

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

**Матеріали
підсумкової LXI науково-практичної конференції**

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»**

(7 червня 2018 року)

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига» 2018

Матеріали підсумкової LXI науково-практичної конференції
«Здобутки клінічної та експериментальної медицини» – Тернопіль:
Укрмедкнига, 2018. – 348 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть
автори тез.

Сиволап В.Д., Бондаренко О.П., Бугаєв В.В., Бондаренко О.О.

**КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК ПРИ ГОСТРОМУ
КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ
ПЕРЕДСЕРДЬ**

Запорізький державний медичний університет

Мета. Визначити кардіоваскулярний ризик при гострому коронарному синдромі (ГКС) з фібриляцією передсердь.

Матеріали та методи. В дослідження увійшли 225 хворих: 133 чоловіків (59,1%) і 92 жінки (40,9%), середній вік склав $68,1 \pm 0,5$ років. В якості твердих клінічних кінцевих пунктів зазначали усі фатальні та нефатальні коронарні події, потребу в проведенні ургентної терапії, всі випадки серцевої недостатності (СН) та аритмічні ускладнення. Хворі розподілялись на 3 групи: перша група – хворі з ГКС без фібриляції передсердь (ФП) (111 чоловіків і 72 жінки, середній вік – $67,0 \pm 11,2$ років); друга група – хворі на ГКС з пароксизмами ФП (чоловіків – 6, жінок – 6, середній вік – $76,0 \pm 10,0$ років), та третя – хворі на ГКС з постійною фібриляцією передсердь (чоловіків – 16, жінок – 14, середній вік – $76,5 \pm 8,5$ років). Середні значення індексу EHRA по групах із ФП склали $3,25 \pm 0,45$ та $3,17 \pm 0,53$. Діагноз встановлювали на підставі клінічних, електрокардіографічних (ЕКГ) даних, рівнів маркерів некрозу (тропонін-І) з урахуванням результатів ехокардіографічного дослідження (УЗД). Середній термін від початку симптомів захворювання в групах дослідження перевищував 6 годин, тому всім хворим проводилася базисна консервативна терапія згідно з протоколом МОЗ України. Статистична обробка матеріалів виконана за допомогою пакета «Statistica 6.0».

Результати. У хворих на ГКС із ФП в анамнезі більша тривалість стенокардії ($4,49 \pm 6,82$; $7,08 \pm 7,01$ і $8,87 \pm 8,62$ років відповідно в групах, $p_{1-2} < 0,2$; $p_{1-3} < 0,002$), артеріальної гіпертензії (АГ) у хворих з пароксизмами ФП ($11,0 \pm 8,7$; $15,65 \pm 10,64$; $10,5 \pm 8,93$ років відповідно, $p_{1-2} < 0,07$). Зменшення частки осіб, що вижили на госпітальному етапі, серед хворих на ГКС із ФП ($87,9 \pm 3,6$; $75,0 \pm 4,5$ і $63,3 \pm 4,9$ % відповідно в групах, $p_{1-3} < 0,05$) узгоджувалось з вірогідністю негативного прогнозу в групах за шкалою GRACE ($26,17 \pm 13,1$ %;

36,55±20,7 %; 34,28±19,3 % відповідно, $p_{1-2}<0,02$; $p_{1-3}<0,05$; $R=-0,34$, $p<0,05$). Встановлено паралелізм наявності ФП з віком хворих у групах (67,01±11,24; 76,50±10,03 і 71,73±8,53 років відповідно; $R=+0,21$, $p<0,05$). В аналізах крові у хворих 3 групи на 1-у добу був більш високий рівень тропоніну-I (4,48±5,1; 4,92±3,8 і 9,42±12,26 ng/ml відповідно, $p_{1-2}<0,05$, $p_{1-3}<0,01$), що засвідчує більший об'єм уражень міокарда у хворих на тлі постійної форми ФП. У хворих 2-ї та 3-ї груп відмічено більшу частоту інсультів, стосовно групи порівняння (12±3,2; 25±4,5 і 27±4,5 % відповідно, $p_{1-3}<0,05$), як і градацій дисциркуляторних енцефалопатій (0,51±0,95; 1,25±1,35; 1,27±1,38 відповідно). У хворих ГКС з пароксизмальною формою ФП істотно частіше зустрічався клас гострої серцевої недостатності Killip II-III (16,5±3,7 %; 25,0± 4,5 %; 22,2±4,2 % відповідно $p_{1-2}<0,05$, $p_{1-3}<0,05$). При наявності постійної форми ФП була суттєво більшою частка Killip IV класу (7,6±2,6 %; 25,0±4,5 %; 37,04±4,9 % відповідно, $p_{1-2}<0,04$, $p_{1-3}<0,001$).

За даними УЗД та ЕКГ у хворих на ГКС із постійною формою фібриляції передсердь частіше виявляється ураження міокарду базальних та середніх сегментів передньої стінки ЛЖ. У хворих на ГКС 2 і 3 груп відбувається структурно-функціональне ремоделювання серця за вірогідно більшого ступеня регургітації на мітральному (1,48±0,6; 2,25±0,5 і 2,17±0,98 відповідно, $p_{1-2}<0,02$) і трикуспідальному клапанах (1,66±0,62; 2,25±0,5 та 2,29±0,95 відповідно, $p_{1-2}<0,07$; $p_{1-3}<0,02$), та більшого ступеня регургітації на клапанах легеневої артерії переважно у хворих 3 групи (1,33±0,47; 1,25±0,5 та 1,71±0,48 відповідно, $p_{1-3}<0,05$). У пацієнтів із ФП суттєво більші параметри кінцево-діастолічного розміру (КДР) правого шлуночка (1,94±0,43; 1,82±0,27 і 2,97±1,20 см відповідно, $p_{1-3}<0,001$) та КДР ЛШ (5,26±0,81; 5,60±0,40 і 5,74±0,50 см відповідно, $p_{1-3}<0,05$), а також зниження фракції викиду ЛШ (51,66±11,30 %; 45,60±5,7 % і 41,91±6,80 % відповідно, $p_{1-3}<0,05$). Істотні розбіжності з групою порівняння виявлені в осіб 2 та 3 груп за індексом маси міокарда ЛШ (146,21±51,91; 164,70±32,94 і 195,44±50,56 г/м² відповідно, $p_{1-3}<0,005$). У пацієнтів з пароксизмальною і постійною формами ФП вірогідно частіше виявляли прогностично несприятливий тип ремоделювання ЛШ – ексцентрична гіпертрофія (44,7±5,0; 80,0±4,4 і 76,9±4,4 % відповідно, $p_{1-2}<0,03$, $p_{1-3}<0,05$).

Висновок. У хворих на гострий коронарний синдром із фібриляцією передсердь встановлений лінійний характер негативного зв'язку з прогнозом, пов'язаний з ремоделюванням серця, розвитком гострої серцевої недостатності та дисциркуляторних енцефалопатій. Отримані результати засвідчують необхідність подальшого вивчення прогностичного значення фібриляції передсердь при гострому коронарному синдромі.

Макарчук Н.Р., Мартинюк Л.П. ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ ЧУТЛИВОСТІ У ХВОРИХ З ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ ТА ДИСЛІПІДЕМІЄЮ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОЛЯРИЗУЮЧОГО СВІТЛА	49
Масік Н.П., Поніна С.І. БРОНХІАЛЬНА АСТМА, ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ САРКОПЕНІЇ	50
Медвідь І. І., Бабінець Л.С. ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАННЯМ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА СУПУТНЬОГО ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ	52
Мелень Ю.П. ВПЛИВ ПЕРВИННОГО СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST НА РЕМОДЕЛЮВАННЯ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА	53
Мисула І.Р., Голяченко А.О., Бакалюк Т.Г., Зятковська О.Я. Завіднюк Ю.В., Сірант Г.О. КОМПЛЕКСНЕ ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОХОНДРОЗ ХРЕБТА В САНАТОРНИХ УМОВАХ	55
Михайловська Н.С., Стецюк І.О. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ВАСКУЛОЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРУ РОСТУ ЗІ СТАНОМ МІНЕРАЛЬНОЇ ЦІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ЖІНОК З ШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ	57
Погорецька О., Галнікіна С. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ОЦІНКИ СТАНУ НІГТЬОВОЇ ПЛАСТИНИ У ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНУ ОНІХОДИСТРОФІЮ	59
Радзіховська Н.С. ЗВ'ЯЗОК ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧИХ УРАЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ТА ПРОЯВІВ ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ З РЕМІТУЮЧО-РЕЦИДИВУЮЧИМ ТА ВТОРИННО-ПРОГРЕСУЮЧИМ ТИПАМИ ПЕРЕБІГУ	61
Сабат З.І., Бабінець Л.С., Палихата М.В., Шевченко Н.О., Земляк О.С. КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КОМПЛЕКСУ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ З ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ	63
Сахелашвілі-Біль О.І. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ДІАГНОСТИКИ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ПІДЛІТКІВ	64
Сиволап В.Д., Бондаренко О.П., Бугаєв В.В., Бондаренко О.О. КАРДІОВАСКУЛЯРНИЙ РИЗИК ПРИ ГОСТРОМУ КОРОНАРНОМУ СИНДРОМІ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	66