

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ОЖИРІННЯМ

Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Яровець А.І., Краснощок С.О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ) з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2-го типу) і ожирінням (Ож) асоціюється з підвищенням ризику серцево-судинних ускладнень, що зумовлено спільними нейрогуморальними та нейроендокринними патогенетичними механізмами цих захворювань.

Ціль дослідження: порівняти структурно-функціональний стан серця у хворих з ГХ і при поєднанні з ЦД 2-го типу або Ож 1 ступеню (індекс маси тіла не вищий 34,9 кг/м²).

Матеріали і методи: 158 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеню були поділені на групи: I група - 35 хворих з ГХ у поєднанні з ЦД 2-го типу і нормальною масою тіла (НМТ), II група - 38 пацієнтів з ГХ, ЦД 2-го типу і Ож, III група – 30 хворих з ГХ та НМТ, IV група – 35 пацієнтів з ГХ і Ож. Групи були порівнянні за віком, статтю, стадією і ступенем хвороби. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

На ехокардіографії оцінювали кінцеві систолічний (КСД) і діастолічний діаметри (КДД) лівого шлуночка (ЛШ), фракцію викиду ЛШ (ФВ), індекс маси міокарда (ІММ) ЛШ. Визначали показники діастолічної функції ЛШ: час ізвольомічного розслаблення (IVRT), пікові швидкості трансмітрального потоку (V_E і V_A) та їх співвідношення (E/A), співвідношення піків E і e на мітральному клапані (E/e).

Результати: показники КСД і КДД ЛШ були дещо вищими у пацієнтів усіх груп, але не відрізнялись від значень у здорових, проте вірогідно різнились між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$). ФВ ЛШ не відрізнялась від показника контролю і між групами. ІММ ЛШ у пацієнтів досліджених груп був вірогідно вищим у порівнянні з показником здорових ($p < 0,05$), але у пацієнтів I і II груп він був максимально вищим ніж у контролі та різнився між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$). Зменшення співвідношення E/A зареєстровано у хворих I групи порівняно з показником III групи ($p_{I-III} < 0,05$), що є наслідком гальмування релаксації ЛШ в діастолу. Співвідношення E/e у групах не відрізнялось від показника контролю, але вірогідно різнилось між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$).

Висновки: поєднання ГХ II стадії, 2 ступеню з ЦД 2-го типу і Ож 1 ступеню сприяють більш вираженому ремоделюванню серця: збільшенню розмірів порожнин, ІММ ЛШ, показника діастолічного наповнення ЛШ (E/e) та не впливає на систолічну функцію ЛШ.

ЗАП'ЯСТКОВИЙ ТУНЕЛЬНИЙ СИНДРОМ У ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кліщ О.О., Масалітін І.М., Ваглай Ю.С.

Науковий керівник – к.м.н. Сотніков Д.Д.

Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології

Актуальність: в умовах стрімкої урбанізації з кожним роком зростає кількість офісних працівників. Гіподинамія та стереотипні статичні навантаження у них призводять до ряду захворювань, серед яких поширеним є зап'ястковий тунельний синдром.

Мета: визначити та оцінити вплив фізичних факторів на розвиток карпального тунельного синдрому.

Матеріали та методи: дослідженню підлягли 137 офісних працівників із стажем роботи від 5 до 14 років. Середній вік обстежуваних становив $37,6 \pm 2,7$ роки, серед них переважали жінки – 57,5%.

Результати дослідження: серед обстежуваних осіб ознаки тунельного синдрому виявилися у 69,7% осіб. Серед них больові відчуття під час роботи спостерігалися у 77,5% хворих (з них у 23,2% - через 30 хвилин від початку роботи, у 30,4% - через 1 годину 30 хвилин, у 46,4% - пізніше ніж через 3 години від початку роботи), у 17,0% болі виникали у стані спокою, у 5,5% - нічні болі. Парестезії були наявні у 17,6% хворих, слабкість рухової діяльності руки спостерігалися у 11,7% хворих, відчуття стиснення і набряку - у 23,4% хворих.

Об'єктивно позитивний симптом Тіннеля спостерігався у 38,1% обстежуваних; атрофія м'язів тенора - у 2,7 % обстежуваних; посилення болю при надмірному розгинанні чи згинанні кисті на 90° - у 51,3% обстежуваних. Опитування за шкалою DN4 продемонструвало, що у 61,8% хворих ознаки болю відповідали нейропатичному.

При роботі з клавіатурою у 7,5% обстежуваних кисть розігнута менш ніж на 10°, у 16,6% - від 10° до 19°, у 75,9% - на 20° і більше. Статистичний аналіз із використанням показника відповідності показав пряму залежність частоти виникнення та інтенсивності больових відчуттів від кута розташування кисті на клавіатурі ($\chi^2=10,4$, $p<0,01$).

Висновки: монотонна робота з комп'ютером провокує розвиток карпального тунельного синдрому у значної частини користувачів (69,7%). Сприяють формуванню патологічних змін незручна поза та розташування кисті під кутом 20° і більше, відсутність опори для ліктів чи зап'ясть, тривалість безперервної роботи з комп'ютером більше 1,5 години, робочий день понад 6-8 годин та стаж роботи більше 5 років.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРЕПАРАТУ АКТИЛІЗЕ(АЛЬТЕПЛАЗА) У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Клюс Т.О., Конач М.І.

Мар'єнко Лідія Борисівна

ЛНМУ ім.Данила Галицького, кафедра неврології

Актуальність. Частота інсультів в Україні становить 200-250 випадків на 100 тис. населення (у світі - 140-500). Однак смертність від інсульту в Україні значно вища - 133 на 100 тис.населення, у світі - 91,49 відповідно. Статистично, ішемічний інсульт (ІІ) трапляється у 3-5 разів частіше, ніж геморагічний. Одним із найефективніших методів терапії ІІ є тромболітична терапія(ТЛТ), яка при вчасному застосуванні забезпечує раннє відновлення кровообігу в ураженій ділянці, запобігає незворотним змінам нервової тканини. Препаратом для ТЛТ є альтеплаза (Актилізе®).

Мета. Проаналізувати та порівняти результати проведення ТЛТ у пацієнтів із ІІ у світі та в Україні (зокрема, у м. Львові).

Матеріали та методи. Використано аналітико-порівняльний метод, опрацьовано результати інформаційного(бази даних MEDLINEplus, PubMed,SITS-MOST), бібліографічного пошуку, проаналізовано історії хвороби пацієнтів, яким проведена процедура ТЛТ у 2-му неврологічному відділенні Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова за 2011-2015 роки.

Результати. У результаті ТЛТ за даними SITS-MOST(всього-23942 пацієнти) виявлено, що у 55%(13168) пацієнтів досягнуто функціональної незалежності. В Україні узагальнено цей показник - 55,4%; у м. Львові - 58,8%(47 із 80 пацієнтів). Неврологічний дефіцит у вигляді геміпарезів різного ступеня тяжкості, порушення мови, координації за даними SITS-MOST – у 33,7%(8068), по Україні - 33,9%, у м. Львові – 31,2% пацієнтів(25 із 80 пацієнтів).

Летальність за SITS-MOST становить 11,3%, в Україні – 10,7%, у м. Львові - 10%. У 8,5% за даними реєстра SITS- MOST розвинулось ускладнення у вигляді геморагічної трансформації. В Україні даний показник - 8,5%, у м. Львові – 3,8%.

Висновки. Проаналізовані дані про застосування ТЛТ за допомогою рекомбінантного тканинного активатора плазміногену (альтеплаза) при ІІ в Україні та світі доводять його високу ефективність у більшості пацієнтів, що свідчить про необхідність подальшого вдосконалення і використання даного методу.