

інших дослідників, згідно з якими кількість ПЛУ в аналогічних групах хворих коливається в межах від 17% до 88% (Guimaraes M, 2009; Futier et al., 2013; Hemmes et al., 2014). Висновки. Стандартна ШВЛ негативно впливає на легеневу тканину під час відкритих абдомінальних операцій тривалістю більше 2 годин, та є безпосередньою причиною розвитку ПЛУ.

## **ЧАСТОТА ТА КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ ВИСОКИХ ЗНАЧЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ КАРДІОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Кузьмичова К.А., Перепелятник М.І.

Науковий керівник: доц. Качан І.С.

Запорізький Державний медичний університет

Кафедра сімейної медицини, терапії і кардіології ФПО

За рекомендаціями ESC (2016), вміст ЛПНЩ вище 5 ммоль/л необхідно вважати не лише показником високого кардіоваскулярного ризику, а також показанням до скринінгу сімейної гіперліпідемії, тому метою дослідження став аналіз частоти виявлення рівня ЛПНЩ вище 5 ммоль/л як індикатору можливої сімейної гіперліпідемії у пацієнтів працездатного віку, які знаходилися на лікуванні в кардіологічному відділенні. Матеріали і методи: Був проведений ретроспективний аналіз 730 карт стаціонарних хворих (віком до 60 років) кардіологічного відділення ННМЦ «Університетська клініка» за період с 2014 по 2016 рік. Для оцінки ліпідограми використовувався біохімічний аналізатор-фотометр «Prestige 24i» (Японія). Рівень ЛПНЩ визначався прямим ферментативним методом за допомогою реактивів фірми «Cormay». Значення останнього показника понад 5 ммоль/л вважали критерієм можливої сімейної гіперліпідемії за шкалою DUTCH Lipid Clinic Network. У відібраних за цим критерієм пацієнтів проводився розрахунок балів згідно з вищезгаданою шкали. Діагноз вважали визначеним при сумі балів >8 балів, вірогідним – при значенні від 6 до 8 балів, можливим - від 3 до 5 балів. Результати: Виявлено, що серед 730 пацієнтів кардіологічного профілю 151 (20,7%) хворих (65 жінок та 86 чоловіків) мали рівень ЛПНЩ вище 5 ммоль/л. За шкалою DUTCH Lipid Clinic Network 108 пацієнтів (14,8%) мали можливу сімейну гіперліпідемією, 42 (6%) – вірогідний діагноз. Висновки: Частота можливої сімейної гіперліпідемії у пацієнтів склала 20,7%, а вірогідної – 14,8%, що потребує настороженості практичних лікарів для активного виявлення та ефективної профілактики атеросклеротичних ускладнень у хворих та їх родичів.

## **ВПЛИВ НАДМІРНОЇ МАСИ ТІЛА У ХВОРИХ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА ФУНКЦІЮ ЗБУДЛИВОСТІ СЕРЦЕВОГО М'ЯЗУ**

Курілець Л.О., Матсалаєва В.А.

Науковий керівник д.м.н., проф. Сиволап В.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб

Актуальність. Ожиріння, артеріальна гіпертензія та ішемія міокарду внаслідок атеросклерозу вінцевих судин найбільш розповсюджена комбінація патологічних станів. Порушення ритму (за винятком фібриляції передсердь) у хворих на ожиріння на тлі артеріальної гіпертензії у сполученні із ІХС приділяється недостатньо уваги. Метою нашого дослідження стало з'ясування впливу надмірної маси тіла на ектопічну електричну активність серця у хворих на гіпертонічну хворобу із супутньою ішемічною хворобою серця (за даними добового моніторингу серцевого ритму). Матеріал та методи. До дослідження залучено 91 хворого на гіпертонічну хворобу II стадії, II ступеня з супутньою ІХС у віці 41-60 років, середній вік  $51,23 \pm 5,30$  років (чоловіків 69 %). В залежності від індексу маси тіла пацієнти нами розподілені на 2 групи. До першої групи включено 70 пацієнтів віком 53 (48; 57) роки (38 % чоловіки), які мали індекс маси тіла понад  $25 \text{ кг/м}^2$  (40 (44 %) хворих з надмірною вагою тіла та 30 (33 %) хворих з ожирінням). До другої групи включено 21 (23 %) хворого віком 50 (47; 54) роки з індексом маси тіла від  $18,5 \text{ кг/м}^2$  до  $24,9 \text{ кг/м}^2$ . Групи були співставні за віком та статтю. Результати. Групи хворих мали вірогідні розбіжності за показниками маси тіла (90 (80; 100) кг проти 69 (61; 73) кг,  $p=0,001$ ), індексу маси тіла ( $29,2$  (26,6;  $32,70 \text{ кг/м}^2$  проти  $23,4$  (22,4;  $24,2) \text{ кг/м}^2$ ,  $p=0,001$ ). Проте групи хворих не розрізнялись за показниками росту ( $173,86 \pm 8,73$  см проти  $170,95 \pm 8,81$  см,  $p=0,19$ ). Хворі на гіпертонічну хворобу поєднану з ІХС та надмірною масою тіла/ожирінням мали достовірно більшу кількість хвилин

елевації сегмента ST за добу ніж хворі з нормальною масою тіла (12 (2; 180) хв. проти 7 (2; 169) хв.,  $p=0,05$ ). Винайдено зворотний кореляційний зв'язок між кількістю шлуночкових екстрасистол за добу та середньої добовою ЧСС ( $r=-0,5148$ ;  $p=0,002$ ), середньою ЧСС за день ( $r=-0,4839$ ;  $p=0,004$ ), середньою ЧСС за ніч ( $r=-0,4063$ ;  $p=0,019$ ); та прямий кореляційний зв'язок між кількістю шлуночкових екстрасистол за добу та віком ( $r=0,2880$ ;  $p=0,047$ ); кількістю надшлуночкових екстрасистол за добу та ростом ( $r=0,3073$ ;  $p=0,034$ ); кількістю надшлуночкових екстрасистол за добу та вагою ( $r=0,3271$ ;  $p=0,023$ ); сумарною кількістю екстрасистол (надшлуночкових та шлуночкових) за добу та віком ( $r=0,3415$ ;  $p=0,018$ ); сумарною кількістю екстрасистол (надшлуночкових та шлуночкових) за добу та ростом ( $r=0,3620$ ;  $p=0,011$ ). Висновки. У хворих з надмірною вагою тіла/ожирінням на фоні гіпертонічної хвороби із супутньою ІХС збільшення кількості шлуночкових екстрасистол за добу асоціюється із брадикардією та залежить від віку, а кількість надшлуночкових екстрасистол за добу залежить від росту та ваги. Ектопічна електрична активність у хворих з надмірною вагою тіла/ожирінням на фоні гіпертонічної хвороби із супутньою ІХС асоціюється із ішемічними змінами міокарда, але не залежить від індексу маси тіла.

### **ЧАСТОТА ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ ГОСТРОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК У ПАЦІЄНТІВ З СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ**

Кучерова А.В.

Науковий керівник: доц. Качан І.С.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО

Мета роботи: проаналізувати частоту і основні чинники ризику виникнення гострого пошкодження нирок (ГПН) у хворих з декомпенсованою хронічною серцевою недостатністю (ХСН) ІІБ стадії зі зниженою фракцією викиду. Матеріали і методи: був проведений аналіз 227 історій хвороби (за період з 2010 по 2017 рік) пацієнтів кардіологічного відділення ННМЦ «Університетська клініка», з діагнозом ХСН ІІБ стадії з фракцією викиду менше 45% (згідно з Наказом МОЗ України від 03.07.2006 №436). З них було відібрано 68 пацієнтів (41 чоловік і 27 жінок, середній вік  $70,3 \pm 10,2$ ) у яких визначали рівень креатиніну в динаміці. ГПН діагностували за критеріями KDIGO (підвищення SCr більш, ніж в 1,5-1,9 рази вище від початкового або зростання на  $\geq 26,5$  мкмоль/л). Аналізували взаємозв'язки клінічних та анамнестичних факторів ризику з виникненням ГПН. Використовувалися наступні статистичні методи: U-критерій Манна-Уїтні, критерій згоди Пірсона  $\chi^2$ . Результати: ГПН діагностовано у 30 пацієнтів (44%) віком від 42 до 83 років, у всіх хворих була виявлена І стадія ГПН. Дана патологія частіше зустрічалася у чоловіків ( $\chi^2 = 3,56$ ,  $p = 0,04$ ). Прийом петльових діуретиків до госпіталізації знижував вірогідність розвитку досліджуваного синдрому ( $\chi^2 = 3,36$ ,  $p = 0,05$ ). Незважаючи на виникнення ниркового пошкодження, тенденції до олігурії не відзначалося. Значущим чинником ризику виявилось початкове зниження ШКФ нижче 60 мл/хв ( $\chi^2 = 3,28$ ,  $p = 0,05$ ). Висновки: ГПН зареєстровано у 44% пацієнтів з ХСН зі зниженою фракцією викиду. Основними факторами ризику були: чоловіча стать, відсутність прийому діуретиків до госпіталізації і наявність хронічного захворювання нирок.

### **РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

Кушнир С.В.

Научный руководитель: к.мед.н., доц. Гайдаржи Е.И.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной хирургии

Цель работы. Изучить ранние и отдаленные результаты различных методик хирургического лечения паховых грыж. Материалы и методы. В работе проанализированы результаты лечения 306 больных, которым с января 2010 по декабрь 2016 года выполнено оперативное лечение паховых грыж. В зависимости от вида пластики больные были разделены на 4 группы: I группа (239 пациентов) – пластика с использованием полипропиленовой сетки по методике Лихтенштейна, II группа (15 пациентов) – пластика с использованием полипропиленовой сетки предбрюшинно по методике Rives, III группа (32 больных) - пластика собственными тканями (по Кукуджанову, Постемскому, Жирару-