

Міністерство охорони здоров'я України
Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Підсумкова LXV науково-практична конференція

**«ЗДОБУТКИ КЛІНІЧНОЇ ТА
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»**

9 червня 2022 року

**Тернопіль
ТНМУ «Укрмедкнига» – 2022**

п'ятий пацієнт помер. Ранні нереперфузійні аритмії зафіксовані у 101 (4,75 %) пацієнта, надалі половина з них померли у віддаленому періоді. Пізні нереперфузійні ПРС спостерігали лише в 38 (1,78 %) пацієнтів, проте 2/3 з них померли.

Спостерігали достовірну різницю між смертністю в догоспітальному та ранньому реперфузійному періодах ($p < 0,0001$), також в пізньому реперфузійному та ранньому нереперфузійному періоді ($p < 0,0002$). Найвищою виявилась смертність у групі хворих з нереперфузійними ПРС 52,8 % проти 41,3 % догоспітальних, чи 19,81 % ранніх та пізніх реперфузійних аритмій ($p < 0,0000$).

На догоспітальному етапі ФШ фіксувалась в 2,42%, в пререперфузійному періоді – 6,6 %. Найчастіше ФШ виникала в ранньому реперфузійному періоді (12,12%), близько 8 % – в пізній реперфузійний період. В ранньому нереперфузійному періоді ФШ діагностована у 10,8 %, а у пізньому нереперфузійному періоді вдвічі менше (5,26 %). Частота реперфузійної ФШ у хворих з ІМ статистично не відрізнялася від частоти виникнення у хворих на ІМ з нереперфузійними аритміями, однак клінічні наслідки ФШ прогностично виявились несприятливими у хворих останньої групи з віддаленою смертністю вищою у 2,56 рази ($p < 0,0004$).

Висновок та перспективи дослідження: Найбільш несприятливим прогностичним чинником віддаленої смертності хворих з ІМ виявилась наявність нереперфузійної ФШ, яка виникає в пізній період гострого ІМ. Найчастіше ФШ реєструється в ранній реперфузійний період, однак вона не впливала негативно на віддалений період.

Таким чином, виникнення ФШ при ГІМ має різне прогностичне значення залежно від часу появи на догоспітальному етапі, в ранньому реперфузійному і віддаленому нереперфузійному періодах.

Час появи та діагностика виду ПРС є основними детермінантами їх прогностичного впливу на кінцеві точки, що буде наступним етапом нашого дослідження.

УДК: 616.61–002–02:616.61–005.9

Довбиш І. М., Міщенко О. М., Довбиш М. А., Губарь А. О.

МАРКЕРИ ФІБРОЗУ ПРИ ОБСТРУКЦІ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ

Запорізький державний медичний університет

Серед хворих урологічних стаціонарів сечокам'яна хвороба (СКХ) виявляється у 40-43% [Переверзев А.С. та ін., 2014]. При порушенні пасажу сечі у 70% пацієнтів виникає ниркова коліка, виникає дистрофія епітелію, змінюється мікроциркуляція, паренхіма насичується лімфоцитами та макрофагами, які синтезують профіброгенні молекулярні маркери і приводять до фіброзних змін.

Мета: встановити рівень профіброгенних біомаркерів сечі при порушенні пасажу сечі по верхнім сечовим шляхам у хворих на СКХ.

Матеріали та методи: спостерігали 55 хворих на СКХ у яких вперше виникла ниркова коліка. Чоловіків було 27, жінок – 28 осіб віком 24–60 років. Досліджували загальноклінічні аналізи крові та сечі, креатинін крові та УЗД нирок, трансформуючий фактор роста (TGF- β), моноцитарний хемоаттрактивний білок (MCP-1), інсуліноподібний фактор роста (IGF-1) в сечі через 1-у та 7-м діб.

Результати та їх обговорення. За даними загальноклінічних показників ознак запального процесу у всіх 55 хворих при НК не виявлено. Рівень TGF-beta сечі уже на початку лікування ($11,92 \pm 2,4$ пг/мл; $p < 0,05$) вірогідно перевищував норму. Через 7 діб після нормалізації пасажу сечі показник продовжував зростати ($15,93 \pm 2,98$ пг/мл; $p < 0,05$). MCP-1 в сечі хворих на початку лікування також був вірогідно вищий норми ($155,4 \pm 34,3$ пг/мл) і дорівнював $257,6 \pm 66,2$ пг/мл ($p < 0,05$). Незважаючи на нормалізацію відтоку сечі від нирки та медикаментозну терапію MCP-1 сечі у хворих зростав і на 7-у добу сягав $297,6 \pm 68,3$ пг/мл ($p < 0,05$). Фактор IGF-1, який є стимулятором синтезу колагена фібробластами, на 1-у добу достовірно перевищував норму ($6,3 \pm 2,2$ пг/мл) і сягав ($14,3 \pm 3,9$ пг/мл; $p < 0,05$). На 7-у добу лікування IGF-1 підвищувався ($21,3 \pm 2,9$ пг/мл; $p < 0,05$), що було значно більше ніж в норми та величин попереднього терміну.

Висновок. При гострому порушенні пасажу сечі верхніми сечовими шляхами у хворих на сечокам'яну хворобу до розвитку запального процесу протягом перших 7-и діб в сечі вірогідно зростають показники профіброгенних біомаркерів, що свідчить про початок розвитку фіброзно-склеротичних змін в тубулоінтерстицію нирки.

УДК 616.831-001.036.8

Дуве Х. В., Шкробот С. І., Салій З. В., Салій М. І., Насалик Р. Б.

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Вступ. Щорічно близько 2 мільйонів людей в світі мають черепно-мозкову травму (ЧМТ). Близько 60 тисяч випадків є летальними. Частим наслідком повторних ЧМТ є післятравматична енцефалопатія, яка являє собою ряд структурно-функціональних змін нервової системи, морфологічною основою яких є травматичні некрози та атрофічні зміни мозку.

Мета роботи: встановити основні клінічні ознаки післятравматичної енцефалопатії.

Матеріали і методи: Обстежено 90 пацієнтів з післятравматичною енцефалопатією, з них 14% жінки, та 86% - чоловіки віком від 18 до 65 років. Середній вік хворих склав ($41,05 \pm 0,68$) роки. За ступенем тяжкості, легку ЧМТ мали 39% хворих, середньої тяжкості – 41% та тяжку – 20%. Застосовували загальноприйняте клініко-неврологічне обстеження. З метою оцінки когнітивного функціонування використовували Монреальський Когнітивний Тест (MoCA). Проводили нейровізуалізаційне обстеження – комп'ютерну