

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

Результати : У багатьох пацієнтів в анамнезі були дані про наявність серцево-судинної патології : артеріальна гіпертензія (38%), ішемічна хвороба серця (26%), інфаркт міокарду (ІМ) (10%), перенесені раніше інсульти (26%). Під час обстеження пацієнтів в неврологічному відділенні як основне захворювання було діагностовано : тромбози та тромбоемболії легеневих артерій (ТЕЛА) (20%), ІМ (6.7%), рак внутрішніх органів (16,6%), апостематозний нефрит (10%), гіпертонічна хвороба (10%) та ГПМК за геморагічним типом (36,7%). При аутопсії у 24 пацієнтів були підтверджені морфологічні вогнищеві зміни тканин мозку у вигляді геморагічного та ішемічного інсульту, ще у двох пацієнтів виявлені субарахноїдальні крововиливи, а у 4 – розбіжності із встановленим діагнозом. Згідно з паталогоанатомічним діагнозом причиною смерті у хворих були : серцева недостатність (3,3%), ТЕЛА (23,3%), рак внутрішніх органів (16,7%), інфаркт мозку (10%) та набряк головного мозку із вклиненням у потиличний отвір (46,7%).

Висновки :

1. Соматичні захворювання є пусковим механізмом розвитку псевдоінсульту.
2. Поставити діагноз псевдоінсульту, спираючись тільки на клінічні прояви неможливо.
3. Характер ураження головного мозку можна визначити лише за допомогою КТ, МРТ. Інформативність цих методів становить 70-100% протягом 1-2 доби.

РОЗВИТОК "ІШЕМІЧНОГО КАСКАДУ" ПРИ ІНСУЛЬТАХ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ (СПІВВІДНОШЕННЯ КЛІНІКИ ТА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ). СТРАТЕГІЇ ІНТЕНСИВЕОЇ ТЕРАПІЇ

Ціфриньць О.І., Хрип'як Х.Є.

Науковий керівник-доц. Малярська Н.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Кафедра неврології

Актуальність. Загальна смертність при легкій черепно-мозковій травмі (ЧМТ) становить 4-5%, а при важкій – 68-70%. Віддалені наслідки при ЧМТ спостерігаються у 50-100% випадків залежно від важкості травми. За даними "Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2008" інсульт займає друге місце серед захворювань з фатальним наслідком, а також є найбільш поширеною причиною втрати працездатності.

Мета. Ретельно дослідити клініку та нейровізуалізаційні зміни на комп'ютерній томографії(КТ), магнітно-резонансній томографії (МРТ) при ЧМТ та інсультах та показати кореляційний зв'язок між ними.

Методи та матеріали. Проведено обстеження 11 хворих віком від 19 до 55 років: серед них 10% з ЧМТ, 50% з ГПМК, 40% з хронічною ішемією мозку(ХІМ), внаслідок перенесених ГПМК раніше. Зібрано скарги, анамнез хвороби, життя, проведено неврологічне обстеження пацієнтів, проаналізовано параклінічні та інструментальні методи дослідження (доплерографія судин шиї, КТ та МРТ головного мозку).

Результати. Особливості перебігу патофізіологічних процесів («ішемічного каскаду») при інсульті та травмі свідчать, що в основі пошкодження цілісності клітин та тканин при різних формах ураження мозку лежать подібні механізми. Екзоцитотоксичні фактори активуються при ЧМТ та інсультах, що спричиняє вторинне пошкодження мозку. Встановлено, що на початку захворювання між вираженістю клінічної картини і змінами на КТ є непрямий кореляційний зв'язок, на піку і по завершенні - прямий кореляційний зв'язок.

Висновки. Лікування має бути спрямоване на "сповільнення" розвитку "ішемічного каскаду" завдяки відновленню адекватної перфузії мозку та нейропротекторній терапії шляхом:

1. Усунення гіпоксії (РаО₂ більше 60 мм.рт.ст.)
2. Попередження розвитку артеріальної гіпотензії (систоличний АТ більше 90 мм.рт.ст., у хворих на артеріальну гіпертензію – не менше 110-120 мм.рт.ст.), чи артеріальної гіпертензії, при перевищенні систоличного АТ 180-200 мм.рт.ст.
3. Підтримання адекватного церебрального перфузійного тиску (більше 70 мм.рт.ст.)

- 4.Корекція внутрішньочерепного тиску (не вище 20-25 мм.рт.ст.)
- 5.Профілактика і усунення вазоспазму.

КАРДІО-РЕНАЛЬНІ ЗВ'ЯЗКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.

Чернацька О. М., аспірант

*Медичний інститут Сумського державного університету,
кафедра сімейної та соціальної медицини.*

Мета. Дослідити взаємозв'язок показників систолічної та діастолічної серцевої недостатності (СН) із маркерами діабетичної нефропатії, які слугують факторами ризику серцево-судинних ускладнень (ССУ) у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2 типу і артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали і методи. Обстежено 80 хворих із АГ і ЦД 2 типу, які проходили лікування у СМКЛ № 1. Пацієнтів було поділено на дві групи в залежності від рівня глікозильованого гемоглобіну (НbA1c). У 36 осіб першої (I) групи він був меншим за 8%, а у 44 другої (II) – більшим. Взято саме це значення, бо при ньому значно зростає ризик розвитку ССУ у пацієнтів із ЦД 2 типу. Методи дослідження: клінічні, біохімічні, інструментальні, математичні, статистичні. Після визначення рівня мікроальбуміну та креатиніну в сечі біохімічним методом, було обчислене співвідношення цих показників. Усім пацієнтам проведено ехокардіоскопію, після чого розраховано індекс маси міокарда (ІММ) лівого шлуночка (ЛШ) та співвідношення Е/А (для оцінки діастолічної СН) та оцінено фракцію викиду (ФВ) ЛШ (показник систолічної СН). Дані оброблялися статично.

Результати. У пацієнтів I групи у порівнянні із особами II групи констатоване менше співвідношення альбумін / креатинін у сечі ($(428 \pm 6,5)$ мг/г, $(464 \pm 9,1)$ мг/г, $t = 3,22$, $p < 0,01$); більше співвідношення Е/А ($(0,82 \pm 0,01)$, $(0,77 \pm 0,02)$, $t = 2,24$, $p < 0,05$), вищий рівень ФВ ЛШ ($(56,72 \pm 1,8)$ %, $(49,5 \pm 1,6)$ %, $t = 2,998$, $p < 0,01$), менші значення ІММЛШ ($(82,7 \pm 1,79)$ г/м^{2,7}, $(90,21 \pm 1,43)$ г/м^{2,7}, $t = 3,27$, $p < 0,01$).

Висновок. Встановлено пряму пропорційну залежність між маркерами діабетичної нефропатії, які слугують факторами ризику ССУ при ЦД 2 типу та показниками систолічної і діастолічної СН, що доводить взаємозв'язок цих патологій та необхідність комплексного підходу до лікування.

УРАЖЕННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Чумак О.О., магістр, Нагорна А.О., студ., Деміхова Н.В., доцент

СумДУ, кафедра сімейної та соціальної медицини

Медико-соціальна значимість ураження серця при ревматоїдному артриті (РА) визначається її високою поширеністю, неухильно прогресуючим перебігом, незадовільним довгостроковим прогнозом і відсутністю позитивної динаміки кардіоваскулярної захворюваності та смертності при РА протягом останніх десятиліть. Несвоєчасна діагностика кардіоваскулярних захворювань і особливості їх перебігу (ранній розвиток, атипова симптоматика або безсимптомний перебіг) у хворих РА підтримують ці несприятливі епідеміологічні тенденції.

Мета дослідження. Оцінити структуру ураження серця у хворих на РА.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 70 історій хвороб хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у ревматологічному відділенні КУСОКЛ з 2015 по 2016 рр. з приводу РА. Для дослідження використовувалися клінічні (збір анамнезу, скарг, фізикальне обстеження), лабораторні, інструментальні методи.

Результати дослідження. У більшості хворих на РА виявлені клінічні ознаки можливого ураження кардіоваскулярної системи (тахікардія, екстрасистолія, кардіалгії, патологічні шуми в серці) що відповідає 64,2% хворих. Вади серця виявлені у 4 хворих: аортальний стеноз - у 2 (2,9%), мітральна недостатність – у 2(2,9%) хворих. Розвиток перикардиту спостерігався у 9 (12,9%) хворих РА, із них у 7 хворих виявлений ексудативний перикардит,