

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ
МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ**

(ДО 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ ЗДМУ)

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

18 – 25 КВІТНЯ 2018 р.

30 ТРАВНЯ 2018 р.

М. ЗАПОРІЖЖЯ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету: ректор Запорізького державного медичного університету, **проф. Колесник Ю.М.**

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А.; доц. Моргунцова С.А.; доц. Компанієць В.М.; доц. Кремзер О.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., доц. Полковніков Ю.Ф.; д.мед.н., доц. Разнатовська О.М.; доц. Шишкін М.А.

Секретаріат: Підкович Н.В.; Баранова Н.В.

.....

ВИБІР ТРОМБОЛІТИКУ ПРИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ

Павличенко В. Д., Матвєєв С. О.
Запорізький державний медичний університет

Актуальність. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) – є третьою за частотою причиною раптової загибелі від кардіоваскулярних захворювань. Щорічно від ТЕЛА гине 0,1 % населення земної кулі. Без лікування смертність від ТЕЛА досягає 30 %, при своєчасно призначеній терапії досягає 2–10 %. **Мета дослідження.** Встановити оптимальний вибір тромболітика при масивній та субмасивній ТЕЛА для підвищення ефективності лікування ТЕЛА. **Матеріали і методи.**

Проаналізовані результати лікування 186-ти пацієнтів з масивною та субмасивною ТЕЛА, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні кардіохірургії КУ «ЗОКЛ» ЗОР в період з січня 2013 р. по грудень 2017 р. Середній вік досліджуваної групи 59,46 років. 87 (46,8%) з них – чоловіки, 99 (53,2%) – жінки. Усі пацієнти, після надходження в стаціонар, були госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії. Для верифікації діагнозу ТЕЛА 133 (71,5%) пацієнтам виконали мультиспіральну комп'ютерну томографію органів грудної клітини з внутрішньовенним контрастним підсиленням (МСКТ ОГК). 49 (26,5%) пацієнтам застосовували селективну ангіопульмонографію (АПП). Для кількісної оцінки ступню емболії гілок легеневої артерії при АПП, розраховували індекс Міллера, а при МСКТ ОГК – індекс емболії. Індекс від 1 до 16 відповідає немасивній ТЕЛА, від 17 до 21 – субмасивній, від 22 та більше – масивній. У 138 (74,2%) пацієнтів було верифіковано масивну ТЕЛА, у 48 (25,8%) – субмасивну. Після отримання даних МСКТ ОГК та АПП, вирішували питання проведення тромболітичної терапії (ТЛТ). При субмасивній та масивній ТЕЛА, а також відсутності протипоказань проводили тромболізис з наступною антикоагулянтною терапією (НМГ, гепарин). Позитивним результатом лікування вважали зниження індексу Міллера нижче 16, а також нормальні показники сатурації кисню, артеріального тиску, пульсу, частоти дихальних рухів, зменшення задишки. Для оцінки ефективності лізису визначали відсоток розчинених після лікування тромбоемболів від вихідного за формулою:

ІМ до лікування — ІМ після першого тромболізису

✕ 100

ІМ до лікування

Таким чином, коефіцієнт ефективності тромболізису розраховувався від 0 % – лізису не відбулося, і до 100 %, що означає повний лізис тромбоемболів. Дизайн дослідження. Для порівняння ефективності тромболізису альтеплазою та стрептокіназою в залежності від тривалості захворювання 186 пацієнтів було поділено на 4 групи. Перша група – пацієнти з масивною та субмасивною ТЕЛА і анамнезом захворювання до 1-ї доби, яким виконали тромболізис стрептокіназою – 20 пацієнтів (10,8%). Друга група – пацієнти з анамнезом менше 1-ї доби та тромболізисом альтеплазою – 20 (10,8 %). Третя група – пацієнти з анамнезом більше 1-ї доби та тромболізисом стрептокіназою – 86 (46,2 %). Четверта група – пацієнти з анамнезом більше 1-ї доби та тромболізисом альтеплазою – 60 (32,2%). **Результати.** Позитивний результат після першого тромболізису (ІМ < 16) отримано у 133-х (71,5 %) хворих. В групі тромболізису альтеплазою в цілому спостерігалася менша ефективність – 42,9 % (n=80), ніж у групі стрептокінази – 62,3 % (n=106). При цьому із 106-ти пацієнтів після тромболізису стрептокіназою 17-ьом (16 %) пацієнтам виконано повторну ТЛТ, та 27-ми (33,8 %) із 80 пацієнтів після тромболізису альтеплазою (p < 0,05). У 16-ти (8,6 %) пацієнтів при госпіталізації спостерігалась гіпотонія. 11-ти пацієнтам виконали тромболізис альтеплазою, 5-ьом стрептокіназою. 8-ом (50%) пацієнтам було проведено повторний тромболізис. 2 (12,5%) пацієнтів померли. Середнє значення відсотку розчинених тромбоемболів у пацієнтів з анамнезом захворювання менше 1 доби склало: в групі альтеплази – 45,5% (n=20), в групі стрептокінази – 59,2% (n=20) – різниця статистично недостовірна p > 0,05, хоча є тенденція до збільшення ефективності в групі стрептокінази. Середнє значення відсотку розчинених тромбоемболів у пацієнтів з анамнезом захворювання більше 1 доби склало: в групі альтеплази – 42% (n=60), в групі стрептокінази – 63% (n=86) різниця статистично достовірна p < 0,05. Геморагічні ускладнення виникли у 20 (10,7 %) пацієнта: після терапії стрептокіназою – у 12 (6,5%), альтеплазою – 8 (4, %). 3 групи стрептокінази 4-и (2,1%) пацієнти з масивною ТЕЛА загинули після проведення повного системного тромболізису. 2 (1,05%) пацієнтів загинули від кровотечі, 2 (1,05%) через розвиток поліорганної недостатності. В групі пацієнтів з тромболізисом альтеплазою загинуло 6 (3,2%) пацієнтів, 2 (1,1%) пацієнтів загинули від кровотечі, 3 (1,6%) через розвиток поліорганної недостатності, 1 (0,5%) – від рецидиву масивної ТЕЛА.

Висновки.

1. При стабільній гемодинаміці, відсутності ризику важких геморагічних ускладнень можливо використання як стрептокінази, так і альтеплази, хоча при вираженій давності симптоматики перевага надається стрептокіназі.
2. При важкій ТЕЛА, що супроводжується гемодинамічним шоком, при загрозі важких кровотеч, при наявності відносних протипоказань до тромболізису, більш доцільним є використання альтеплази.
3. При недостатній ефективності першого тромболізису, повторна ТЛТ у більшості випадків призводить до досягнення мети.
4. Для попередження геморагічних ускладнень необхідне проведення ретельного обстеження пацієнтів з метою виявлення можливих джерел фатальної кровотечі.

Міренков К. В., Лежнюк А. С. ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ СКЛАДНИХ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ПЛЕЧА У ПОСТРАЖДАЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ	89
Мосаєв Ю. В. РОЛЬ СОЦІОЛОГІЇ МЕДИЦИНИ ТА СОЦІОЛОГІЇ ПРАВА В РЕФОРМУВАННІ УКРАЇНСЬКОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	90
Мудренко І. Г. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ЧИННИКИ САМОГУБСТВА ПРИ ДЕМЕНЦІЯХ	90
Недельська С. М., Вакула Д. О. ДІАГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ pH-МЕТРІЇ ШКІРИ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ	90
Никоненко А. С., Никоненко А. А., Гайдаржи Е. И., Головка Н. Г., Децьк Д. А., Проценко А. С. РАННИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ.....	91
Никоненко О. С., Никоненко А. О., Гайдаржи Е. И., Головка М. Г., Грушка В. А., Охрименко Г. І., Гуров Т. В., Іщук О. А. МІНІМАЛЬНО ІНВАЗИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ	91
Никоненко О. С., Никоненко А. О., Макаренков А. Л., Осауленко В. В., Матерухін А. М., Наконечний С. Ю. 64-ЗРІЗОВА КТ-КОРОНАРОГРАФІЯ В ДІАГНОСТИЦІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ.....	92
Никоненко А. О., Зубрик І. В., Подлужний О. О., Русанов І. В., Матерухін А. М., Макаренков А. Л. ДОСВІД МІНІІНВАЗИВНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННОГО ГІПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМУ	92
Никоненко А. С., Никоненко А. А., Гайдаржи Е. И., Головка Н. Г., Подлужный А. А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛУКСНОЙ БОЛЕЗНИ.....	93
Никулин М. И., Стоев Р. В. СПЕЦИФИКА БОРЬБЫ С РОНХОПАТИЕЙ (ХРАПОМ) В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА	93
Новикова Л. В., Козёлкин А. А. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ОСТРОГО ПЕРИОДА ПОВТОРНОГО МОЗГОВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА.....	94
Олейник Н. С., Дунаєва Д. А. СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	94
Онищенко Д. О., Полулях В. О., Мазур В. І. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕОНАТАЛЬНОЇ ЖОВТЯНИЦІ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	95
Остафійчук В. В., Коровін С. І., Кукушкіна М. М., Палівець А. Ю., Костюк В. Ю. БЕЗПОСЕРЕДНІ ТА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ, ХВОРИХ НА САРКОМУ М'ЯКИХ ТКАНИН ВИСОКОГО СТУПЕНЮ РИЗИКУ	95
Павличенко В. Д., Матвеев С. О. ВИБІР ТРОМБОЛІТИКУ ПРИ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ	95
Пахомова С. П., Федорова О. П., Непрядкіна І. В., Дудко О. В. КОМОРИДНІ СТАНИ В ПРАКТИЦІ ТЕРАПЕВТА.....	96
Пацера М. В., Іванько О. Г. CLOSTRIDIUM DIFFICILE - ІНФЕКЦІЯ У ДІТЕЙ, ЯКІ ОТРИМУВАЛИ РИФАМПІЦИН З ПРИВОДУ ЛЕГЕНЕВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ	97
Пашкова О. Є., Рубей О. І. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН М'ЯЗОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ З ІНСУЛІНОЗАЛЕЖНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ	97
Перцов В. І., Телушко Я. В., Савченко С. І. СОНОГРАФІЯ У ДІАГНОСТИЦІ СТАДІЇ ЕМПІЕМИ ПЛЕВРИ.....	98
Пилипенко Р. В., Синяченко Ю. О., Самойленко Г. Є., Яковленко В. В. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ ЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ ЛАЗЕРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ ВЕН НИЖНІХ КІНЦІВОК	98
Плохушко Р. В., Семенов Д. М. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ТРАВМАТИЧНИМ ПОШКОДЖЕННЯМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ ЗА ТИПОМ ВИЗНАЧЕНОГО ДЕФЕКТУ	99
Помазан Д. В., Єрмолаєва М. В., Синяченко О. В., Суярко В. І., Седея Л. В. СУДИННІ РЕОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ КРОВІ ПРИ ГРАНУЛЕМАТОЗНИХ СИСТЕМНИХ ВАСКУЛІТАХ.....	99
Поруб С. Є., Пахольчук Т. М. ОСОБЛИВОСТІ МЕНІНГОКОККОВОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛАСТІ	100
Потапов Ю. О., Синяченко Т. Ю., Верзилова С. Ф., Кушакова Н. І. ПОЛОВОЙ И ВОЗРАСТНОЙ ДИМОРФИЗМ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ	100
Похвата М. П. ЭХО-ПРИЗНАКИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ.....	101
Прескуре В. В., Гаразда М. З., Козловська І. М. ВИКОРИСТАННЯ VAS-АСОЦІЙОВАНИХ ПОВ'ЯЗОК У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ	101