

Міністерство охорони здоров'я України

**ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»**

МАТЕРІАЛИ

**X Науково-практичної конференції
(з міжнародною участю)
«Актуальні питання патології
за умов дії надзвичайних факторів на організм»**

05 жовтня – 06 жовтня 2017 року

Тернопіль 2017

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

ГОЛОВА:

Корда Михайло Михайлович – ректор ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.Горбачевського МОЗ України», доктор медичних наук, професор.

ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ:

Бондаренко Юрій Іванович – завідувач кафедри патологічної фізіології, доктор медичних наук, професор.

Гудима Арсен Арсенович – завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини, доктор медичних наук, професор.

Гнатів Володимир Володимирович – завідувач кафедри анестезіології та реаніматології, доктор медичних наук, професор.

Марушак Марія Іванівна – завідувач кафедри функціональної і лабораторної діагностики, доктор медичних наук, доцент.

Сатурська Ганна Степанівна – завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з медичною статистикою, доктор медичних наук, доцент.

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ:

Сельський Петро Романович – декан факультету іноземних студентів, доктор медичних наук, професор кафедри патологічної анатомії з секційним курсом та судовою медициною.

Хара Марія Романівна – доктор медичних наук, професор кафедри патологічної фізіології.

Денефіль Ольга Володимирівна – доктор медичних наук, професор кафедри патологічної фізіології.

Пелих Володимир Євгенович – кандидат медичних наук, доцент кафедри патологічної фізіології.

Чарнош Софія Михайлівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри патологічної фізіології.

Усинський Руслан Станіславович – кандидат медичних наук, старший викладач кафедри патологічної фізіології.

Юрїїв Катерина Євгенівна – кандидат медичних наук, старший викладач кафедри патологічної фізіології.

Дзига Світлана Вікторівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри функціональної і лабораторної діагностики.

Бакалець Олена Валеріївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри функціональної і лабораторної діагностики.

Кулянда Олена Олегівна – кандидат медичних наук, асистент кафедри патологічної фізіології.

Свередюк Юлія Анатоліївна – аспірант денної форми навчання кафедри патологічної фізіології.

Яворська І.В., Господарський І.Я., Сатурська Г.С.
ВРОДЖЕНІ ТА НАБУТІ ІМУНОСУПРЕСИВНІ СТАНИ ЯК ФАКТОРИ
ПІДВИЩЕНОГО РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ
ТА ЇХ ВПЛИВ НА АКТИВНІСТЬ РЕПАРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ
ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України”

Під терміном «імуносупресія» зазвичай розуміють ослаблення імунітету з тієї чи іншої причини. Імуносупресія буває фізіологічною (необхідною в певних ситуаціях для організму, зокрема, при вагітності), патологічною (при різних захворюваннях та патологічних станах) і штучною, викликану прийомом ряду імуносупресивних препаратів або дією іонізуючого випромінювання. Штучна імуносупресія застосовується при лікуванні аутоімунних хвороб, при трансплантації органу та ін. Також штучна імуносупресія створюється при прийомі деяких медичних препаратів: глюкокортикоїдів, циклоспорину А, цитостатичних засобів типу метатрексату, меркаптопуріну, циклофосаміду, азатиоприну та ін., при введенні антилімфоцитарної сироватки. Окрім цього виділяють вроджені та набуті імуносупресивні стани. Патолофізіологічною основою імуносупресії є пригнічення або припинення реакції на антиген шляхом супресії або елімінації певного клону імунокомпетентних клітин (специфічна імуносупресія) або вплив на всю імунну систему (неспецифічна). У клініці все частіше спостерігаються важкі порушення імунного захисту організму, що проявляються на ґрунті тривалого лікування злоякісних пухлинних процесів із застосуванням поєднаної імунодепресивної терапії, зокрема хіміотерапевтичних засобів та променевої терапії. При деяких з них значно зростає ризик виникнення гнійно-септичних ускладнень, що значно обтяжує перебіг захворювання. На даний час недостатньо вивчено можливості прогнозування виникнення післяопераційних гнійних ускладнень в імуноскомпрометованих хворих, зокрема – в абдомінальній хірургії, що вимагає удосконалення алгоритму адекватного прогнозування та розробки ефективних лікувально-профілактичних заходів для попередження таких ускладнень.

Мета дослідження – з’ясувати патогенетичну роль вроджених та набутих імуносупресивних станів організму як факторів підвищеного ризику виникнення гнійно-септичних ускладнень та дослідити їх вплив на активність репаративних процесів. Дослідження показало, що найвищий ризик виникнення гнійно-септичних ускладнень спостерігається у пацієнтів, які отримували комбіновану терапію: хіміотерапевтичні засоби, променеву терапію, хірургічні методи лікування, незважаючи на своєчасне використання антибіотикотерапії. Окрім цього, виявлено залежність виникнення гнійно-септичних ускладнень від тривалості лікування методами з імуносупресивним впливом. Зниження активності репаративних процесів у кінцевому результаті проявлялося подовженням терміну заживлення ран та слугувало додатковим чинником, що сприяв виникненню гнійно-септичних ускладнень.

Перспективами подальших досліджень є виявлення критеріїв для прогнозування виникнення післяопераційних гнійних ускладнень в імуноскомпрометованих хворих та розробка комп’ютерного алгоритму для розрахунку комплексної оцінки ризику розвитку таких ускладнень на тлі вроджених та набутих імуносупресивних станів організму.

Якименко О.О., Сєбов Д.М., Єфременкова Л.Н., Кравчук О.Є., Бурдейний І.В.,
Кобелева О.М., Коротаєва В.А., Мазніченко Є.О., Печеркіна С.М., Богдан Н.М.
ПОШИРЕНІСТЬ ЛЕГЕНЕВОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ
УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ МІСТА ОДЕСИ

Одеський національний університет, кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб і терапії, м. Одеса, Україна

Метою дослідження було вивчення поширеності легеневої гіпертензії (ЛГ) серед хворих кардіологічного та ревматологічного відділень Університетської клініки №1 методом аналізу історій хвороб хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в 2015 році. Визначення тиску в легеневій артерії проводилося за допомогою ультразвукового

дослідження серця в В-режимі та доплерівського дослідження внутрішньосерцевого кровотоку.

Нами були проаналізовані історії хвороби 82 пацієнтів (45 чоловіків і 37 жінок) у віці від 17 до 82 років. Діагноз гіпертонічна хвороба встановлений 24 хворим, ішемічна хвороба серця (ІХС) – 3, гіпертонічна хвороба і ІХС – 18, кардіоміопатія – 2, вроджені вади серця – 8, набуті вади серця – 5, системні захворювання сполучної тканини і васкуліти – 9, хронічні обструктивні захворювання легень – 1, інші захворювання – 12.

Серед 82 обстежених ЛГ була виявлена у 38 (46,3%). Серед пацієнтів, які страждають на гіпертонічну хворобу ЛГ виявлена у 21%, ІХС – у 67%, гіпертонічною хворобою і ІХС – у 78%, кардіоміопатіями – у 100%, вродженими вадами серця – у 50%, набутими вадами серця – у 80%, системними захворюваннями сполучної тканини і васкулітами – у 56%, хронічними обструктивними захворюваннями легень – у 100%, іншими захворюваннями (подагра, остеоартроз) – у 8%.

Таким чином, ЛГ виявлена у всіх хворих кардіоміопатією, хронічними обструктивними захворюваннями легень, переважно більшості хворих на ІХС, ГХ і ІХС, набутими вадами серця, половини хворих з набутими вадами серця, системними захворюваннями сполучної тканини і васкулітами, п'ятої частини хворих на гіпертонічну хворобу.

**Якименко О.О., Єфременкова Л.Н., Закатова Л.В., Клочко В.В., Кравчук О.Є.,
Богдан Н.М., Мазніченко Є.О., Мариновська І.В.
ПОЛІМОРБІДНІСТЬ У ОСІБ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ
Одеський національний медичний університет, кафедра пропедевтики
внутрішніх хвороб і терапії, м. Одеса, Україна**

Метою дослідження було вивчення поліморбідності у хворих з метаболічним синдромом.

Нами було обстежено 30 хворих, із яких 13 чоловіків і 15 жінок, вік від 28 до 83 років. Хворі знаходились на стаціонарному лікуванні в Університетській клініці з наступними діагнозами: гіпертонічна хвороба (ГХ), ішемічна хвороба серця (ІХС), хронічна ревматична хвороба серця (ХРХС), ревматоїдний артрит (РА), системний червоний вовчак (СЧВ), подагра, остеоартроз (ОА). Всім хворим проводили суб'єктивне та об'єктивне дослідження, визначали рівні ліпідів (загального холестерину (ЗХ), холестерину ліпопротеїдів високої щільності (ХСЛПВЩ), тригліцеридів (ТГ), глюкози, інсуліну, лептину, С-реактивного білка (СРБ)). Індекс маси тіла (ІМТ) обчислювали за формулою вага (кг)/(зріст(м))².

ІМТ менше 25 спостерігався у 8 хворих (%), від 25 до 30 – у 11 хворих (%), більше 30 – у 11 хворих (%). Серед хворих з ІМТ до 25 кг/м² спостерігалась наявність ХРХС, СЧВ, РА, рівні ЗХ (5,3 + 0,2 ммоль/л), ХСЛПВЩ (1,19 + 0,07 ммоль/л), ТГ (1,7 + 0,03 ммоль/л), глюкози (5,4 + 0,04 ммоль/л), інсуліну (12,2 + 0,2 мкОд/л), лептину (13,5 + 0,3 пг/мл) та СРБ (3,5 + 0,01 мг/л) в межах референтних величин. Серед осіб з ІМТ 25-30 кг/м² були наявні хворі з ГХ, ІХС, подагрою, ДОА, рівні ЗХ, ХСЛПВЩ та ХСЛПНЩ, ТГ, інсуліну, лептину та СРБ в цих хворих вище в порівнянні з особами з ІМТ до 25: ЗХ (5,6 + 0,2 ммоль/л), ХСЛПВЩ (1,17 + 0,07 ммоль/л), ТГ (1,9 + 0,04 ммоль/л), інсуліну (15,3 + 0,3 мкОд/л), лептину (18,4 + 0,2 пг/мл) та СРБ (6,7 + 0,02 мг/л), P < 0,05. У осіб з ІМТ більше 30 кг/м² спостерігалась одночасна наявність ГХ, ІХС, подагри, ДОА. Рівні ЗХ, ХСЛПВЩ та ХСЛПНЩ, глюкози, інсуліну, лептину та СРБ значно підвищені в порівнянні з групою з нормальним ІМТ, ЗХ (6,1 + 0,3 ммоль/л), ХСЛПВЩ (1,15 + 0,07 ммоль/л), ТГ (2,1 + 0,02 ммоль/л), інсуліну (19,4 + 0,4 мкОд/л), лептину (23,2 + 0,5 пг/мл) та СРБ (8,5 + 0,02 мг/л), кругом P < 0,05 в порівнянні з групою з ІМТ 25-30.

Отже, для хворих з метаболічним синдромом характерна поліморбідність та значні порушення вуглеводного, ліпідного обміну, підвищення рівня лептину та СРБ, що свідчить про збільшення серцево-судинного ризику та системну запальну відповідь.