

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**Харківська медична академія післядипломної освіти**  
**Рада молодих вчених ХМАПО**  
**Харківське медичне товариство**

# **МЕДИЦИНА ХХІ СТОЛІТТЯ**

**Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених з міжнародною  
участю**

**24 листопада 2016 року. – Харків, 2016. - 131 с.**

**Відповідальний за випуск**

**Пастух В.В.**

**Харків 2016 р.**

связь дислипидемии с возрастом и женским полом, что может рассматриваться в качестве факторов инициирующих развитие кардиоваскулярных заболеваний у пациентов СГ в сочетании с НАЖБП.

## КЛАСИ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ КРОВООБІГУ У ПАЦІЄНТІВ В РАННІЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯТОРА ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ

*Починська М.В., Яблучанський М.І.*

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Україна

Кафедра внутрішньої медицини

**Мета:** проаналізувати функціональні показники кровообігу в класах пульсового артеріального тиску (ПАТ) у пацієнтів в ранній період після імплантації електрокардіо – стимулятора (ЕКС) та медикаментозної терапії.

**Матеріали і методи.** Обстежено 220 пацієнтів віком ( $70 \pm 9$ ) в ранній період (3-5 днів) після імплантації ЕКС в режимах DDD(R) у 132, VVI(R) у 69 та CRT(P/D) у 19 пацієнтів. Медикаментозна підтримка здійснювалася антикоагулянтами, антиагрегантами, серцевими глікозидами, аміодароном, івабрадіном, діуретиками, бета-блокаторами, антагоністами кальцію, інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), блокаторами рецепторів ангіотензину II (БРА), статинами. Пацієнти були віднесені до п'яти класів ПАТ: I - дуже низький - менше 20 мм.рт.ст., II – низький - більше 20 - менше 40 мм.рт.ст., III - норма - 40 - 60 мм.рт.ст., IV – високий - понад 60 - менше 80 мм.рт.ст., V - дуже високий - більше 80 мм.рт.ст.

У ранній післяопераційний період оцінювали систолічний та діастолічний артеріальний тиск (САТ, ДАТ), частоту серцевих скорочень (ЧСС), кінцевий систолічний та діастолічний об'єм (КСО, КДО), фракцію викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ), товщину задньої стінки ЛШ (ТЗСЛЖ) та міжшлункової перетинки (ТМЖП), масу міокарда ЛШ (ММЛШ) розміри лівого та правого передсердя (ЛП, ПП) та розмір правого шлуночка (ПШ). Для статистичної оцінки результатів використовували параметричні критерії, достовірність відмінностей в показниках між групами ПАТ визначалася за допомогою t-критерію Ст'юдента при очікуваному рівні достовірності  $p < 0,05$ .

**Результати.** Початково низький САТ у II класі, високий в IV, V і в фізіологічному діапазоні в III класах ПАТ мав тенденцію до зниження у більшій мірі в IV та меншій мірі в V класах, приблизився до норми у II та залишився на фізіологічному рівні в III класі ПАТ після імплантації ЕКС на фоні медикаментозної терапії. ДАТ був у межах норми у всіх класах ПАТ. Початково низька ЧСС, менш виражена в III, IV, більш виражена в V класах ПАТ та в II класі на фізіологічному рівні досягла норми у всіх класах ПАТ в ранній період після імплантації ЕКС та медикаментозної терапії. Початково збільшений КСО та знижена ФВ більш виражені у III, IV та V класах ПАТ та збільшений КДО, більш виражений у II, V і менш виражений у III, IV класах ПАТ, не змінилися в гострий період після імплантації ЕКС. Початково збільшена ТЗСЛШ з більш вираженою гіпертрофією у II, IV і V класах ПАТ, однаково збільшена ТМШП у всіх класах та збільшена ММЛШ, менш виражена в III, IV та більш виражена у II, V класах ПАТ, залишились на тому ж рівні в ранній період після імплантації. Початково збільшені розміри ЛП в меншій мірі у II, III, IV, збільшені розміри ПП у всіх класах та ПШ в меншій мірі в III, IV і в більшій мірі у II, V класах ПАТ не змінилися в ранній період після імплантації ЕКС та медикаментозної терапії.

**Висновки.** Імплантація ЕКС в ранній період та підтримуюча медикаментозна терапія призводять до нормалізації ДАТ та ЧСС у всіх класах ПАТ та САТ у ІІІ класі, з тенденцією до зниження у ІІ, ІV та V класах. Відсутність змін КСО, КДО, ФВ, ТЗСЛШ, ТМШП, ЛП, ПП та ПШ вказує на необхідність підвищення медикаментозного контролю пацієнтів та корекції параметрів стимуляції після імплантації ЕКС.

## **ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БАЗАЛЬНО - КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ВЕК И ЕЕ ДИНАМИКА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Приходько Д.О., Гончарь Е.Н., Арустамова Г.С.,*

*Переяслова А.С., Уразова Л.Ф.*

**Харьковский национальный медицинский университет МОЗ Украины**

**Кафедра офтальмологии**

В последние годы в мире отмечается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями век (Lin H.Y. et al.; Mak S.T. et al.) и базально - клеточным раком век в частности (Paavilainen V. et al.).

**Цель.** Изучить заболеваемость базально - клеточным раком век и ее динамику в Харьковской области в сравнении с другими странами.

**Материал и методы.** Изучена заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи век в Харьковской области за 2006 – 2015 годы и доля среди них базально - клеточного рака. Динамика заболеваемости оценивалась за пятилетние периоды и сопоставлялась с заболеваемостью в других странах (по данным литературы).

**Результаты.** Нами было установлено, что заболеваемость базально - клеточным раком век в Харьковской области за последние пять лет была 1,84, что на четверть выше в сравнении с 2006-2010 годами. Данный показатель в Харьковской области соответствует заболеваемости в Европе (Paavilainen V. et al.), что значительно ниже, чем в США (Cook B.E. Jr. et al.).

Базально - клеточный рак в Харьковской области составляет 85% среди злокачественных новообразований век, что на 9 % выше, чем за предыдущее пятилетие. Данный показатель близок к таковому в Европе и США и в несколько раз превышает аналогичные показатели в Азии.

**Выводы.** За последние пять лет установлен рост заболеваемости базально-клеточным раком век в Харьковской области и увеличение его доли среди злокачественных новообразований век, что требует изучения факторов, способствующих увеличению заболеваемости базально-клеточным раком век.

## **ЗНАЧИМОСТЬ КРИТЕРИЕВ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Рогачевский В.А., Голяницев М.А.*

**Харьковская медицинская академия последиplomного образования**

**Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии**

Частота острой декомпенсации сахарного диабета (ОДСД) составляет 4,6-8 случаев на 1000 пациентов с сахарным диабетом (СД) в год в мире. Все эти пациенты требуют лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Причинами ОДСД являются: обострение гнойно-воспалительных заболеваний (например, ГНО диабетической стопы, острый пиелонефрит, абсцессы), интеркуррентные заболевания (например: ОРВИ, аппендицит, ЖКБ), резкие колебания чувствительности к

|     |                                                                                                                                                                                                                          |    |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 79. | <i>Петросова О.А., Бобронникова Л.Р.</i><br>ЭТИОЛОГИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ХАРЬКОВА                                                                                                                           | 85 |
| 80. | <i>Подпратов В.М.</i><br>АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ РОЗЛИТОГО ГНІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ                                                                                                                                     | 86 |
| 81. | <i>Потапенко А.В., Немцова В.Д.</i><br>ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ В СОЧЕТАНИИ С НАЖБП РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП                                                                 | 87 |
| 82. | <i>Починська М.В., Яблучанський М.І.</i><br>КЛАСИ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ КРОВООБІГУ У ПАЦІЄНТІВ В РАННІЙ ПЕРІОД ПІСЛЯ ІМПЛАНТАЦІЇ ЕЛЕКТРОКАРДІОСТИМУЛЯТОРА ТА МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ | 88 |
| 83. | <i>Приходько Д.О., Гончарь Е.Н., Арустамова Г.С. и др.</i><br>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ БАЗАЛЬНО - КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ВЕК И ЕЕ ДИНАМИКА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ                                                                          | 89 |
| 84. | <i>Рогачевский В.А., Голянищев М.А.</i><br>ЗНАЧИМОСТЬ КРИТЕРИЕВ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА                                                               | 89 |
| 85. | <i>Руденко Т.А.</i><br>ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ВПЛИВУ АНТАГОНІСТІВ МІНЕРАЛОКОРТИКОЇДНИХ РЕЦЕПТОРІВ НА ДИССИНХРОНІО МІОКАРДА У ХВОРИХ З ХСН В ПОЄДНАННІ З ЦД 2-ГО ТИПУ                                                         | 91 |
| 86. | <i>Самойлова Г.П.</i><br>КЛІНІКО-НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ХВОРИХ НА МІАСТЕНІО В ПОЄДНАННІ З ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ТИМУСУ.                                                                                                    | 92 |
| 87. | <i>Санжарова А.В., Бобронникова Л.Р.</i><br>ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ОЖИРЕНИИ                                                                                                             | 93 |
| 88. | <i>Сариан Е.И., Лопандина А.А.</i><br>ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ                                                                                                                                | 94 |
| 89. | <i>Сенаторова А.С., Пугачева Е.А.</i><br>ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ 25-ГИДРОКСИВИТАМИНОМ D ДЕТЕЙ С РЕАКТИВНЫМИ АРТРИТАМИ                                                                                                             | 95 |
| 90. | <i>Славич А.В., Шалимова А.С.</i><br>ВЫРАЖЕННОСТЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА                                                          | 95 |
| 91. | <i>Слободянюк О.Л., Бєлюсова О.Ю.</i><br>ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ                                                                                                           | 96 |
| 92. | <i>Соколенко С.Т.</i><br>КОМБІНОВАНЕ ОДНОМОМЕНТНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА КАМЕНІ СЕЧОВОГО МІХУРА                                                                             | 97 |
| 93. | <i>Сорока Е.П., Пастух И.В., Гончарова Н.А.</i><br>РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛУЦЕНТИСА ПРИ ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ                                                                                                 | 98 |
| 94. | <i>Страшиок Л.А., Хоменко М.А.</i><br>СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ КИШЕЧНИКА У ПІДЛІТКІВ ІЗ ОЖИРІННЯМ                                                                                                                             | 98 |