

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

БЕЗПЕЧНЕ ЛІКАРНЯНЕ СЕРЕДОВИЩЕ. БІОМЕХАНІКА ТІЛА МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

*Касяненко Є., студент 2го курсу, «Сестринського відділення».
Науковий керівник – Коцар О.І., викладач основ медсестринства
Сумський медичний коледж*

Актуальність теми. Однією з причин появи болів в спині і травмах, є недотримання медсестрами правил біомеханіки тіла в роботі.

Робота медичних сестер пов'язана з фізичними навантаженнями. Під час догляду за пацієнтами доводиться перевозити, переміщувати, підіймати пацієнтів, тривалий час перебувати у вимушеній позі, що призводить до великого навантаження на хребет.

Мета дослідження. Детальніше вивчити тему безпечне лікарняне середовище, як впливає не виконання правил правильного положення тіла при переміщенні пацієнтів, наслідки не правильного положення тіла медичних сестер.

Метод дослідження. Анкетний метод, інтерв'ю, спостереження.

Біомеханіка – це спосіб завдяки якому тіло людини пристосовується, щоб не втратити рівновагу під час руху.

Дотримуючись правильної біомеханіки тіла медична сестра дбає про своє здоров'я. Дуже важливим аспектом є зручний одяг (вільний, без дискомфорту) та взуття (щільно облягає ногу).

За даними нашого анкетування 67% медичних працівників мають теоретичне уявлення про біомеханіку тіла, але є ті 33% котрі не знають, що таке біомеханіка.

Більшість опитаних не володіють інформацією про сучасні засоби переміщення, лише 12% володіють інформацією про них, 88% не знають про ці засоби.

Хвороби хребта є найпоширенішими професійними захворюваннями серед медичних працівників в усьому світі. Медичному персоналу досить часто доводиться підіймати і переносити пацієнтів та важкі предмети.

На питання в анкеті «Чи підіймаєте ви пацієнтів з вищим індексом маси тіла чим у вас?», ми отримали такі відповіді, що 75% підіймають, та лише 28% не підіймають взагалі. Більшість медсестер переміщують пацієнтів з вищим індексом маси тіла, ніж у них.

Знають правила переміщення 65% опитаних, лише 27% не знають.

Висновки дослідження. Лікувально – профілактичні заклади не забезпечені в достатній мірі засобами для переміщення пацієнтів, що теж збільшує ризик професійних захворювань.

Практикуючі медичні сестри не мають чітких знань про правильне положення тіла, безпечне лікарняне середовище, а також нормативних документів з охорони праці та забезпечення професійної безпеки в закладах охорони здоров'я.

ЖОРСТКІСТЬ ПЕЧІНКИ ПРИ ПОЄДНАННІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ, ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ І ОЖИРІННЯ

*Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Саєнко О.С.
Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Для пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) в поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2-го типу) і ожирінням (Ож) характерні метаболічні ураження печінки, ініційовані гіперінсулінемією та інсулінорезистентністю, які призводять до підвищення активності ферментів, що розщеплюють тригліцериди жирової тканини, збільшення концентрації в крові вільних жирних кислот і їх накопиченню у цитоплазмі гепатоцитів і розвитку неалкогольної жирової хвороби печінки, що може трансформуватися в стеатогепатит і цироз.

Ціль дослідження: порівняти структурно-функціональний стан печінки у хворих на ізольовану 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 1 ступеню, III група – 30 хворих на ГХ та НМТ, IV група – 35 пацієнтів з ГХ і Ож 1 ступеню. Групи були порівнянні за віком, статтю, стадією і ступенем хвороби. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Еластографію печінки проводили на сканері «ULTIMA RA» (фірми «РАДМІР», Україна) з функцією еластографії конвексним датчиком 1–5 МГц. Показник жорсткості печінки виражався через значення модуля Юнга в кілопаскалях (Elast, кПа).

Результати: показник (Elast, кПа) у хворих III групи не відрізнявся від такого у здорових, у пацієнтів IV групи в 3 рази, у хворих I групи в 3,5 рази, а у пацієнтів II групи більше, ніж в 4 рази перевищував показник у контрольній групі ($p < 0,05$). Спостерігалась статистично значуща різниця між порівнюваними групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$).

Висновки: хворі з поєднанням ГХ і ЦД 2-го типу незалежно від маси тіла мають достовірно вищий показник жорсткості паренхіми печінки порівняно з пацієнтами хворими лише на ГХ. Наявність навіть незначного збільшення маси тіла асоціюється зі збільшенням жорсткості печінки, що вказує на підвищення ступеню гепатозу при коморбідних станах.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СУДИН 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

Ожиріння (Ож) на теперішній час набуло характер епідемії як в Україні так і в усьому світі, що призвело до збільшення осіб з коморбідними станами, а саме – поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ), цукрового діабету (ЦД) і Ож, що суттєво підвищує ризик виникнення серцево-судинних ускладнень у цієї категорії хворих.

Ціль дослідження: порівняти структурно-функціональний стан судин у хворих на ГХ та при поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2-го типу) або Ож.

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 1 ступеню, III група – 30 хворих з ГХ та НМТ, IV група – 35 пацієнтів з ГХ і Ож 1 ступеню. Групи були порівнянні за віком, статтю, стадією і ступенем хвороби. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Для визначення ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД) проводили пробу з реактивною гіперемією. Дослідження проводили на сканері «ULTIMA RA» (фірми «РАДМІР», Україна) тричі на лівій і правій плечових артеріях з 15-хвилинними перервами між пробами за методикою Celermajer D.S. в модифікації Іванової О.В., товщину інтими медії сонної артерії (ТІМ СА) вимірювали у стандартній точці (на 2 см проксимальніше біфуркації загальної сонної артерії). Швидкість пульсової хвилі (ШПХ) в СА визначалася W-Track-методом (методом фазового трекінгу, запатентованим виробниками сканера).

Результати: ЕЗВД була зниженою в усіх хворих порівняно зі здоровими. Спостерігалась вірогідно значуща різниця між показниками у групах ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$; $p_{III-IV} < 0,05$). ТІМ СА і ШПХ від показників у групі контролю не відрізнялися, але вірогідно різнились між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$).

Висновки: Порушення структурно-функціонального стану судинної стінки у хворих на ГХ в поєднанні з Ож і ЦД 2-го типу проявляються зниженням ЕЗВД, збільшенням ТІМ СА і ШПХ у магістральних судинах і черевній аорті.