

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.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало, что среднедневные показатели систолического и диастолического АД были сопоставимыми, средненочные значения у пациентов 1-й группы достоверно превышали данные 2-й группы для диастолического АД на 11,34% ($p<0,05$). Вариабельность систолического АД была выше у пациентов 1й группы на 26,17% ($p<0,05$) в дневное время. Для диастолического АД разница в дневное время составила 36,05% ($p<0,05$). В ночное время динамика была аналогичной. Суточный индекс был наибольшим у пациентов с нормальной массой тела, в 1-й группе данный показатель был ниже, чем во 2-й на 18,85% ($p<0,05$) и 15,61% ($p<0,05$) для систолического и диастолического АД соответственно.

При оценке типа суточного профиля АД отмечено, что в 1-й группе количество пациентов с недостаточным снижением ночного АД или ночной гипертензией (типы “non-dipper” и “night-picker”) было на 26% больше, чем во 2й группе.

По данным корреляционного анализа, у лиц 1-й группы уровень гликозилированного гемоглобина отрицательно коррелировал с суточным индексом АД ($r=-0,37$), а также вариабельностью АД в ночное время для диастолического АД ($r=0,34$).

Выводы

1. У больных с СД типа 2 и избыточной массой тела в сочетании с АГ отмечены нарушения суточного профиля АД в виде снижения суточного индекса, а также вариабельности АД.

2. Показатели суточного профиля АД (вариабельность диастолического АД, суточный индекс) коррелировали с уровнем гликозилированного гемоглобина у данной категории пациентов.

ФАКТОРЫ РИСКА ОЖИРЕНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный медицинский университет

У большинства пациентов с ожирением ранняя диагностика острой абдоминальной хирургической патологии затруднительна, определённые трудности встречаются при выполнении классической лапаротомии, а в послеоперационном периоде отмечается более высокая частота послеоперационных осложнений и летальности. В

связи с этим выявление факторов риска ожирения с целью его профилактики крайне необходимо.

Цель исследования: оценить удельный вес некоторых факторов риска ожирения в хирургической клинике.

Материал и методы. В хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2”, базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, нами методом слепой выборки обследованы 60 больных, госпитализированных с неотложной абдоминальной хирургической патологией (острый холецистит, аппендицит, панкреатит, спаечная тонкокишечная непроходимость, прободная язва двенадцатиперстной кишки, ущемленная брюшная грыжа). Лица мужского пола составили 4 (6,7%) и женского пола - 56 (93,3%). Возрастной диапазон 20 – 92 года. Ожирение и степень ожирения определяли по индексу массы тела (ИМТ). $ИМТ = \text{вес} / \text{рост}^2$. Изучали факторы риска ожирения.

Результаты. По полученным данным показателей ИМТ I степени выявлен у 6 (10%) пациентов, II степени – у 16 (26,7%), III степени – у 30 (50%) и IV степени – у 8 (13,3%). Начальные проявления ожирения замечены в различном возрасте с неодинаковой частотой. Так в возрасте до 25 лет ожирение первые признаки ожирения отмечены у 1 (1,7%) больных, в течение 26-45 лет – у 5 (8,3%), 46-60 лет - 9 (15%), 60-74 – у 17 (28,3%), 75-89 лет – у 26 (43,3%) и 90 лет и старше – у 2 (3,3%). Длительность ожирения также была различной. Ожирением страдали от 5 до 10 лет 8 (13,3%) пациентов, от 10 до 20 лет - 16 (26,7%), от 20 до 30 лет - 25 (41,7%) и дольше 30 лет - 11 (18,3%). Пусковым моментом начала процесса ожирения явились роды 13 (21,6%) больных, резкое снижение двигательной активности, связанное с особенностями профессии – у 12 (20%), выход на пенсию с переходом от значительной физической активности к небольшой физической активности – у 12 (20%), курение – у 3 (5%) и не смогли указать на причину ожирения – 20 (33,3%). Из анамнеза выяснено, что 28 (46,7%) пациентов имели наследственное ожирение.

Отмечен высокий процент сочетанной патологии у обследованных с ожирением – 56 (93,3%) больных, сахарного диабета – 23 (38,%) и тяжёлых осложнённых деструктивных форм острого холецистита – 31 (51,6%).

Частота питания (от 1-2 раз до 6-7 раз в сутки) и калорийность не характеризовались важными для ожирения. Углеводы в виде макаронных и печенных изделий, а также картошка и жареная пища, как основа рациона, присутствовали у 35 (58,3%) пациентов. Алкогольные напитки употребляли 29 (48,3%) больных и избыток кондитерских изделий - 26 (43,3%), а 22 (36,7%) пациентов совсем исключили из своего рациона пищу богатую животным и растительным белком (мясо-молочные продукты, морепродукты, рыба).

Физическая активность у большинства больных была низкой - 50 (83,3%). Отдых не носил активной направленности и состоял за времяпровождением за монитором компьютера, телевизора. Значительное время занимала домашняя работа и носила лёгкий характер у 40 (66,7%) пациентов. Перед сном прогулки на свежем воздухе проводили 19 (31,7%) больных. А вот спортом и другими видами повышения физической нагрузки на организм и двигательной активности они не занимались.

Выводы:

1. Выявлены факторы риска ожирения у пациентов с неотложной хирургической абдоминальной патологией.
2. На эти факторы должна быть направлена профилактика ожирения.
3. Отмечен высокий процент сочетанной патологии с превалированием ИБС, сахарного диабета, острого холецистита.

ПРОФИЛАКТИКА ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ПАЛАТЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ, У ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Капиштарь А.В., Капиштарь А.А.

Запорожский государственный медицинский университет

Вступление. Профилактика пневмонии одним из важных компонентов в процессе лечения пациентов в палате интенсивной терапии. Согласно доступных публикаций в открытой печати, из числа всех умерших оперированных больных желчнокаменной болезнью от различных причин у большинства при