

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

комплексу інтима-медіа. Дослідження алельного поліморфізму (786С) гена eNOs ДНК виділеної з букального епітелію за методом полімеразної ланцюгової реакції.

**Отримані результати.** 34 хворих мали атеросклеротичне ураження сонних артерій: у 8 (23,5%) виявлено Т/Т генотип, 9 (26,5%) – С/Т генотип, 17 (50%) – С/С. Гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі перенесли 13 хворих: Т/Т генотип виявлений у 1 пацієнта (7,7%), С/Т – у 4 (30,8%), С/С – у 8 (61,5%).

Гомозиготні за С алелем хворі мали агресивніший перебіг захворювання: маніфестація атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок відбувалась у більш ранньому віці з важкими прояви артеріальної недостатності, достовірно частіше виявлялося залучення до атеросклеротичного процесу сонних артерій з ускладненнями у вигляді перенесених гострих порушень мозкового кровообігу. Тоді як носії Т алелю мали більш сприятливий перебіг.

**Висновок.** Наявність С алеля (Т-786С) поліморфізму гена eNOs у хворих з атеросклерозом периферійних артерій нижніх кінцівок асоціюється з атеросклеротичним ураженням сонних артерій ( $p=0,0005$ ) та більш важким перебігом ішемії нижніх кінцівок.

## ПОЗДНИЙ ТРОМБОЗ СТЕНТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ НА КЛИНИЧЕСКОМ ПРИМЕРЕ

*Гужва Н.Ю., Крайз И.Г.*

*Научный руководитель: д.мед.н., проф. Ромаданова О.И.,*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
кафедра терапии, нефрологии и общей практики – семейной медицины,  
Харьковская клиническая больница железнодорожного транспорта №1*

**Цель исследования** - на клиническом примере изучить осложнение, возникшее после проведенного коронарного стентирования(КС), с целью профилактики и правильной оценки возможного риска осложнений.

**Материалы и методы.** Результаты оценивались на основании анамнеза, объективного исследования, лабораторных и инструментальных методах обследований, проведенных манипуляций – КС.

**Результаты.** Больной М, 72 г., поступил 14.02.17г. в ОИТ ХКБ с диагнозом ИБС. Острый (12.02.17г) циркулярный с элевацией сегмента ST инфаркт миокарда (ИМ). Гипертоническая болезнь (ГБ) III ст., 2 ст., СН I. Предварительно 2 дня лечения в ЦРБ без эффекта. В анамнезе впервые выявленный в стационаре СД 2 типа, средней тяжести, ст. субкомпенсации, ХБП II ст. Жалобы на боли за грудиной. УЗИ сердца – акинезия передне-перегородочно-верхушечно-бокового сегмента левого желудочка(ЛЖ). Фракция выброса левого (ЛЖ) 47%. Коронарография(КГ) - правый тип коронарного кровоснабжения, ЛКА - ствол без особенностей, ПНА– стеноз 70% с нестабильной бляшкой в прокс.сегменте, критическая суббюклия с признаками тромбообразования с переходом на диаг. артерию, атеросклероз дист. сегмента ПНА с 80% стенозом. Проведено КС покрытым стентом. Кровоток после КС ТІМІ - 3. После КС - клексан, плавикс, не получал аспирин, в связи с болями в эпигастр. области. 17.02.17 переведен в общую палату. На фоне отн. удовлетворит. общего состояния 24.02.17 появилась одышка, боли за грудиной. ЭКГ- Рецидив циркулярного ИМ. КГ 25.02.17 ЛКА - ствол без особенностей, окклюзия (тромб) стента в ПНА ЛКА, кровоток ТІМІ-0, постокклюзионный сегмент не контрастируется, атеросклероз дист. сегмента ПНА ЛКА 80% стеноза. Выполнена тромбоаспирация, получена диссекция по дист. краю стента, КС stent-by-stent стентом Commander. Кровоток по ПНА ТІМІ-3. Терапия - брилинта. ЭКГ(3.03.17)ПБПНПГ. 3.03.17 общее состояние больного улучшилось, больной переведен в общую палату, получает плановую терапию, готовится к выписке.

**Вывод.** Выбор стента может быть различным, однако всегда имеется риск осложнений, таких как тромбоз стента, который может привести к повторному ИМ, поэтому больные должны оставаться под наблюдением врача в течении недели после КС, особенно это касается пожилых пациентов, у которых имеется сопутствующая патология – СД, ХБП.