

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

Висновки: таким чином, динаміка відновлення м'язової сили та зменшення м'язового тонуусу спостерігалася в обох групах. Проте більш ефективною виявилася методика №1, що свідчить про позитивний вплив електроміостимуляції на м'язи-антагоністи спастичним.

## **ВЗАЄМОЗУМОВЛЕНІСТЬ ГІПЕРЛІПІДЕМІЇ, АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ ЯК ФАКТОРІВ РИЗИКУ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Стеблевська А. В., Воробей І. В. – студенти 3 курсу, Руденко Т. М.  
Кафедра сімейної та соціальної медицини СумДУ*

Концепція профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) ґрунтується на контролі різних факторів ризику (ФР).

Дисліпідемія може мати різний ступінь вираженості за інших ФР, тому **метою** нашої роботи став пошук асоціацій між кількісними порушеннями ліпідних параметрів крові, а сам рівнем загального холестерину,  $\beta$ -ліпопротеїдів та іншими класичними ФР ССЗ, такими як АГ та ЦД.

Методи і матеріали: Шляхом випадкового вибору було відібрано 69 хворих віком до 60 років (середній вік  $(52,0 \pm 1,0)$  року).

Проводилось загально-клінічне обстеження, визначення в крові рівня загального холестерину,  $\beta$ -ліпопротеїдів.

За рівнем загального холестерину всіх хворих було розподілено на три групи. Першу групу склали 4 пацієнта з низьким рівнем ( $< 180$  мг/дл), другу – 25 хворих з нормальними показниками ( $180 - 220$  мг/дл) і третю – 40 осіб із підвищеним рівнем ( $> 220$  мг/дл).

Критерієм гіперліпопротеїнемії служив рівень бета-ліпопротеїнів вище  $55$  г/л.

Отримані результати. Нами визначено, що серед пацієнтів 1-ї групи встановлений діагноз АГ мав лише 1 пацієнт (25 %), пацієнти з ЦД II типу були відсутні, середній вік склав  $36,0 \pm 1,0$  років; у 2-й групі – 8 пацієнтів (32 %) мали встановлений діагноз АГ, 3 (12 %) – мали поєднання АГ та ЦД II типу, середній вік склав  $43,0 \pm 1,0$  роки; 3-я група була представлена пацієнтами серед яких – 15 (38 %) з АГ; 6 хворих (15 %) мали встановлений діагноз ЦД II типу; 8 чоловік (20 %) мали поєднання АГ та ЦД II типу, середній вік склав  $51,0 \pm 1,0$  рік.

Підвищений рівень  $\beta$ -ліпопротеїдів ( $> 55$  г/л) було діагностовано у 4 % 1-ї групи пацієнтів, 20 % – 2-ї групи і 80 % – 3-ї групи хворих.

Слід відзначити, що серед пацієнтів 3-ї групи було виявлено 11 осіб з гіперліпідемією, яка була асоційована лише з одним фактором ризику – віком.

Висновки:

1. АГ та ЦД II типу мають більш виражену асоціацію серед групи хворих з гіперліпідемією.

2. Хворі з гіперліпідемією, навіть при відсутності інших прелічених факторів ризику, які не отримуть лікування, мають велику вірогідність розвитку серцево-судинних захворювань.

3. Для профілактики серцево-судинних захворювань, дослідження ліпопротеїдів крові повинно проводитись всім хворим у віці понад 40 років.

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОЇ ФІЗИОТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЛИЦЕВИХ НЕВРОПАТІЙ**

*Стеценко Л.О., \*Олійніченко Н.Є., \*\*Стеценко Н.Н., \*\*Бражнік Л.Є., Чемерис І.О.*

*Науковий керівник – доцент Юрченко А.В.*

*СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології*

*\*КЗ СОКЛ, \*\*КУСМКЛ №4*

Гостра лицева невропатія (ГЛН), яка проявляється переважно парезами та паралічами лицьової мускулатури, продовжує залишатися важливою медико-соціальною проблемою. Прийнято вважати, що ураження лицьового нерва поліетіологічні (ідіопатичні, ішемічні,

отогенні, травматичні та іншого генезу). При використанні традиційних методів лікування одужання настає у 40-60% випадків. Однак у частини хворих (від 20 до 30%) через 4-6 тижнів можуть розвиватися контрактури м'язів, які створюють не тільки косметичні незручності, але і викликають виражені психо-емоційні розлади.

Метою дослідження був підбір оптимальних методів електростимуляції при комбінованій фізіотерапії ГЛН. За період дослідження 2014 - 2015 рр. були визначені найбільш оптимальні схеми фізіотерапії при комплексному лікуванні ГЛН у 27 хворих, де центральною ланкою було проведення електростимуляції уражених м'язів. Лікувальні заходи, спрямовані на посилення крово- і лімфообігу в ділянці обличчя, поліпшення провідності лицьового нерва, відновлення функції м'язів, попередження розвитку м'язової контрактури включали фармакологічні (антибіотики - за показаннями, кортикостероїди, антигістамінні препарати, діуретики, антиоксиданти, вітаміни) і фізіотерапевтичні методи, включаючи комплекс ЛФК та масажу. В один день застосовували такі фізіотерапевтичні методи: КВЧ - терапію на навколочушну і хвору половину лица, електрофорез (напівмаска Бергоньє) з каріпаїном, солюкс, електростимуляцію м'язів обличчя за схемою. Електростимуляцію проводили апаратом СНМ - 2 - 01, точковим електродом по точках акупунктури ділянки лица. Курс лікування призначався індивідуально та становив 10-15 процедур.

Одночасне застосування фармакологічного лікування і фізіотерапевтичних процедур дозволило вирішити такі завдання:

- покращити якість лікування ГЛН практично у всіх хворих (за винятком 1 пацієнта);
- нормалізувати рухи м'язів лица;
- гармонізувати міміку;
- покращити жувальну і мовну функцію;
- покращити психо - емоційний стан пацієнтів;
- скоротити, в порівнянні з загальноприйнятим, терміни лікування хворих в середньому на 5-10 днів.

Вище зазначена схема комбінованої фізіотерапії ГЛН може бути рекомендована в якості лікування даної патології.

### **КОЕФІЦІЄНТ АТЕРОГЕННОСТІ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНОТИПІВ ЗА С825Т ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА $\beta$ -СУБОДИНИЦІ G-БІЛКА**

*Стороженко А. В., Яценко А. В., Дудник Т. І., Моїсеєнко І. О.*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

Дисліпідемії є однією з найбільш важливих причин розвитку атеросклерозу, тому їх своєчасна діагностика і правильне лікування можуть уповільнити процес розвитку атеросклерозу і зменшити ризик серцево-судинних ускладнень. Для більш адекватного аналізу порушень ліпідного обміну важливо оцінювати коефіцієнт атерогенності (КА).

Атеросклероз розглядають як багатофакторний процес, ініціація розвитку та прогресування якого визначається складним характером взаємодії традиційних факторів ризику з генетичними чинниками. Встановлено, що генетична детермінація атеросклерозу зумовлена великою кількістю поліморфних генів з різною потужністю фенотипічних ефектів. До них належить й досліджений С825Т поліморфізм гена  $\beta$ -субодиниці G-білка (GNB3), асоційований із розвитком атеросклерозу, а саме носії Т алеля мають вищі показники КА.

Мета дослідження. Визначити показник КА у хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) залежно від С825Т поліморфізму гена GNB3.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 155 хворих на АГ. Використовували клінічні, лабораторні та інструментальні методи дослідження. КА обчислювали за формулою Ф.М.Климова:  $КА = (\text{загальний холестерин} - \text{холестерин ліпопротеїдів високої щільності}) / \text{холестерин ліпопротеїдів високої щільності}$ . За норму приймали КА нижчий 3,0 ум.од.