

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

сніданку встановлено в 1 хворого (8,3%). У восьми хворих (44,5%) другої групи спостерігалось сповільнення функціональної активності шлунку. Таким чином, у 40% пацієнтів (12 осіб) хворих на ЦД спостерігаються зміни моторно-евакуаторної активності шлунку, які погіршують перебіг основного захворювання з прогресуванням хронічних ускладнень ЦД.

Висновки. З метою попередження прогресування хронічних ускладнень ЦД у всіх пацієнтів з лабільним перебігом слід проводити ІЗС-ОДТ для визначення моторно-евакуаторну активність шлунку.

ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОТЕЛІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ДІАБЕТИЧНОЮ НЕФРОПАТІЄЮ ТА АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Чернацька О.М., аспірант

Науковий керівник: Деміхова Н.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини.

Мета: дослідження взаємозв'язку між вираженістю ендотеліальної дисфункції (ЕД) та діабетичної нефропатії (ДН) у пацієнтів із цукровим діабетом (ЦД) 2-го типу та артеріальною гіпертензією (АГ).

Матеріали і методи. Основну (I) групу склали 198 пацієнтів із ЦД 2-го типу та АГ III стадії, групу порівняння (II) - 152 особи із АГ III стадії, контролю (III) - 49 умовно здорових добровольців, що знаходилися на лікуванні у Сумській міській клінічній лікарні №1, Сумському обласному клінічному госпіталі інвалідів Вітчизняної війни протягом 2009-2016 років. Визначення альбумінурії та ET-1 у сироватці крові проведено імуноферментним методом. Отримані дані оброблено методом варіаційної статистики за допомогою програм Microsoft Excel 2013.

Результати. У пацієнтів I групи рівень ET-1 склав $(12,3 \pm 1,6)$ пг/мл, II – $(8,1 \pm 0,09)$ пг/мл, $t = 2,26$, $p < 0,05$, III – $(2,2 \pm 0,09)$ пг/мл, $t = 6,2$, $p < 0,001$; альбумінурії у разовій ранковій порції сечі відповідно дорівнював $(35,78 \pm 5,69)$ мг/л, $(10,12 \pm 8,8)$ мг/л, $t = 2,45$, $p < 0,05$; $(5,34 \pm 5,8)$ мг/л, $t = 3,75$, $p < 0,001$. Окрім того, у пацієнтів із ЦД 2-го типу та АГ, які мали нормоальбумінурію, рівень ET-1 склав $(7,98 \pm 2,9)$ пг/мл, мікроальбумінурію – $(15,1 \pm 0,02)$ пг/мл, $t = 2,45$, $p < 0,05$, макроальбумінурію – $(18,35 \pm 2,7)$ пг/мл, $t = 2,62$, $p < 0,05$. Встановлено позитивну помірну кореляцію між рівнем ET-1 та альбумінурією ($r = 0,57$, $p > 0,05$) у пацієнтів із ЦД 2-го типу та АГ.

Висновки. У осіб із АГ та ЦД 2-го типу рівень ET-1 достовірно вищий ($t = 2,26$, $p < 0,05$), ніж у хворих із однією лише АГ, що свідчить про більш глибокі порушення функції ендотелію при поєднаній патології та вагому роль ЕД у розвитку ДН, доказом чого є помірної сили кореляційний зв'язок ($r = 0,57$, $p > 0,05$) між альбумінурією та рівнем ET-1.

ОСОБЛИВОСТІ УРАЖЕННЯ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА АТЕРОСКЛЕРОЗ ПЕРФЕРИЧНИХ АРТЕРІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Ярова О.Д., Зубко В.В.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Атеросклероз – це полісистемний мультифакторіальний процес, у генетичному підґрунті якого поміж декількох генів-кандидатів особливу роль відіграє ген ендотеліальної NO-синтази (eNOs).

Мета дослідження: оцінити стан сонних артерій у хворих на атеросклероз судин нижніх кінцівок залежно від поліморфізму (T-786C) гена eNOs.

Методи дослідження. Обстежено 100 хворих з атеросклерозом артерій нижніх кінцівок. 22% хворих мали II стадію артеріальної недостатності за класифікацією Фонтейна–Покровського, 44% - III стадію, 34% - IV стадію. Було проведено доплер-ультразвукове дослідження судин нижніх кінцівок та сонних артерій з кількісною оцінкою товщини

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.