

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

мл/кг/год в/в, щоденно) та 22 пацієнти (II гр.: АТс > 140 мм рт. ст. та/або АТд > 90 мм рт. ст., лізиноприл 10 мг/добу, ксилат 7 діб).

Результати дослідження. У пацієнтів II гр.-А кліренс натрію був вищим на 63 %, стандартизована екскреція – на 68 %, екскретована фракція – на 72 % ($p < 0,05$), ніж I гр.-А. Відповідні показники осморегуляторної функції – кліренс, стандартизована екскреція та екскреторна фракція ОАР склали: 12 %, 13 %, 18 % ($p < 0,05$). Ксилат на тлі фармакодинаміки ІАПФ збільшував кліренс натрію, та перевищував дані цього показника в групі порівняння на 58 %, а кліренс ОАР на 39 % переважав дані показника без застосування ІАПФ.

Висновки. ІАПФ у пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу, ускладненим синдромом ендогенної інтоксикації, за умови дизайну спостереження, активують волюмо- (на 63%) та осморегуляторну (на 12%) функції нирок. Активовані ІАПФ волюмо- та осморегуляторні функції нирок у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу, ускладненим синдромом ендогенної інтоксикації, більш чутливо реагують на ксилат, ніж неактивовані, а саме, відповідно на 58% та 39%. ІАПФ у поєднанні з ксилатом взаємоактивують волюмо- та осморегуляторну функції нирок у хворих з цукровим діабетом 2 типу ускладненим синдромом ендогенної інтоксикації.

Малайко С.С.

ЗАСТОСУВАННЯ ШКАЛИ GRACE У ХВОРИХ З ГОСТРИМ КОРОНАРНИМ СИНДРОМОМ ТА СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Кафедра анестезіології та реаніматології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. У наш час для прогнозування перебігу гострого коронарного синдрому (ГКС) запропоновано декілька кількісних клінічних шкал (TIMI, GRACE, RAMI, CADILLAC), які дозволяють оптимізувати стратифікацію ризику ішемічних подій у ранній віддалені періоди захворювання. При цьому оцінку ризику несприятливого результату проводять не тільки для уточнення прогнозу захворювання, але й для визначення тактики лікування й тривалості госпіталізації. У клінічній практиці для оцінки ризику несприятливих подій найчастіше використовують шкалу GRACE або TIMI.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 160 хворих з ГКС (гострий період) та ознаками ХСН II-III ФК (середній вік хворих - $59,1 \pm 10,5$ років), серед яких було 124 (77,5%) чоловіків і 36 (22,5%) жінок. Хворі рандомізовані на 2 групи: контрольну - 80 хворих з ГКС і основну – 80 хворих з ГКС і ознаками ХСН. Для розрахунків ризику за шкалою GRACE використовували інформацію з історії хворіб (вік хворого, клас гострої серцевої недостатності, наявність ІМ в анамнезі); показників стану гемодинаміки і коронарного кровоплину на момент поступлення (ЧСС, рівень САТ, девіація сегмента ST); показників під час перебування в стаціонарі (рівень креатиніну в крові, підвищення серцевих маркерів (тропонін Т та І) та коронарні втручання). При цьому встановлювали сумарну кількість балів і визначали тотальний ризик смертності під час перебування в стаціонарі (D), ризик через 6 місяців (D6), ризик смерті з можливістю виникнення реінфаркту під час перебування в стаціонарі (DM) і через 6 місяців (DM6).

Результати дослідження. При оцінці ризику смертності, реінфаркту та повторного ІМ за шкалою GRACE, встановлено, що тотальний ризик смертності, реінфаркту чи повторного інфаркту під час перебування в стаціонарі (D) у контрольній групі склав ($2,13 \pm 0,32$) %, через 6 місяців (D6) - ($11,9 \pm 0,77$) %; ризик смерті з можливістю виникнення реінфаркту під час перебування в стаціонарі (DM) склав ($4,27 \pm 0,55$) %, а смерть чи повторний ІМ через 6 місяців (DM6) - ($20,00 \pm 1,18$) %. У хворих основної групи кінцеві точки склали: D - ($7,36 \pm 0,65$) %, D6 - ($13,54 \pm 0,99$) %, DM- ($22,65 \pm 0,54$) %, а DM6 - ($35,84 \pm 0,83$) %.

Висновки. За 6 місячний період спостереження найбільший ризик смертності спостерігався у хворих на ГКС з ознаками ХСН II-III ФК, що важливо для ведення хворих в постінфарктному періоді.