

вітамін К-залежного фактору ІХ. Тому у пацієнтів необхідно періодично визначати активований парціальний тромбoplastиновий час (АПТЧ), який повинен подовжуватися, але не більше ніж у 2 рази. Визначення АПТЧ, а також фібриногену і числа тромбоцитів протягом першого місяця терапії необхідно поєднувати з дослідженням МНВ 1 раз в тиждень, далі – кожні 2-3 місяці.

Висновки. Таким чином, при проведенні терапії антикоагулянтними і антиагрегантними препаратами тільки сумісна дія клініциста і працівника лабораторії дозволяють отримати об'єктивний і своєчасний результат, попередити розвиток у хворого смертельно небезпечних тромбозів, емболій та геморагічних ускладнень.

Етіопатогенетичні та клінічні особливості розвитку дітей, народжених з гіпоксично-ішемічним ураженням центральної нервової системи

Рубцова Є. І., Клімова Т.М.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: перинатальні гіпоксично-ішемічні ураження центральної нервової системи (ГІУ ЦНС), діти, психомоторний розвиток, цитоколін.

Вступ. Актуальність дослідження питання розвитку і прогнозування гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС зумовлена високою питомою вагою перинатального пошкодження ЦНС серед причин захворюваності та смертності немовлят.

Мета. Дослідити етіопатогенетичні і клінічні особливості розвитку дітей з перинатальним ГІУ ЦНС і розглянути вплив ранньої діагностики та лікування на подальший розвиток дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 76 дітей, віком до 2 років з ГІУ ЦНС, розподілених на дві групи: сновна група – діти, до лікування яких входив препарат цитоколін (Цераксон) та контрольна до терапії яких цитоколін не входив. Методами дослідження були: клінічне обстеження (визначення психомоторного розвитку дитини) та інструментальні методи діагностики.

Результати дослідження. У 43,5% новонароджених з ГІУ ЦНС мала місце медикаментозна стимуляція пологів, у 30,5% – народилися кесаревим розтинном, 63% були недоношеними. Затримку психомоторного розвитку до лікування в І групі мали 63% дітей і 58% дітей в ІІ групі, а після лікування – 11% дітей основної групи і 32% контрольної групи ($p < 0.05$).

Висновки. Найчастішими етіопатогенетичними чинниками розвитку ГІУ ЦНС виявлено недоношеність та медикаментозну стимуляцію пологів. Застосування в терапії ГІУ ЦНС малюків препарату цитоколіну вірогідно частіше приводить до позитивної динаміки в їх психомоторному розвитку.

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ В ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Гряділь Т.І., Михалко Я.О., Чопей І.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: метаболічний синдром, антропометричні показники, когнітивні порушення.

Вступ. Частота метаболічного синдрому (МС) в світі зростає з року в рік. Відомо, що наявність МС супроводжується різними ускладненнями з боку внутрішніх органів, в тому числі і когнітивними порушеннями.

Мета. Виявити та проаналізувати показники когнітивних порушень у хворих з метаболічним синдромом.

Матеріали та методи. В дослідження було включено 52 пацієнта з метаболічний синдром (група I) та 12 практично здорових осіб (група II, контрольна) віком старше 60 р. Пацієнтам проводили вимірювання антропометричних показників, в тому числі визначення індексу маси тіла (ІМТ), окружності талії (ОТ) та окружності стегон (ОС). Оцінку когнітивної функції проводили за допомогою наступних методів: коротка шкала психічного статусу (MMSE), батарея тестів лобної дисфункції (FAB), таблиці Шульте, методика Джекобсона та методика заучування десяти слів.

Результати. Когнітивні порушення були виявлені в обох групах пацієнтів, проте в I групі вони мали більш виражений характер. Було встановлено наявність статистично вірогідного прямого сильного зв'язку між ІМТ та результатами тесту MMSE ($r=0,80$, $p<0,05$), тесту FAB ($r=0,83$, $p<0,05$), тесту з таблицями Шульте ($r=0,79$, $p<0,05$), методики Джекобсона ($r=0,82$, $p<0,05$).

Висновки. В обох групах виявлено когнітивні порушення. У хворих з МС вони зустрічаються частіше, мають більш виражений характер та позитивно корелюють з показниками ІМТ.

ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РОЗВИТОК ІНФАРКТУ МІОКАРДА В МОЛОДОМУ ВІЦІ

Корабельщикова М.О, Росул М.М. Іваньо Н.В.

ДВНЗ УжНУ, Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра терапії та сімейної медицини, м. Ужгород

Ключові слова: інфаркт міокарда, фактори ризику

Вступ. Роль впливу несприятливих факторів ризику на розвиток інфаркту міокарда у осіб молодого віку недостатньо вивчена.

Мета. Виявити вплив несприятливих факторів ризику (ФР) на розвиток інфаркту міокарда (ІМ) у осіб молодого віку.

Матеріали та методи. Обстежено 22 пацієнта у віці до 45 років з діагнозом гострий інфаркт міокарда. Наявність ІМ підтверджувалася аналізом клінічної картини, змін ЕКГ, даних ехокардіографії, підвищеного рівня серцевих тропонінів Т. Програма обстеження включала визначення індексу маси тіла, вимірювання артеріального тиску, визначення показників ліпідного спектру та глюкози в сироватці крові. В анамнезі у 65,6 % хворих відмічалась есенціальна гіпертензія, а у 18,8 % – цукровий діабет (ЦД).

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ

ТЕЗИ

доповідей 68-ї підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького складу УжНУ
Інститут післядипломної освіти та доуніверситетської
підготовки



Ужгород – 2014

Фейса С.В., Великоклад Л.Ю., Туряниця П.Д., Микита Н.М. ЛАБОРАТОРНИЙ МОНІТОРИНГ АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ТЕРАПІЇ	39
Рубцова Є. І., Клімова Т.М. ЕТІОПАТОГЕНЕТИЧНІ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ, НАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНО-ШЕМІЧНИМ УРАЖЕННЯМ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	40
Гряділь Т.І., Михалко Я.О., Чопей І.В. ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ В ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ.....	40
Корабельщикова М.О, Росул М.М. Іваньо Н.В. ВПЛИВ ФАКТОРІВ РИЗИКУ НА РОЗВИТОК ІНФАРКТУ МІОКАРДА В МОЛОДОМУ ВІСЦІ	41
Росул М.М., Корабельщикова М.О., Іваньо Н.В. ВПЛИВ ГІПЕРУРИКЕМІЇ НА ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК.....	42
Устич О.В., Рудакова С.О. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЖИТЕЛІВ РІЗНИХ ВИСОТНИХ РЕГІОНІВ ЗАКАРПАТТЯ.....	43
Іваньо Н.В., Корабельщикова М.О., Росул М.М., Іваньо Т.В. ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДОСЯГНЕННЯ ЦІЛЬОВОГО РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ З КІЛЬКІСТЮ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ У ХВОРИХ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ ІІІ СТАДІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДУ	43
СЕКЦІЯ ХІРУРГІЧНІ ДИСЦИПЛІНИ, ПРОМЕНЕВІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ, ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ТА МЕДИЦИНА НЕВІДКЛАДНИХ СТАНІВ, ОХОРОНА МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА	45
Сакало В. С., Ковальчук Д. І., Черниченко О. А. МІНЕРАЛЬНА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТОК У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ, ЩО ОТРИМУЮТЬ ІНТЕРМІТУЮЧУ ГОРМОНОТЕРАПІЮ	45
Пацкань Б.М., Варга Л.Л., Витрикуш М.Я. ДОСВІД РЕКОНСТРУКЦІЇ ТАЗОВОГО ДНА СИСТЕМОЮ «PROLIFT».....	45
Вайда В.М., Бучок А.О., Свистак М.М. ОДНОПОЛЮСНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБУ ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ МЕДІАЛЬНИХ ПЕРЕЛОМІВ ШИЙКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ У ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП.....	46
Келемен І.Я., Савула М.М. КОМБІНОВАНИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ МНОЖИННИХ ПЕРЕЛОМАХ РЕБЕР З ВИРАЖЕНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ	47
Фальбуш О. О., Софілканич І. Ф. ПРОЯВИ СИНДРОМУ СУХОГО ОКА У ХВОРИХ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ.....	47