

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР
«УНІВЕРСИТЕТСЬКА КЛІНІКА»

ЗБІРКА ТЕЗ

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
«ВПРОВАДЖЕННЯ НАУКОВИХ ДОСЯГНЕНЬ
УНІВЕРСИТЕТСЬКИХ КЛІНІК У ПРАКТИКУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

26-27 жовтня 2017 р.

м. Запоріжжя

ОРГКОМІТЕТ

Голова оргкомітету

Ректор Запорізького державного медичного університету,
д.мед.н., професор **Ю.М. Колесник**

Заступники голови

Проректор з наукової роботи Запорізького державного медичного університету,
д.мед.н., професор **В.О. Туманський**

Директор ННМЦ «Університетська клініка»,
Запорізького державного медичного університету,
д.мед.н., професор **В.І. Кривенко**

Члени оргкомітету

к.мед.н., доцент М.О. Авраменко, д.мед.н., професор В.А. Візір,
к.мед.н., доцент С.А. Моргунцова, д.мед.н., доцент М.Ю. Колесник,
д.мед.н., доцент О.В. Возний, д.біол.н., доцент С.В. Павлов, д.мед.н. А.В. Демченко,
к.мед.н. В.В. Вакуленко, Е.В. Котляревська, Л.І. Бородавко

Відповідальний секретар

д.мед.н. А.В. Демченко

Секретаріат

А.В. Алтухов, О.М. Кіосов

Сучасні тенденції в діагностиці та лікуванні раннього раку шлунка Корп'як В.С.....	30
Клініко-фармакодинамічні аспекти застосування блокади раас у хворих на хронічний гломерулонефрит з артеріальною гіпертензією Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О., Долінна М.О.....	31
Взаємозв'язок щільності кісткової тканини та ризику переломів FRAX, Q-fracture у хворих на цукровий діабет 2 типу Кривенко В.І., Бородавко О.І.....	32
Гендерні особливості порушення функції аортального клапана у залежності від ступеня кальцифікації Кривенко В.І., Борота Д.С., Качан І.С.	32
Кардіальні порушення у хворих з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою Кривенко В.І., Світлицька О.А., Дудко О.В., Горбаткова Н.Г., Кікнадзе Т.І., Вороніна Є.В.....	33
Особливості функціонального стану міокарду у хворих з синдромом обструктивного апное сну та гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою Кривенко В.І., Світлицька О.А.	34
Тактика ведення хворих з сенсоневральною приглухуватістю та суб'єктивним вушним шумом Кривенко В.І., Худякова С.М.	34
Ефективність місцевого лікування ХЕЙЛИТА гелем «Пантенол» Крючко А.И., Андреева Е.В.....	35
Рання діагностика сімейної гіперхолестеринемії Мазніченко Є.О., Якименко О.О.	36
Применение плазмолифтинга при лечении флегмон челюстно-лицевой области и шеи Маланчук В.А., Сидоряко А.В., Баранник Н.Г.	37
Антибиотикорезистентность в Запорожском ожоговом центре Мангуренко О.И., Молчанов А.О.....	38
Вміст цитокінів при хронічній серцевій недостатності з надлишковою масою тіла, ожирінням та супутньою анемією легкого ступеня Нетяженко В.З., Бідзіля П.П.	38
Оцінка поширеності сімейної гіперхолестеринемії серед пацієнтів кардіологічного профілю Нікітюк О.В., Комарова-Лазько О.В.....	39
Структура пацієнтів із саркоїдозом органів дихання на Прикарпатті Островський М.М., Швець К.В. Островський М.М.	40
Рання діагностика ішемічних порушень міокарду у осіб, що потребують диференційної діагностики больового синдрому у ділянці серця Пахомова С.П., Радомська Т.Ю., Салівон-Гончаренко А.А.....	40
Влияние кортикальной депрессии и патологии таламокортикальной зоны на соматосенсорную симптоматику при мигренозной ауре Первеева Е.И., Букреева Ю.В.	41
Торакоскопічна біопсія в діагностиці дифузних інтерстиціальних захворювань легень Перцов В.І., Телушко Я.В., Савченко С.І.	42

шлунка є стадіювання. Локорегіонарну поширеність дозволяє визначати ендоскопічне дослідження. Ендоскопічне лікування на даний момент вважається радикальним у випадках розміру пухлини до 2 см з інвазією 1000 мкм в підслизову (не більше ніж на 1/3 товщі підслизової), при умові високо- або помірнодиференційованої аденокарциноми (G1-2), інтактними горизонтальними та вертикальними краями резекції, відсутності лімфоваскулярної і параневральної інвазії. Висновки: Для раннього виявлення та ендоскопічного лікування раку шлунка необхідне не лише якісне обладнання, але і можливість тривалого і якісного огляду, якісна гістологічна оцінка передракових станів та видаленого матеріалу.

КЛІНІКО-ФАРМАКОДИНАМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКАДИ РААС У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Крайдашенко О.В., Свинтозельський О.О., Долінна М.О.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра клінічної фармакології, фармації, фармакотерапії і косметології

На сьогодні препаратами першого ряду у хворих на хронічний гломерулонефрит (ХГН) з артеріальною гіпертензією (АГ) є інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту (іАПФ) та антагоністи рецепторів ангіотензину II (АРА). Мета: оптимізувати вибір найефективнішого гіпотензивного препарату з нефропротекторною дією у хворих на ХГН з АГ. Матеріали та методи. Дослідження з 24-тижневим спостереженням проведене у 69 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні у нефрологічному відділенні КУ «Запорізька обласна клінічна лікарня» ЗОР. Діагноз «хронічний гломерулонефрит» був верифікований на підставі клінічних, лабораторних даних і нефробиопсії (у 100% пацієнтів було діагностовано мезангіопроліферативний гломерулонефрит). Хворі були розділені на дві групи порівняння в залежності від призначеної фармакотерапії: I група (n=34) отримувала телмісартан у початковій дозі 40 мг 1 раз на добу (середня добова доза склала $43,5 \pm 12,5$ мг). Пацієнти II групи (n=35) – раміприл. Початкова доза становила 5 мг 1 раз на добу (середня добова доза склала $5,4 \pm 1,3$ мг). Отримані результати. Терапія телмісартаном добре переносилась хворими, побічної дії зафіксовано не було. Лікування з використанням раміприлу добре переносилось, але мало прогнозовану побічну дію у 8,5% пацієнтів (сухий кашель). Терапія телмісартаном та раміприлом привела до достовірного зниження протеїнурії (на 34,9% та 28,2% відповідно) та рівню креатиніну крові (на 14,9% та 8,7% відповідно). Під впливом лікування телмісартаном спостерігалось вірогідніше у порівнянні з раміприлом зниження показників добового моніторингу АТ, зменшення індексу маси міокарда лівого шлуночка (на 3,6%), що підтверджує виразніші органопротекторні ефекти телмісартану та його безпечність у застосуванні.