

**Міністерство охорони здоров'я України**  
**ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти»**

**ТЕЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ:**

**ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ  
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**"Сучасні погляди на діагностику, лікування, реабілітацію.**

**Мультидисциплінарний підхід в практиці лікаря-  
інтерніста, інновації, здобутки, перспективи з позицій  
доказової медицини та європейського досвіду"**

**14-15 вересня 2017 року**

**Запоріжжя 2017**

УДК 61(063)

ББК 5я431

А 43

**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 терапії, фізіотерапії, курортології і профпатології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

**ЧЛЕНИ РЕДКОЛЕГІЇ:**

Н.Г. Бараннік, д.мед.н., професор;	Д.Г. Живиця, д.мед.н., доцент;
Н.М. Бучакчійська, д.мед.н., професор;	М.М. Милиця, д.мед.н., професор;
Б.М. Голдовський к.мед.н., професор;	О.С. Семенов, к.мед.н., доцент;
С.М. Гриценко, д.мед.н., професор;	Л.С. Овчаренко, д.мед.н., професор;
О.Д. Гусаков, д.мед.н., професор;	Е.А. Побел, д.мед.н., доцент;
М.Я. Доценко, д.мед.н., професор;	А.В. Траїлін, д.мед.н., професор;
О.О. Ковальов, д.мед.н., професор;	З.В. Лашкул, д.мед.н., доцент;
І.В. Кочін, д.мед.н., професор;	Ю.В. Просвтов, д.мед.н., професор;
В.І. Кошля, д.мед.н., професор;	Ю.І. Решетілов, д.мед.н., професор;
Н.С. Луценко, д.мед.н., професор;	О.І. Токаренко, д.мед.н., професор;
О.О. Люлько, д.мед.н., професор;	Л.Л. Воронцова, д.мед.н., професор;
В.Г. Ярешко, д.мед.н., професор.	

Тези за матеріалами: всеукраїнської науково-практичної конференції "Сучасні погляди на діагностику, лікування, реабілітацію. Мультидисциплінарний підхід в практиці лікаря-інтерніста, інновації, здобутки, перспективи з позицій доказової медицини та європейського досвіду" (14-15 вересня 2017 р. м.Запоріжжя) – Запоріжжя, 2017. - 60 с.

Періодичність – Згідно з планом проведення ресстрових науково-практичних конференцій тираж - 200 прим. Ум.др. арк. – 18,85 Замовлення № 479

Адреса для листування: *бул.Вінтера, 20, м.Запоріжжя, 69096 тел.(061) 279-07-23, e-mail: naukaztaro@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.**

самостійно заповнюється опитуваним. Одночасно із попередніми опитувальниками ми застосовували спеціально розроблену анкету в якій були запитання стосовно особливостей та регулярності харчування, наявності шкідливих звичок.

**Результати.** Серед проанкетованих 868 студентів ми визначали поширеність типових симптомів ГЕРХ та факторів, що ймовірно спричинюють їх. Виникнення основного симптому- печії- виявлено у 374 (43,09 %), зригування кислим - відмічено у 395 (45,5 %) та прояви дисфагії у 35 (4,03 %) проанкетованих. При порівнянні факторів та частоти виникнення цих симптомів серед обстежених, провокуючим фактором більшість назвали куріння, не регулярне та не вчасне споживання їжі та вживання газованих напоїв. Опрацювавши результати шкали сонливості, нами було виявлено, що у 24,6 % (214) студентів відмічається помірна денна сонливість; у 12,3 % (107) – виражена денна сонливість.

Для полегшення обробки даних ми створили базу даних в Microsoft Access, що абсолютно відповідала питанням анкет. Для оцінки результатів анкетування використовували методику кореляційного аналізу. Дослідження показали прямий кореляційний зв'язок між проявами денної сонливості та основними симптомами ГЕРХ. А саме а) виникненням печії (чол.-1; жін.-0.85); б) зригуванням кислим (чол.-0,99; жін.-1); в) проявами дисфагії (чол.-0,99; жін.-1). Нами виявлено цікаві факти: на частоту проявів ГЕРХ та підвищення рівня денної сонливості у жінок більше впливає не регулярне вживання їжі, а у чоловіків домінуючу роль у розвитку цих явищ відіграє куріння та вживання газованих напоїв.

**Висновки:** 1. Прояви симптомів ГЕРХ у студентів безпосередньо впливають на появу денної сонливості; чим більше проявів даного захворювання спостерігалось у досліджуваного, тим більш вираженим був рівень денної сонливості. 2. Встановлено сильні кореляційні зв'язки між основними проявами ГЕРХ та денною сонливістю у студентів. Отже, симптоми прояву ГЕРХ мають прямий та опосередкований вплив на розвиток денної сонливості у студентів-медиків.

## **ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА ПОКАЗНИКИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ**

*В.В. Сиволап, О.В. Візір-Тронова*

*Запорізький державний медичний університет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими,*

*Науковий керівник – д.мед.н., професор В.В. Сиволап*

**Вступ.** В останні роки в структурі артеріальної гіпертензії збільшується частка осіб з поєднанням куріння та «ендогенних» факторів ризику, таких як: ожиріння, дисліпідемія, які чинять значний вплив на прогнозування

артеріальної гіпертензії, формування особливих типів кардіо-васкулярного ремоделювання та виникнення асоційованих клінічних станів.

**Мета дослідження.** Дослідити спрямованість окремого впливу досліджуваних модифікованих факторів ризику (ФР) на структурно-геометричні та функціональні показники серця у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії.

**Матеріали та методи.** Обстежені хворі на ГХ II стадії у поєднанні: з гіперхолестеринемією – 25, курінням – 30, надмірною вагою тіла – 82 та без наявності ФР - 10 осіб, відповідно. Групи спостереження були співставні за віком та статтю. Верифікація добового профілю та рівня артеріального тиску (АТ) здійснювалась методом добового моніторингування артеріального тиску (ДМАТ) протягом 24 годин на апараті CardioTens 01, Meditech (Угорщина), кардіогемодинамічні і структурно – функціональні характеристики серця реєструвалися за допомогою двомірної ехокардіографії і імпульсно – хвильової доплерографії за допомоги ультразвукового діагностичного апарату My Lab 50 («Esaote», Італія)

**Результати.** Хворі на ГХ з будь-яким одним ФР не відрізнялись від хворих на ГХ без ФР та між собою за такими показниками офісного АТ, як - систолічний, діастолічний та пульсовий, а також за показниками ДМАТ (середнім добовим систолічним АТ і добовим індексом. В той же час, середній діастолічний АТ за добу та індекс часу були вірогідно більшими у хворих на ГХ з будь-яким із досліджених ФР у порівнянні з хворими на ГХ без ФР, та не мали достовірних розбіжностей цих показників між собою.

Кожен з вивчаємих ФР сприяв у хворих на ГХ вірогідному збільшенню діастолічного та систолічного розмірів лівого передсердя, діастолічної та систолічної товщини міжшлуночкової перетинки, індексу маси міокарда лівого шлуночка, зменшенню відношення інтегральних швидкостей раннього та передсердного наповнення лівого шлуночка у порівнянні з аналогічними показниками у хворих на ГХ без факторів ризику. Проте вірогідних відмінностей між названими показниками у хворих на ГХ з гіперхолестеринемією, або надмірною вагою тіла, або палінням виявлено не було.

**Висновки.** 1. Наявність у хворого на ГХ будь-якого одного ФР (гіперхолестеринемії, надмірної ваги тіла, або паління) асоціюється зі збільшенням середнього добового ДАТ та індексу часу у порівнянні з хворими на ГХ без ФР. Проте між собою хворі на ГХ з будь-яким одним ФР не мають вірогідних розбіжностей за всіма показниками офісного вимірювання та ДМАТ. 2. Будь-який фактор ризику чинить односпрямований вплив на структурно-геометричну та функціональну перебудову серця, а саме, сприяє збільшенню лівого передсердя, індексу маси міокарда лівого шлуночка переважно за рахунок потовщення міжшлуночкової перетинки, що супроводжується вірогідним порушенням діастолічного наповнення лівого шлуночка.