



ISSN 2522-1116

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
науково-практичної конференції з міжнародною участю
молодих вчених та студентів

**«Актуальні питання сучасної медицини і
фармації - 2021»**

15 – 16 квітня 2021 року



ЗАПОРІЖЖЯ – 2021

УДК: 61
А43

Конференцію зареєстровано в Укр ІНТЕІ (посвідчення № 163 від 12.02.2021).

ОРГКОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ:

Голова оргкомітету: проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови: проф. Туманський В.О., проф. Бєленічев І.Ф.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А., доц. Моргунцова С.А., доц. Павлов С.В., доц. Лур'є К.І., доц. Кремзер О.О., доц. Полковніков Ю.Ф., доц. Шишкін М.А., д.біол.н., проф. Разнатовська О.М., ст.викл. Абросімов Ю.Ю., голова студентської ради Турчиненко В.В.

Секретаріат: ас. Данукало М.В., ст.викл. Борсук С.О.

Збірник тез доповідей науково-практичної конференції з міжнародною участю молодих вчених та студентів «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021» (Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, 15 – 16 квітня 2021 р.). – Запоріжжя: ЗДМУ, 2021. – 202с.

ISSN 2522-1116

Запорізький державний медичний
університет, 2021.

ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ІНФАРКТ МІОКАРДА

Стаценко Л. М.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Земляний Я.В.

Кафедра внутрішніх хвороб 1 та симуляційної медицини

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження: виявити предиктори розвитку легеневої гіпертензії (ЛГ) у хворих на гострий Q-інфаркт міокарда (ГІМ).

Матеріали та методи: Було обстежено 117 хворих з діагнозом ГІМ, які були розділені на такі групи: 85 хворих на ГІМ з ЛГ та 32 пацієнта з ГІМ без ЛГ. Пацієнтам проводилась двомірна ехокардіографія на апараті "MyLab50" ("Esaote", Італія) за рекомендаціями Американського товариства ехокардіографії. При визначенні систолічного тиску в легеневій артерії (систГЛА) використовували рекомендації з діагностики та лікування легеневої гіпертензії Європейського кардіологічного товариства та Європейського респіраторного товариства 2015 року. Для виявлення предикторів розвитку ЛГ у хворих на ГІМ шляхом розрахунку відношення шансів (ВШ) визначали прогностичне значення наступних клініко-анамнестичних та структурно-функціональних показників: наявність фібриляції передсердь, цукрового діабету, серцевої недостатності III-IV ФК, блокади лівої ніжки пучка Гіса (БЛНПГ), систолічної дисфункції лівого шлуночка (ЛШ), діастолічної дисфункції ЛШ II типу, аневризми ЛШ.

Отримані результати: Достовірними клініко-анамнестичними предикторами виникнення ЛГ у хворих на ГІМ є наявність постійної форми фібриляції передсердь (ВШ = 3,47; ДІ=1,09-16,08; $p<0,05$), серцевої недостатності III-IV ФК (ВШ = 7,56; ДІ=1,16-61,35; $p<0,05$) та цукрового діабету (ВШ = 3,69; ДІ=1,08-16,93 $p<0,05$). Достовірними структурно-функціональними предикторами ЛГ у хворих на ГІМ була наявність систолічної дисфункції ЛШ (ВШ = 2,79; ДІ=1,12-6,91; $p<0,05$) та діастолічної дисфункції лівого шлуночка II типу (ВШ = 5,65; ДІ=1,23-25,17; $p<0,05$). Наявність блокади лівої ніжки пучка Гіса (ВШ = 1,77; ДІ=0,36-8,71; $p>0,05$) та аневризми ЛШ (ВШ = 1,29; ДІ=0,33-5,02; $p>0,05$) не досягли достовірної значущості в якості предикторів ЛГ у пацієнтів з ГІМ.

Висновки: Достовірними клініко-анамнестичними предикторами розвитку легеневої гіпертензії у хворих на ГІМ є наявність фібриляції передсердь (ВШ = 3,47; ДІ=1,09-16,08; $p<0,05$), серцевої недостатності III-IV ФК (ВШ = 7,56; ДІ=1,16-61,35; $p<0,05$) та цукрового діабету (ВШ = 3,69; ДІ=1,08-16,93 $p<0,05$). Значущими структурно-функціональними предикторами ЛГ у хворих на ГІМ є систолічна дисфункція міокарда лівого шлуночка (ВШ = 2,79; ДІ=1,12-6,91; $p<0,05$), фібриляція передсердь (ВШ = 3,47; ДІ=1,09-16,08; $p<0,05$) та діастолічна дисфункція лівого шлуночка II типу (ВШ = 5,65; ДІ=1,23-25,17; $p<0,05$).

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ НА ТЛІ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗУ

Стецюк І.О.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Михайловська Н.С.

Кафедра загальної практики - сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Запорізький державний медичний університет

Мета дослідження: Вивчити взаємозв'язок біомаркерів кісткового та судинного ремоделювання з чинниками прогресування ішемічної хвороби серця (ІХС) на тлі постменопаузального остеопорозу (ПМОП).

Матеріали і методи: До подвійного відкритого, поперечного клінічного дослідження в паралельних групах залучено 115 жінок у постменопаузальному періоді з діагнозом ІХС: стабільна стенокардія напруження II-III ФК (середній вік $67,07\pm 0,92$ роки). В залежності від стану мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) пацієнти поділені на три групи: 1 група ($n=24$) – з нормальними показниками МЩКТ, 2 група ($n=34$) – з остеопенією, 3 група ($n=44$) – з остеопорозом. Усім хворим проводили оцінку параметрів ліпідного спектру, добове моніторування ЕКГ, ехокардіоскопію із вимірюванням комплексу інтима-медіа (KIM), а також ультразвукову остеоденситометрію, визначення рівня кісткових та судинних біомаркерів.

Отримані результати: За результатами розрахунку відносного ризику (ВР) встановлено, що у хворих на ІХС з ПМОП на розвиток і прогресування атерогенної дисліпідемії вірогідно впливає рівень остеопротегерина (ОПГ) (ВР=1,50), остеокальцина (ОК) (ВР=1,54), ВЕФР-А (ВР=1,50), гомоцистеїна (ГЦ) (ВР=2,10); на стан діастолічної дисфункції – концентрація ОК (ВР=2,00) та ГЦ (ВР=2,30); дисбаланс ВНС найбільш суттєво пов'язаний з рівнем ОК (ВР=2,10), ОПГ (ВР=1,90) та ВЕФР-А (ВР=2,00); дилатація порожнини серця суттєво асоціюється зі збільшенням рівня ОК (ВР=1,68), ОПГ (ВР=1,61) та ГЦ (ВР=2,53); потовщення КІМ, виникнення аритмічних ускладнень має суттєвий зв'язок зі зростанням концентрації ГЦ (ВР=3,60 та ВР=2,57 відповідно). Ризик розвитку порушень МЦКТ зростає при збільшенні рівня як кісткових біомаркерів: ОК (ВР=1,45), ОПГ (ВР=1,46), так і біомаркерів серцево-судинного ремоделювання: ВЕФР-А (ВР=1,44), ГЦ (ВР=1,98).

Висновки: Взаємозв'язок біомаркерів кісткового та судинного ремоделювання з розвитком атерогенної дисліпідемії, структурно-функціональними змінами серця, виникненням аритмічних ускладнень, дисбалансом ВНС, що свідчить про їх вплив на перебіг ІХС на тлі ПМОП.

ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА В КОНТЕКСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ – РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ.

Шишацька І.М.

Науковий керівник: д. мед. н, проф. Сатурська Г.С

Кафедра «Громадського здоров'я та управління охороною здоров'я»

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Мета дослідження: проаналізувати сучасний стан організації паліативної допомоги (ПД) на першому етапі надання даної допомоги – первинна ланка медичної допомоги.

Матеріали та методи: використано чинні нормативно-правові акти та нормативні документи МОЗ України щодо організації ПД на первинному рівні надання медичної допомоги населенню України. Проведено анкетування лікарів центру ПМСД на предмет використання у роботі з паліативними пацієнтами опитувальників для оцінки болю, психологічної та соціальної потреб, наявності у лікарів первинної ланки спеціалізованих курсів та спеціальних знань в сфері паліативної допомоги. Для обробки даних використано наукові методи: аналітичний, бібліосемантичний та системного підходу.

Отримані результати: основними складовими ПД є медична (симптоматична терапія, попередження та лікування хронічного больового синдрому, медикаментозна терапія, надання ефективного знеболення), соціальна (в тому числі надання соціальної послуги паліативного догляду), духовна і психологічна підтримка пацієнта та його сім'ї, інших осіб, що здійснюють догляд за пацієнтом. Згідно наказу МОЗ України № 504 від 19.03.2018 р. “Про затвердження Порядку надання ПМД” сімейний лікар, терапевт або педіатр, надають первинну медичну допомогу, в тому числі окремі послуги ПД пацієнтам усіх вікових категорій, які включають: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин, включаючи оформлення рецептів; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта; при потребі направлення пацієнтів для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД. Дуже важливою для планування необхідних ресурсів є оцінка кількості пацієнтів, що потребують паліативної допомоги, в основі розрахунку якої лежить спеціально розроблена методологія, що використовує наявні в Україні відповідні статистичні дані.

Висновки: незважаючи на всі ті позитивні аспекти в контексті нормативно-правового поля, які прийняті на рівні держави, для удосконалення та доступності ПД для населення України, є низка питань, які потрібно вирішувати та удосконалювати. По-перше – це створення національних стандартів та протоколів надання ПД, по-друге – необхідно удосконалювати і контролювати навчання медичних працівників правильному та ефективному знеболенню, поводженню з пацієнтами та їхніми близькими, навчати філософії паліативу.