію, історію, стан гемодинаміки і тривалість симптомів у 575 хворих, серед них 348 (60.5%) чоловіків(ч), середній вік – 63.2±0.6 років; середній вік жінок(ж) – 70.4±0.6 років. В якості твердих клінічних кінцевих пунктів зазначали усі фатальні та нефатальні коронарні події, потребу в проведенні ургентної терапії, всі випадки серцевої недостатності (СН) та аритмічних ускладнень. Всім хворим проводили комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження згідно загальноприйнятих стандартних критеріїв. В гострому періоді

захворювання хворим проводили ехо-доплеркардіографію (УЗД, апарат Siemens G50, Німеччина). Середній термін від початку симптомів захворювання у залучених в дослідження перевищував 6 годин, тому всім хворим проводилася базисна консервативна терапія згідно з протоколом МОЗ України. Хворі з порушеннями вуглеводного обміну отримували цукрознижуючі засоби та інсулін. Статистична обробка матеріалів виконана за допомогою пакета «Statistica 6.0».

Першу групу спостережень склали молоді пацієнти (<45 років; N=22; ч=21, ж=1), 2 групу – особи віком 45-59 років (N=135, ч=107, ж=28), 3 групу – особи віком 60-75 років (N=267, ч=158, ж=109), 4 групу – особи віком понад 75 років (N= 51, ч=63, ж=88).

Результати. Встановлено істотне збільшення відсотків кардіоваскулярних подій на госпітальному етапі Q-ІМ в групах старших вікових категорій (40,9; 44,4; 59,5; і 76,2% відповідно у 1, 2, 3, 4 групах, $p_{1-3}<0.05$, $p_{1-4}<0.02$), що поєднувалось із достовірно більшою летальністю в цих групах (9,1; 8,1; 20,8 та 45,7% відповідно, $p_{1-3}<0.05$, $p_{1-4}<0.02$). Серед причин смерті в групах літніх хворих були відмінності за частотою розривів міокарда ($4,5\pm 1,5$; $3,0\pm 1,4$; $9,5\pm 2,2$ та $22,1\pm 3,1\%$ відповідно в групах, $p_{1-3}<0.05$, $p_{2-4}<0.02$) та набряку легень (4,5; 5,2; 17,3 і 38,4% в групах відповідно, $p<0.05$). Виявлена достовірно більша, по відношенню до груп молодших осіб, градація показників хронічної серцевої недостатності у пацієнтів 3-4-ї груп ($1,13\pm 0,04$; $1,22\pm 0,05$, $1,63\pm 0,07$ і $1,84\pm 0,09$ відповідно, $p<0,05$), та гострої СН 1-ї доби госпіталізації за шкалою Т. Killip – в 3-4-й групах ($1,18\pm 0,12$; $1,29\pm 0,12$; $1,87\pm 0,13$ і $2,19\pm 0,13$ відповідно; $p_{1-3}<0,05$; $p_{1-4}<0,05$). Більш висока госпітальна летальність у хворих 3-4 груп асоціювалася з більшою частотою фібриляції передсердь (4,5%, 5,9%, 24,2% і 25,8% відповідно, $p_{1-3}<0,01$; $p_{1-4}<0,01$). У 1-2 групах за даними ЕКГ і УЗД децю частіше були уражені нижні сегменти лівого шлуночка (ЛШ) та базальні сегменти міжшлуночкової перетинки, тоді як в 3-4-й групах – передні сегменти ЛШ, однак без достовірних відмінностей між групами. У пацієнтів 3-ї та 4-ї груп у 1 добу спостережень частіше виявлялись порушення вуглеводного обміну (4,5; 15,6; 28,6 та 35,1% відповідно, $p_{1-2}=0,05$; $p_{1-3}<0,02$; $p_{1-4}<0,01$) разом з вищими середніми показниками максимальних рівнів глікемії ($5,84\pm 1,01$; $6,28\pm 1,13$; $8,05\pm 0,97$ і $8,38\pm 2,31$ мМоль/л відповідно, $p_{1-2}>0,05$; p_{1-3} та $p_{1-4}<0,05$). Виявлена негативна кореляція показників віку пацієнтів до прогнозу госпітального етапу ($r=-0.32$, $p<0.02$), рівнів гемоглобіну ($r=-0.23$, $p<0.05$), клубочкової фільтрації ($r=-0.67$, $p<0.05$). Встановлена позитивна кореляція віку пацієнтів до показників ремоделювання міокарда: розміру лівого передсердя ($r=+0.27$, $p<0.05$), індексу маси міокарда лівого шлуночка (ЛШ) ($r=+0.35$, $p<0.05$), індексу відносної товщини стінок ЛШ ($r=+0.16$, $p<0.05$), а також періоду ізovolюмічного розслаблення ЛШ ($r=+0.17$, $p<0.05$), ступенями регургітації на аортальному ($r=+0.31$ $p<0.05$) та мітральному клапанах ($r=+0.20$, $p<0.02$). Негативний прогноз у літніх хворих корелював з тривалістю артеріальної гіпертензії ($r=+0.25$, $p<0.05$), церебральним атеросклерозом ($r=+0,32$, $p<0.02$) з дисциркуляторними ($r=+0,32$, $p<0.05$) і когнітивним розладами ($r=+0.26$, $p<0.05$).

Висновки. Виявлений негативний зв'язок високих градацій віку пацієнтів з прогнозом госпітального етапу Q-ІМ, пов'язаний з гострою серцевою недостатністю, аритмічними ускладненнями, порушеннями в системі гомеостазу, наявністю супутніх захворювань. Отримані результати свідчать про необхідність урахування численних коморбідних станів при веденні літніх пацієнтів з Q-ІМ.

УДК 616.12-008.313-036.11-036.11-02:616.12-008.331.1-06:616.379-008.64

Гончарук Ю.В., Гребеник М.В., Шостак С.Є., Зелененька Л.І., Рудько О.Р.

РОЛЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В РОЗВИТКУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ІНФАРКТУ МІОКАРДА

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Актуальність: Відомими факторами ризику розвитку фібриляції передсердь (ФП) є артеріальна гіпертензія (АГ) і цукровий діабет (ЦД). Та в умовах гострої ішемії міокарда на рахунок впливу даної коморбідності на ФП дані досліджень суперечливі.

Мета: з'ясувати роль АГ і ЦД у розвитку ФП в гострий період інфаркту міокарда (ГІМ).

Матеріали і методи: проведено ретроспективний аналіз даних реєстру ІМ міського кардіоцентру за 2010-2018р., що включає 1854 хворих. Хворі були поділені на 2 групи: перша (1гр.) – ІМ з наявними АГ і ЦД (n=394), друга (2гр.) – ІМ без даної патології (n=1460).

ЗМІСТ

«ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА, ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ, ПСИХІАТРІЯ ТА НЕВРОЛОГІЯ»

<i>Бабінець Л.С., Білочицька В.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОЄДНАННІ З ОБЛІТЕРУЮЧИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ	3
<i>Бабінець Л.С., Галабіцька І.М., Коцаба Ю.Я., Медвідь І.І.</i> ВПЛИВ НЕДОСТАТНОСТІ ЗОВНІШНЬОСЕКРЕТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА ФОРМУВАННЯ ТРОФОЛОГІЧНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ПЕРВИННИЙ ОСТЕОАРТОЗ	4
<i>Бабінець Л.С., Земляк О.С.</i> ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.....	5
<i>Бабінець Л.С., Мігенько Л.М., Мігенько Б.О.</i> КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ОЦІНКИ РІВНЯ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	5
<i>Бабінець Л.С., Сабат З.І., Бабінець А.І.</i> КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ ТА ПАРАМЕТРІВ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ	6
<i>Бабінець Л.С., Сасик Г.М.</i> ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ІЗ СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	7
<i>Бадюк Н.В., Гребеник М.В., Лазарчук Т.Б., Довгалюк М.П., Зоря Л.В., Орищин Л.Ю.</i> ЧАСТОТА АРИТМІЙ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ В УМОВАХ КОМОРБІДНОСТІ.....	8
<i>Бідзіля П.П.</i> КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ В-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ.....	8
<i>Бойко Т.Я., Мазур П.Є.</i> ЗАСТОСУВАННЯ ГІРУДОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ	9
<i>Бондаренко О.П., Бондаренко О.О.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ Q-ІНФАРКТА МІОКАРДА У ЛІТНІХ ХВОРИХ	9
<i>Гончарук Ю.В., Гребеник М.В., Шостак С.Є., Зелененька Л.І., Рудько О.Р.</i> РОЛЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ В РОЗВИТКУ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ІНФАРКТУ МІОКАРДА	10
<i>Гребеник М. В., Жегестовська Д. В., Садлій О. Г., Криськів О. І., Довгалюк М. П.</i> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ КЛІНІКО-ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИМИ ПОКАЗНИКАМИ ТА РІВНЕМ ЛЕЙКОЦИТІВ В ПЕРИФЕРИЧНІЙ КРОВІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА.....	11
<i>Гребеник М.В., Левчик О.І.</i> ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ІНФАРКТУ МІОКАРДА ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОВЕДЕННЯ ІНТЕРВЕНЦІЙНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВІНЦЕВОГО КРОВОТОКУ.....	12
<i>Давидович О.В., Стаднюк Л.А., Морєва Д.Ю., Давидович Н.Я., Кононенко О.А., Голубова Ю.І., Лихацька В.О.</i> СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ФАРМАКОПРОФІЛАКТИКИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	12