

у 1,82 рази вищим аніж у I ($p < 0,05$), що супроводжувалось позитивною кореляцією рівня TNF- α та поєднаного генезу XCH ($r = +0,30$, $p < 0,05$). Висновки. XCH у хворих з надлишковою масою тіла та ожирінням характеризується переважанням вмісту адипонектину, резистину, ІЛ-6, ІЛ-10 та TNF- α . Поєднаний генез XCH супроводжувався максимальними значеннями TNF- α .

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ GESTAЦІЇ У ЖІНОК З ДИСТРЕСОМ ПЛОДА У ДРУГОМУ ПЕРІОДІ ПОЛОГІВ

Білугіна Т.В.

Науковий керівник: доц. Сюсюка В.Г.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра акушерства та гінекології

Вступ. На етапі спостереження жінки під час вагітності є можливість виявити фактори ризику розвитку дистресу плода, що може стати основою профілактики ускладнень перинатального періоду. Мета роботи: на підставі аналізу первинної документації перебігу вагітності та пологів, дати оцінку можливих факторів ризику дистресу плода у другому періоді пологів. Матеріали та методи дослідження. Проведено аналіз 33 історій пологів жінок, перебіг яких ускладнився дистресом плода у другому періоді. Середній вік жінок склав $26,67 \pm 0,83$ років. Результати дослідження. Серед жінок групи дослідження переважали першороділі, що склало 82%. В структурі гінекологічних захворювань мали місце: патологія шийки матки у 16 жінок (48,5%), патологія придатків у 3 жінок (9,09%) талейоміома – у 2 жінок (6,06%). На наявність медичного абортів вказала кожна четверта жінка (24,24%). Мимовільний викидень в анамнезі спостерігався у 4 жінок (12,12%). В структурі соматичних захворювань провідне місце займало ожиріння (27,27%), патологія сечовидільної системи (18%) та нейроциркуляторна дистонія (9,09%). Ускладнений перебіг вагітності спостерігався у 84,85%. В структурі ускладнень мав місце ранній гестоз (24,24%), невиношування (21,21%) та анемія вагітних (63,64%). Висновки. Результати проведеного дослідження дозволили встановити, що серед факторів ризику дистресу плода слід розглядати наявність екстагенітальної патології, а саме ожиріння та патологію сечовидільної системи. У вагітних, пологи яких ускладнилися дистресом плода, ускладнений перебіг вагітності мав місце у 84,85% жінок (ранній гестоз, невиношування та анемія вагітних).

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ОККЛЮЗИЯМИ АОРТО-ПОДВЗДОШНОГО СЕГМЕНТА

Боговин А.С.

Научный руководитель: д.мед.н. Губка В.А.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии

Актуальность: За последнее три десятилетия имплантация синтетического протеза от брюшной аорты до бедренной артерии стала стандартным методом прямой хирургической реваскуляризации для аорто-подвздошного окклюзионного поражения и применяется у 90% пациентов. Цель работы: улучшить качество жизни пациентов с аорто-бедренной окклюзией путем выполнения прямой реваскуляризации. Материалы и методы: В клинике госпитальной хирургии ЗГМУ под наблюдением находилось 34 пациента с поражением аорто-бедренного сегмента с 01.01.2015 по 31.12.2016 г.г. из них мужчин-32(95%), женщин-2(5%). Средний возраст составил — $60,9 \pm 4$ года. Сопутствующие заболевания выявлены у всех пациентов. Все пациенты по классификации TASC 2 имели D тип поражения. У 27(79,3%) пациентов выполнено аорто-бедренное, а у 7 (20,7%) подвздошно-бедренное шунтирование. В качестве доступа у 13(38,2%) пациентов использовалась минилапаротомия. Результаты: У 33(97,1%) получены хорошие результаты. У 1 (2,9%) возник спинальный инсульт, приведший к летальному исходу. У 7(20,6%) пациентов возникли осложнения в виде тромбоз протеза — у 3(8,8%) больных, лимфоррея у 2(5,8%) пациентов, подкожная эвентерация у 2 (5,8%) больных. Показатели ЛПИ выросли на 78% с 0.30 до 0.85, градиент давления повысился. В качестве профилактики тромбообразования больные принимали дезагрегантную терапию и статины. Выводы: 1. Аорто-бедренное реконструкции являются эффективными и безопасными методом лечения больных с критической ишемией конечностей. Данный метод

позволяєт досягти компенсації кровообігу, підвищення ЛПИ до 78%, що дозволяєт уникнути трофічних змін в нижніх кінцівках.

ОЦІНКА ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ, РИЗИКУ ПЕРЕЛОМІВ ТА ДЕЗОКСИПІРИДИНОЛІНУ СЕЧІ У ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВОГО РЕГІОНУ

Бородавко О.І.

Науковий керівник: д.мед.н. проф. Кривенко В.І.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра сімейної медицини, терапії і кардіології ФПО

Мета дослідження: дослідити щільність кісткової тканини (ЩКТ), ризик переломів (РП) та дезоксипіридинолін сечі (ДПІД) у осіб працездатного віку, які постійно проживають в умовах промислового регіону. Матеріали і методи: обстежено 49 осіб, які проживають у місті Запоріжжя, віком від 50 до 65 років. Стан ЩКТ визначали за допомогою ультразвукового денситометра Omnisense 7000. Десятирічний РП визначали за допомогою моделі алгоритмів FRAX та Q-fracture. Рівень ДПІД визначали у ранковій сечі імуноферментним методом на автоматичному хемілюмінесцентному аналізаторі Immulite 1000. Статистична обробка даних проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (StatSoft Inc, США). Результати: 50% пацієнтів мали остеопороз, 24% - остеопенію. Підвищення рівня ДПІД зареєстровано у 88%. Пацієнти з нормальною ЩКТ також мали підвищення ДПІД. У групі з остеопорозом ДПІД сечі достовірно вище у порівнянні з пацієнтами з нормальною щільністю кісткової тканини. Т-індекс на променевої кістці корелює з ризиком переломів FRAX Total (R= -0,38), Q-fracture Total (R= -0,41). Т-індекс фаланги асоціюється з FRAX Total (R= -0,38), Q-fracture Total (R= -0,37), FRAX Hip (R= -0,32), Q-fracture Hip (R= -0,29). ДПІД має зворотній зв'язок з ризиком переломів FRAX Total (R= -0,41), Q-fracture Total (R= -0,42) і зворотній з Т-індексом променевої кістки (R= -0,42). Висновки: ДПІД є доклінічним маркером ураження кісткової тканини. Підвищення рівня ДПІД асоціюється зі зниженням ЩКТ та підвищенням ризику переломів.

ОСОБЛИВОСТІ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКЛЕРОКАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Борота Д.С., Качан І.С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Кривенко В.І.

Запорізький державний медичний університет
Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета: оцінити мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ) та ризик остеопорозних (ОП) переломів у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) та склерозом/кальцинозом аортального клапана (АК). Матеріали і методи: Обстежено 105 пацієнтів з ГХ, 59% - чоловіки, середній вік – 64±8 років. Наявність кальцинозу, склерозу клапанів серця визначали за даними ЕХО-КС, ступінь кальцинозу оцінювали за напівкількісною шкалою як незначний, помірний та виражений. За даними ЕХО-КС усі обстежені були розподілені на 5 категорій у залежності від стану клапанного апарату серця: 1 категорія – з нормальною структурою клапанів серця (24%), 2 – з склерозом стулок АК (30%), 3 – із незначним (14%), 4 – із помірним (21%) та 5 – з вираженим кальцинозом АК (11%). Ступінь порушення МЩКТ визначали методом УЗ-денситометрії на апараті «Omnisense 7000» в області фаланги пальця кисті, променевої і великогомілкової кісток. Діагностика ОП здійснювалася відповідно до критеріїв ВООЗ. Ступінь порушення МЩКТ визначали за Т-критерієм. Оцінка 10-річного ризику ОП переломів проводилась за допомогою програмного інструменту апарату «Omnisense 7000». Результати: За даними УЗ-денситометрії, остеопороз було виявлено у 34% пацієнтів, остеопенію – у 44% і нормальну МЩКТ – у 26% пацієнтів. За даними гамма-кореляційного аналізу, було виявлено достовірний зворотній зв'язок між МЩКТ (Т-критерієм в області фаланги пальця) та ступенем кальцинозу клапанів серця (R= -0,2, p<0,05), достовірний прямий зв'язок між 10-річним ризиком ОП переломів (в області фаланги - R= 0,5, p<0,05, променевої - R= 0,34, p<0,05 та великогомілкової кісток - R= 0,5, p<0,05) та ступенем кальцинозу клапанів серця. Частота ОП була достовірно вищою у пацієнтів зі склерокальцинозом АК (R= 4,9, p=0,02). Висновки: У пацієнтів з ГХ ступінь кальцинозу АК