

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

ОЦІНКА КОНТРОЛЮ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ АСОЦІЙОВАНОЇ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Січенко А.А.

Науковий керівник – д.мед.н., проф. Приступа Л.Н.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Зниження контролю бронхіальної астми (БА) призводить до погіршення якості життя, а також до несприятливих психосоціальних та економічних наслідків. Одним із факторів, який впливає на погіршення контролю БА є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), яка може імітувати симптоми БА та обтяжувати її перебіг. Асоціація даних захворювань трапляється у 65% хворих, при цьому у 24% ГЕРХ клінічно не проявляється.

Метою нашої роботи була оцінка контролю перебігу БА асоційованої з ГЕРХ.

Матеріали та методи. Для вивчення рівня контролю БА нами було обстежено 85 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Сумській обласній клінічній лікарні у 2012-2015 рр. Оцінку контролю перебігу БА проводили за допомогою опитувальника АСQ-5.

Результати. З усіх обстежених пацієнтів виявлено тільки 55 (64,7%), що отримували терапію ГЕРХ. Контрольована БА у цій групі хворих діагностувалась у 39(45,9%), частково контрольована – у 16 (18,8%). У 30 (35,3%) хворих, які не отримували терапію з приводу ГЕРХ, контрольований перебіг захворювання був у 17 (20%), і у 13(15,3%) – частково контрольований, що може вказувати на значний вплив ГЕРХ на перебіг БА. Опитування показало, що частота загострень була пропорційно пов'язана з лікуванням ГЕРХ – кількість загострень у хворих на БА і ГЕРХ значно зменшувалась при своєчасному виявленні і лікуванні ГЕРХ.

У цілому, результати дослідження показали, що при будь якому клінічному режимі лікування ГЕРХ, контроль над БА покращується, а кількість хворих, у яких досягається більш високий рівень контролю над БА, збільшується. Таким чином, рівень контролю БА у хворих з ГЕРХ прямо пропорційно залежить від обсягу лікування даної клінічної асоціації, що обов'язково повинно включати ІПП й антацидні препарати. Це дозволить покращити рівень контролю БА, скоротити кількість денних, й особливо нічних симптомів та покращити прогноз у хворих із асоціацією ГЕРХ та БА.

ПАРАНЕОПЛАСТИЧНА АРТРОПАТІЯ В РЕВМАТОЛОГІЇ

Скрипник Н.В., Примачук О.Є.

Науковий керівник- к.мед.н., ас. Л. І. Маринич

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Кафедра внутрішньої медицини №2

Актуальність: Відомо, що кожного року більше ніж у 10 млн людей на планеті діагностують злякисні новоутворення різної локалізації. При цьому нерідко ознаки злякисного новоутворення, у тому числі й на ранніх стадіях, перебігають під маскою доброякісних уражень, що одержали назву паранеопластичних захворювань, чи синдромів. Паранеопластичний синдром (ПНС) – клініко - лабораторна сукупність ознак, які виникають у хворих при злякисних пухлинах та зумовлені неспецифічною реакцією з боку різних органів і систем або ектопічною продукцією пухлиною біологічно активних речовин.

Мета: Проаналізувати, згідно даних літератури особливості перебігу паранеопластичного синдрому.

Матеріали та методи: статті в наукових журналах, присвячені вивченню та описанню клінічних випадків ПНС.

Результати: Одним із проявів ПНС є паранеопластична артропатія (ПА). ПА відзначається у 10–15% хворих із ПНС. Особливостями ураження суглобів при вказаному синдромі є гострий початок, асиметричність ураження, невираженість запальної реакції суглобів, неспецифічність клініко-лабораторних проявів, відсутність деформації та суттєвих патологічних змін на рентгенограмах кісток і суглобів, рефрактерність до протизапальної терапії, невідповідність між тяжкістю стану пацієнта та відносною невираженістю

суглобового синдрому. Відмінною рисою ПНС є те, що на відміну від більшості ревматичних хвороб, дебют яких припадає на молодий та середній вік, випадки вторинних проявів на фоні малігнізації найбільш характерні для осіб старшого віку з тривалим анамнезом хвороби, що закономірно потребує більш ретельного скринінгу цього контингенту пацієнтів. В той же час, відміну від справжніх ревматичних захворювань, ПНС не мають їхньої повної клінічної картини.

Висновок: Своєчасна верифікація паранеопластичного процесу дозволяє суттєво впливати на клінічний прогноз, починаючи з раннього виявлення пухлини, своєчасного призначення протипухлинної терапії, покращення якості життя та відповідно його віддаленого прогнозу.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ ДОНОРСЬКОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

Слободян Г.Р., Дорошецька Є.В., Любчак В.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Донорська служба має стародавню історію. Метод кровопускання застосовувався в скіфів при багатьох захворюваннях. Відомо, що люди для омолодження брали кров вмираючих глadiatorів. Кров вживали під час воєн. Система кровообігу описана в 1628 р. Вільямом Гарвеєм. У 1667 р. французький учений Жан Батист Денні перелив 250 мл крові ягняти юнакові, що страждав лихоманкою, і хворий нібито одужав.

Британський акушер Джеймс Бланделл у 1818 р. врятував життя однієї зі своїх пацієнток, перелив їй кров чоловіка. В 60 - 80-х рр. XIX с. було введено методи: внутрішньоартеріального переливання, консервування крові, хімічної стабілізації крові. У 1900 р. К. Ландштейнер відкрив три групи крові. У 1907 р. Я. Янський і в 1910 р. В.Л. Мосс виділили четверту групу крові. Перше науково обгрунтоване переливання крові з урахуванням її групової приналежності у Радянському Союзі було зроблено 20 червня 1919 р. В. Н. Шамовим. В Україні з урахуванням груп крові здійснили переливання Є.Ю. Крамаренко та Л.Я. Берінштейн у м. Одеса у 1922 році. Перше офіційне видання Інструкції з використання переливання крові як лікувального методу 14 серпня 1928 р. В Україні у 1930 організовано Український інститут переливання крові у Харкові, а в 1934р. – у Києві.

У 1998 р. інститут у Львові перейменований у Львівський науково-дослідний інститут патології крові та трансфузійної медицини МОЗ України.

Тепер служба крові України побудована за територіальним принципом і складається з 68 станцій переливання крові та 600 відділень переливання крові, які входять до складу лікарень та два інститути крові - у Києві та Львові.

Отже, у історії донорської служби є чітка багатогранна послідовність розвитку подій, які беруть початок з часів скіфів і тривають й досі.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОЛІМОРФІЗМУ ГЕНА ЕНДОТЕЛІНУ-1 У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Сміянова Ю.О., аспірант

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Функція ендотелію відображає комплексний вплив усіх атерогенних і антиатерогенних факторів, і тому можна її розглядати як показник активного патологічного процесу та суттєвий фактор ризику для майбутніх серцево-судинних ускладнень. Генетичний поліморфізм – це результат мутацій, які передбачають заміну одного нуклеотиду на інший, так звані крапкові однонуклеотидні поліморфізми (single nucleotide polymorphism – SNP). Вважається, що приблизно 30 % генів, що кодують білки, поліморфні. Виділені найбільш значущі гени, які обумовлюють поліморфізм регуляторних ферментних систем при артеріальній гіпертензії (АГ). Ген ендотеліну-1 (EDN1), що кодує ET-1, знаходиться на хромосомі 6р24-23. Добре вивчено вплив однонуклеотидного поліморфізму цього гену, який призводить до заміни амінокислоти лізину (Lys) на аспарагін (Asn) у положенні 198 поліпептидного ланцюга (G 1 A), на АГ та її ускладнень.