

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 100-річчю
з дня народження
Ю. Л. КУРАКА

СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

для здобувачів освіти
другого (магістерського) рівня

25–26 квітня 2024 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ



НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
присвячена 100-річчю
з дня народження
Ю. Л. КУРАКА



СУЧАСНІ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

для здобувачів освіти
другого (магістерського) рівня

25–26 квітня 2024 року

Тези доповідей



ОДЕСЬКИЙ
МЕДУНІВЕРСИТЕТ

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875
С91

Головний редактор:

ректор, академік НАМН України,
професор Валерій ЗАПОРОЖАН

Заступниця голови:

науковий керівник Ради СНТ та ТМВ
професор Ольга ЮШКОВСЬКА

Редакційна рада:

професор Валерія МАРІЧЕРЕДА,
професор Світлана КОТЮЖИНСЬКА
доцент Олена ФІЛОНЕНКО,
доцент Антон ШАНИГІН

Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини
С91 для здобувачів освіти другого (магістерського) рівня [Електронне ви-
дання] : наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвячена 95-річчю
з дня народження Ю. Л. Курака. Одеса, 25–26 квітня 2024 року :
тези доп. — Одеса : ОНМедУ, 2024. — 108 с.

ISBN 978-966-443-132-0

У тезах доповідей міжнародної науково-практичної конференції здо-
бувачів другого (магістерського) рівня освіти, присвяченої 100-річчю з
дня народження професора Ю. Л. Курака, наведено матеріали учасників
зібрання, а також іменний покажчик доповідачів.

УДК 06.091.5:061.3:61-057.875

в сироватці крові пацієнтів, рівень Т4, ТТГ та УЗД щитоподібної залози. Нормальний рівень загального вітаміну D сягає 30–100 нг/мл, недостатній рівень — 10–29 нг/мл, дефіцит < 10 нг/мл, підвищений рівень > 100 нг/мл.

Результати. У 20 % пацієнтів виявлено дефіцит вітаміну D, в інших — недостатній рівень 25-ОН-D, середній показник — 21,5 нг/мл. Через 3 місяці після щоденного прийому вітаміну D (4000 МО на день) рівень сироваткового 25-ОНD збільшився до 44 нг/мл. У 42 % пацієнтів з вузловим зобом та 61 % хворих з аутоімунним тиреоїдитом відповідно зменшились розміри зобу та вузлів у щитоподібній залозі. Антитіла до тиреоїдної пероксидази різного ступеню вираженості були наявні у 84 % пацієнтів досліджуваної групи. Через 3 місяці у 37,5 % пацієнтів знизився титр антитіл на 15,5 %.

Висновки. Відповідно до результатів обстеження, скринінг та корекція рівню сироваткового вітаміну 25-ОН-D має проводитись у пацієнтів з патологією щитоподібної залози для покращення перебігу захворювання.

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕБІГУ ПСОРИАТИЧНОГО АРТРИТУ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Сухенко А. К.

Науковий керівник — д. мед. н.,
проф. Якименко О. О.

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Мета роботи. Провести аналіз поширеності ПсА за даними ревматологічного відділення Багатопрофільного медичного центру Одеського національного медичного університету (БМЦ ОНМедУ), вивчити особливості перебігу ПсА в сучасних умовах та найбільш важливі вісцеральні ураження при цьому захворюванні.

Матеріал та методи. Обстежено 26 хворих на ПсА. Було проведено повне клініко-лабораторне обстеження для верифікації діагнозу (CASPAR, 2006). За даними ревматологічного відділення БМЦ ОНМедУ протягом останніх 10 років кількість хворих на ПсА зросла майже в 7 разів (в 2013 р. — 3,7 %, в 2023 р. — 21,7 %).

Результати та обговорення. Серед хворих переважали чоловіки — 18 особи (70 %), жінок — 8 осіб (30 %), у віці від 21 да 69 років (середній вік — 55,00±2,54 роки). У хворих (у 8 %, 2 хворих) був HLA-B27-позитивний варіант ПсА, HLAB27-негативний спостерігався у 1 хворого 4 %. Тривалість захворювання становила від 1 року до 35 років (середня тривалість — 10,00±2,49 роки). В переважній більшості хворих шкірні прояви псоріазу передували виникненню су-

глобового синдрому (22 хворих, 69 %). В значній частки хворих ураження суглобів реєструвалось на фоні обмеженого бляшкового псоріазу (8 хворих, 30 %), на фоні розповсюджених форм псоріазу — у 16 хворих, 60 %. Псоріатичне ураження нігтів було діагностовано у 8 хворих (30 %).

Переважну більшість хворих складали пацієнти з II ступенем активності захворювання — 73,3 % (22 особи), у 6,7 % (2 осіб) відзначався I ступінь активності, у 20 % (6 осіб) — III ступінь. Рентгенологічна стадія захворювання була такою: I ст. у 3 хворих (10 %), II ст. — у 25 хворих (83,3 %), III ст. — у 2 хворих (6,7 %). Функціональна недостатність суглобів (ФНС) була наступною: I ст. у 1 хворого (4 %), II ст. — у 23 хворих (88 %), III ст. — у 2 хворих (7,6 %). В деяких хворих — 7,6 % (2 особи) за даними рентгеностеоденситометрії відзначався остеопороз. В деяких пацієнтів спостерігалось ураження печінки — 5 хворих (19,2 %).

Майже всі обстежені хворі отримували НПЗЗ (80 %), ГКС — 14 хворих (53 %). Базисну терапію отримували 88 % хворих (23 особи). Терапію біологічними агентами одержували 3 хворих (11,5 %).

Висновки. Таким чином, серед обстежених переважали чоловіки середнього віку з обмеженим псоріазом та HLA-B27-позитивним ПсА, які найчастіше мали спондилоартритичний варіант хвороби, з активністю захворювання та ФНС II ступеня. Серед вісцеральних уражень найчастіше відзначалися ураження печінки.

СТАН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ, РЕВМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ II ТИПУ ЗА ДАНИМИ ДВОЕНЕРГЕТИЧНОЇ РЕНТГЕНОЛОГІЧНОЇ АБСОРБЦІОМЕТРІЇ

Баннікова В. Д.

Науковий керівник — д. мед. н.,
проф. Якименко О. О.

Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна

Остеопороз (ОП) посідає третє місце за поширеністю після серцево-судинних захворювань (ССЗ) і цукрового діабету (ЦД) і четверте місце в структурі інвалідності та смертності, що визначає його медико-соціальну значущість. Головним проявом ОП є остеопоротичний перелом. Але діагностика ОП на цьому етапі буде запізньою. Тому врахування факторів ризику (ФР) ОП, станів та захворювань, які сприяють розвитку ОП є важливими, особливо при коморбідній патології та в постменопаузі.

Ціль дослідження: визначення мінеральної щільності кісток (МЩК) за даними двоенергетичної рентгенологічної абсорбціометрії (DEXA) у хворих з ССЗ, ревматичними захворюваннями (РЗ) та ЦД II типу.

Обстежені 263 особи, яким провели DEXA. Пацієнтів розподілили на групи відповідно до коморбідної патології. Діагноз ОП, ССЗ, РЗ та ЦД II типу встановлювався за відповідними національними та міжнародними критеріями.

Хворі з ішемічною хворобою серця (ІХС) та гіпертонічною хворобою (АГ) становили 34 особи, хворі з ЦД II типу — 45 осіб, хворі з ревматоїдним артритом (РА) — 55 осіб, хворі з деформуючим остеоартрозом (ДОА) — 51 особа. Контрольна група — 78 осіб без відповідної патології. Хворі усіх груп були порівнюваними за віком та статтю.

Середній вік в групі хворих на ССЗ становив — $63,3 \pm 0,8$ років, групі ЦД — $59,4 \pm 0,7$ років, в групі ДОА — $64,1 \pm 0,9$ років, в групі РА — $58,5 \pm 0,9$ років, в контрольній групі $60,7 \pm 0,8$ років без достовірної різниці між групами.

Т показник в групі хворих на ССЗ становив — $1,36 \pm 0,03$, групі ЦД — $1,54 \pm 0,03$, в групі ДОА — $1,42 \pm 0,03$, в групі РА — $2,65 \pm 0,02$, в контрольній групі — $1,20 \pm 0,02$ з достовірною ($p \geq 0,5$) різницею між групою РА та іншими групами.

Таким чином, у хворих всіх груп, окрім групи РА, була визначена низька кісткова маса (остеопенія), в групі РА — остеопороз, а відповідна патологія є показанням для оцінки та моніторингу стану кісткової тканини і призначення за показами відповідного профілактичного лікування ОП.

УСКЛАДНЕННЯ КАТЕТЕРНОЇ АБЛЯЦІЇ ФІБРИЛЯЦІЇ ПЕРЕДСЕРДЬ

Ковтуняк К. С.

*Науковий керівник — к. мед. н.,
доц. Перепелюк М. М.*

*Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Актуальність. Катетерна абляція — це мініінвазивна хірургічна процедура при якій за допомогою радіочастотної енергії або інших джерел відбувається деструкція патологічних ділянок тканини (в випадку міокарда — тієї що генерує патологічний імпульс). Відомо, що частота ускладнень прикатетерної абляції різних тахіаритмій залежить від типу катетерної процедури.

Мета. За даними літератури оцінити ризики ускладнень катетерної абляції ФП для належного відбору пацієнтів, яким показано виконання цього втручання.

Найменша частота ускладнень виявлена при абляції надшлуночкових тахікардій (0,8 %), най-

більша — при абляції ФП (5,2 %) та шлуночкових тахікардій у поєднанні з органічною серцевою патологією (6,0 %).

Найбільш поширеними ускладненнями які зустрічались під час проведення катетерної абляції виявились: перикардіальний випіт, тампонада серця, судинні ускладнення, стенози легеневих вен, парез діафрагмального нерва, передсердно-стравохідні фістули.

Метааналіз рандомізованих клінічних досліджень, у яких брали участь пацієнти, які перенесли першу процедуру абляції ФП, показав, що загальна частота ускладнень становить 4,5 %. Частота важких ускладнень, пов'язаних із процедурою, становила 2,4 %; частота перикардіального випоту чи тампонади становила 0,8 %; а частота інсульту / транзиторна ішемічна атака склала 0,2 %.

Чинники ризику серйозних ускладнень при абляції з приводу ФП включали: вік понад 70 років, жіноча стать, наявність ішемічної хвороби серця та застійної серцевої недостатності.

При порівнянні результатів та ускладнень радіочастотної абляції та кріобалонної деструкції патологічних осередків аритмогенезу з'ясовано, що кріобалонне втручання дає достовірно менший відсоток ускладнень при тій же ефективності, що й радіочастотна абляція.

Висновки. У сучасній практиці катетерної абляції ФП частота серйозних ускладнень варіює від 0,8 до 6,0 % залежно від типу процедури та особливостей самого пацієнта. Урахування чинників ризику ускладнень допоможе ефективно та безпечно усувати ФП з мінімальною частотою ускладнень.

ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ ЗІ ШТУЧНИМ ВОДІЄМ РИТМУ

Мандражи О. С.

*Науковий керівник — к. мед. н.,
доц. Савельєва О. В.*

*Одеський національний медичний університет,
м. Одеса, Україна*

Вступ. Патологія серцево-судинної системи впевнено займає перше місце за розповсюдженістю. Відповідно швидкими темпами вдосконалюються методи діагностики та технології лікування захворювань серця. Все більше людей, що користуються технологією «штучного водія ритму серця». Серед інших, електрокардіографічне (ЕКГ) дослідження на сьогодні є рутинним методом оцінки електричної активності міокарду. І необхідно враховувати при оцінці даних ЕКГ особливості відображення цієї технології на результатах.

ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК
INDEX

- Абраамян К. Г. 26
Агбаш М. О. 67
Аксененко А. В. 32
Алексеєнко А. Г. 20
Алимов Д. Р. 69
Арабаджи Д. Р. 30, 31
Аракелян Л. С. 15
- Бабенко В. С. 47
Баннікова В. Д. 44
Белінська А. А. 55, 69, 71, 78
Бистриця Е. Р. 61
Біднюк В. К. 30, 31, 31
Бондурівська М. Р. 17
Бошина Т. М. 84
Бугаєнко А. Р. 53
Будилко С. Е. 4
Будігай Н. С. 32, 89
Бурлакова А. Ю. 12
- Варава С. В. 30, 31
Вастьянов М. Р. 6, 24
Вастьянов Р. С. 3
Вастьянова Л. Р. 21, 31
Вафді В. 37
Веселовська Є. Ю. 42
Велікова М. Д. 77
Вихрест В. О. 39
Візінська І. Р. 9
Вознесенський М. С. 46
Волкова І. С. 8, 65
Волкова К. О. 40
- Гайдукова А. В. 12
Гамбарян І. С. 71
Гасанова Г. Б. 72
Гасанова Н. Б. 72
Георгіу О. С. 54
Глібко В. О. 62
Глушченко Є. Є. 14
Гнатівська Д. І. 50
Гончарук М. А. 102
Гордійчук К. О. 35
Горошко М. В. 80
Готко Д. С. 81
- Грабарчук І. М. 3
Громко Є. А. 79
Гусейнова Л. І. 72
- Данилець Д. С. 66
Данілова Г. О. 59
Долгозвяга І. Р. 42
Дондя В. М. 38
Доценко В. В. 11, 29
Дроженко М. В. 68
- Єгоренко О. С. 30, 32
- Зарівняк І. І. 10
Званчук К. Ю. 7
- Іванова А. М. 83
Ільченко А. А. 11
- Кавуненко Н. А. 60
Казани Д. А. 17
Калініченко Е. 47
Каменська С. С. 100
Каріх В. П. 13
Кирилюк А. О. 24
Кисіль К. І. 87
Кір'якова Д. А. 66
Кіриєнко А. В. 16, 100
Климанова О. К. 25, 76
Кобзар Є. С. 72
Коваленко О. Р. 41
Ковтуняк К. С. 45
Козак А. О. 43
Койфман Д. О. 50, 54
Коломієць П. В. 27
Коломійченко Ю. В. 59, 84
Концеба А. А. 83
Коршевнюк А. О. 4, 25, 53
Костенко Г. В. 28
Костіна К. О. 76
Костроміна А. О. 100
Котляр А-Г. 3. 59
Кравцова А. М. 60
Крамар А. М. 70
Крамаренко С. Р. 19
- Крихтенко Д. І. 26
Кузьмін Я. В. 101
Кушнір В. В. 58
Кушнір В. В. 74
- Левіна О. О. 21
Леонова А. О. 65
Лисюк В. Ю. 68
Литвинко Д. В. 28
Лиходід Н. О. 63
Логунова Е. М. 81
Любарец А. 89
Любарець О. В. 51, 87
Любчик В. О. 65
- Максимовський Д. В. 49
Малишева А. С. 5, 73
Мамедов Г. С. 57
Мандражи О. С. 45
Мандриков Т. Д. 26
Маневич М. Д. 5
Матюшенко С. П. 18, 19, 20, 22, 73
Машківська С. О. 102
Меленевська Г. Д. 62
Мийня М. М. 77
Міндак А. О. 7, 51, 88, 100
Міріб'ян Н. С. 64, 100
Моргун А. В. 61
Моргунова Є. О. 77
Муляр В. В. 78, 84
Мунтян А. А. 16
Мурадова К. О. 14
Мякішев О. Є. 55, 103
- Непряхіна Н. О. 82
Нижанківська В. 85
Нігрецкул В. В. 8, 20
Ніц П. М. 21
Новосьолов О. І. 64
- Обруч А. С. 34
Оверчук А. С. 77
Ошурко М. А. 23