

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

ІНТЕНСИВНІСТЬ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ТА РИЗИК ЛЕТАЛЬНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДУ ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ УРАЖЕННЯ

Анциферова І.В., Погорелова О.С., Марцовенко І.М.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Актуальність. На сьогодні до кінця не з'ясована залежність вираженості больового синдрому, локалізації ураження при гострому коронарному синдромі (ГКС) та ризику летальності в даній когорті пацієнтів.

Мета. Визначити інтенсивність больового синдрому, ризик летальності при гострому інфаркті міокарду (ІМ) з різною локалізацією ураження коронарних судин.

Матеріали та методи. Аналіз даних 21 хворого з ГКС включав дані коронароангіографії (КАГ), середній час від початку больового синдрому до поступлення у лікувальний заклад та проведена оцінка за шкалою GRACE.

Результати. Для хворих із оклюзією ЛКА середній час від початку больового синдрому до поступлення в лікувальний заклад склав $6,2 \pm 1,5$ годин, для пацієнтів з оклюзією ПКА – $4,8 \pm 1,2$ годин, для хворих із багатосудинним ураженням – $3,1 \pm 0,5$ години.

Сума балів за шкалою GRACE у пацієнтів з ураженням ЛКА та підйомом сегменту ST (STEMI) становила $121,75 \pm 6,65$, без підйому (NSTEMI) – $98,5 \pm 0,71$. У групі з оклюзією ПКА сума балів при STEMI становила $112,4 \pm 12,1$, NSTEMI – $95,3 \pm 4,9$. У всіх випадках при багатосудинному ураженні діагностований STEMI з сумою балів за GRACE $138 \pm 12,7$. Ризик госпітальної летальності у пацієнтів зі STEMI та ураженням ЛКА та ПКА є низьким (менше 2%), упродовж наступних 6 місяців ризик смертності зростає до 4,5-11%. У хворих із NSTEMI при аналогічній локалізації ураження ризику складають менше 1% та 3-8% відповідно. При багатосудинному ураженні ризик внутрішньогоспітальної летальності є середнім (від 2 до 5%), а упродовж 6 місяців перевищує 11% (високий ризик).

Висновки. Багатосудинне ураження коронарних артерій асоціюється із клінічно інтенсивнішим больовим синдромом та високим ризиком за шкалою GRACE. При ураженні ЛКА та ПКА більш високий ризик спостерігався у пацієнтів зі STEMI.

БУЛЬОЗНІ ДЕРМАТОЗИ–ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Бігун Наталія, Михалейко Людмила

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Білинська О.А

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

кафедра дерматології та венерології

Актуальність: Бульозні дерматози характеризуються складними патофізіологічними механізмами, широким спектром клінічних проявів, системним перебігом і вимагають ретельного медичного обстеження, своєчасної постановки діагнозу, призначення спеціалізованого лікування та реабілітації в подоланні діагностичних і терапевтичних завдань.

Мета: виявлення особливостей бульозних уражень шкіри, а саме герпетиформного дерматиту Дюринга і проведення диференційної діагностики зі справжньою пухирчаткою, бульозним пемфігоїдом Левера, сімейною пухирчаткою Гужеро-Хейлі-Хейлі, токсидермією.

Матеріали та методи: Аналіз історії хвороби пацієнта М., що проходив лікування в стаціонарі ЛОКШВД.

Результати: Пацієнт М. 1963 р.н., поступив зі скаргами на сильний свербіж шкіри тіла, головний біль і порушення сну. Причиною захворювання вважає стрес і глибокі емоційні переживання. Відомо, що він тричі перебував на лікуванні у ЛОКШВД. На шкірі наявна висипка напружених субепідермальних пухирів з щільною покришкою на еритематозному фоні. На місці зруйнованих бульозних елементів утворюються поодинокі мокнучі ерозії без тенденції до периферійного росту. С-м Нікольського (-). ЗАК: WBC - $14,0 \times 10^9$ /л, ESR - 19мм/год., EOS - 21%. Для справжньої пухирчатки характерна монотипна висипка інтраепідермальних пухирів з тонкою покришкою, при розтині яких утворюються ерозії з

тенденцією до периферійного росту, с-м Нікольського (+). Надійним діагностичним методом є РІФ (відкладення IgA на рівні сосочків дерми при дерматозі Дюринга та IgG уздовж базальної мембрани епідермісу при пемфігоїді Левера). Пухирчатку Гужеро-Хейлі-Хейлі відрізняє наявність мацерації з утворенням звивистих тріщин, с-м Нікольського (+) і наявність акантолітичних клітин. Токсидермія характеризується гострим початком, важким загальним станом і зв'язком з прийомом медикаментів.

Висновки: Після збору анамнезу, огляду та проведення диференційної діагностики отримані результати підтверджують встановлений діагноз: герпетиформний дерматит Дюринга.

ДЕЗОКСИПІРИДИНОЛІН СЕЧІ ТА ЩІЛЬНІСТЬ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ У ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ, ЯКІ ПОСТІЙНО ПРОЖИВАЮТЬ В УМОВАХ ПРОМИСЛОВГО РЕГІОНУ

Бородавко О.І.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Кривенко В.І.

Запорізький державний медичний університет,

кафедра сімейної медицини, терапії і кардіології ФПО

Мета дослідження: визначення взаємозв'язків між дезоксипіридиноліном (ДПД) сечі та даними ультразвукової денситометрії у осіб працездатного віку, які постійно проживають в умовах промислового регіону.

Матеріали та методи. Стан щільності кісткової тканини (ЩКТ) визначали за допомогою ультразвукового денситометра Omnisense 7000 на проксимальній фаланзі третього пальця кисті, дистальному відділі променевої кістки та середині великої гомілкової кістки. ДПД сечі визначали імуноферментним способом (набір реактивів Siemens Healthcare Diagnostics Products Ltd, Англія). Статистична обробка даних проводилась за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.1» (Stat Soft Inc, США).

Обстежено 33 особи, віком від 28 до 49 років, які постійно проживають у м. Запоріжжя. Середній вік $41,00 \pm 5,91$ років. У дослідженні прийняло участь 10 жінок та 23 чоловіки співставні за віком. За показником Z-індексу низька ЩКТ зареєстрована у 9%.

Результати дослідження. При аналізі ЩКТ за показником T-індексу остеопенія зареєстрована у 48,5%, а остеопороз у 6,1%. У 85% обстежених реєструвалося підвищення ДПД сечі. У групі з нормальною ЩКТ ДПД був достовірно нижчий, ніж у групі з остеопорозом та склав відповідно 9,76 та 12,80 нмоль/моль креатиніну ($p < 0.05$). У групі чоловіків з остеопенією ДПД був достовірно вище, ніж у групі з нормальною ЩКТ та склав відповідно 8,40 , 6,33 нмоль/моль креатиніну ($p < 0.05$).

При проведенні кореляційного аналізу ДПД з показниками денситометрії було виявлено від'ємний кореляційний зв'язок T-індексу ($r = -0,48$) та Z-індексу на променевої кістці ($r = -0,49$).

Висновок. Таким чином, ДПД підвищується ще до появи змін на денситометрії та має від'ємний кореляційний зв'язок з T та Z-критеріями на променевої кістці.

КАЛЬЦИНОЗ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОЄДНАНИМ ПЕРЕБІГОМ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ ТА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ II ТИПУ

Борота Д.С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Кривенко В.І.

Запорізький державний медичний університет,

кафедра сімейної медицини, терапії і кардіології ФПО

Актуальність. Кальцинуюча хвороба клапанів серця (КХКС) є найбільш частою клапанною патологією серця. Сьогодні активно досліджується роль ЦД II типу як фактора ризику КХКС, особливо на ранніх етапах змін стулок клапанів серця (склерозу, незначного кальцинозу).