

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

артеріального тиску. У 3 хворих поліпшення не спостерігалось. Максимально виражений ефект відзначався у чоловіків у віці до 28 років.

Включення елементів лікувальної фізкультури в комплекс проведених лікувальних заходів підвищує їх ефективність. При цьому істотно зменшується число звернень за медичною допомогою, як в гострих випадках, так і при мляво хронічному перебігу. Число рецидивів хвороби теж прогресивно знижується особливо в перші 6-12 місяців.

Обговорення: У механізмі дії фізичних вправ на гемодинаміку певне значення належить рефлексорній зміні тонічної активності симпатичної нервової системи. Виходячи з уявлень про вегетативну нервову систему, як універсальному еферентному механізмі, що іннервує не тільки вісцеральну сферу, а й органи руху, можна припускати модуляцію позитивної гемодинаміки, особливо у молодих людей з її порушеннями. Різні, в першу чергу регулярні, систематичні і строго дозовані зміни функціонального стану симпатичної нервової системи в зв'язку з виконанням фізичного навантаження закономірно відображаються на наступних реакціях цієї системи при індивідуальних рухових стереотипах в бік збільшення їх мобільності, об'ємності і якості.

Висновки: 1. Засвоєння і адаптація ритму додаткової рухової активності вегетативними центрами з посиленням або ослабленням гемодинамічних впливів симпатичної нервової системи може відбуватися під впливом моторного аналізатора, тобто пропріоцептивних імпульсів.

2. Використання нормалізуючого механізму додаткової рухової активності з урахуванням закономірностей змін гемодинаміки в перебігу дня - тобто спрямована рефлексорно-терапевтична дія фізичних вправ на центральну і периферичну гемодинаміку.

ВНУТРІШНЬОВЕННА ЛАЗЕРНА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД КОРЕКЦІЇ ФАКТОРІВ РИЗИКУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

*Коваленко О.Л., Мелеховець О.К.
Сумський державний університет*

Мета роботи: Оцінка динаміки ризику серцево-судинних захворювань (ССЗ) у пацієнтів із есенціальною артеріальною гіпертензією (АГ) після проведення курсової внутрішньовенної лазерної терапії (ВЛТ).

Матеріали та методи. Сформовано дві групи хворих з АГ (І стадія, І і 2 ступінь) по 30 осіб (15 чоловіків і 15 жінок) у віці від 40 до 65 років. Перша група - пацієнти з АГ на стандартній антигіпертензивній терапії (АГТ), друга - хворі з АГ які комбінують АГТ і ВЛТ. Добове моніторування артеріального тиску (АТ) проводилося апаратом АД АВМР-50 НЕАСО. ВЛТ здійснювалася на апараті «Мустанг-2000». Доставка випромінювання здійснювалася по внутрішньовенному світловоду з довжиною хвилі 635 нм, експозицією 15 хвилин, потужністю 1,5 мВт, курс 10 процедур. Оцінка ефекту лікування проводилася до і після лікування за шкалою AtheroSclerotic CardioVascular Disease (ASCVD).

Результати. Середній ризик за шкалою ASCVD при включенні в дослідження у пацієнтів І і 2 груп становив 10,6% (високий ризик). Після проведення стандартної гіпотензивної терапії в І групі показник знизився на 28% і склав 7,6% за шкалою ASCVD, залишаючись у діапазоні високого ризику. У 2 групі після проведення комбінованого лікування з використанням ВЛТ динаміка показника склала 54,7% і ризик знизився до рівня 5,8% за шкалою ASCVD, змістившись в діапазон помірний. Таким чином, в першій групі визначалося зниження ризику смерті від серцево-судинних захворювань в найближчі 10 років за шкалою ASCVD після лікування АГТ на 3%, а в другій групі за шкалою ASCVD ризик знизився на 4,8% у порівнянні з попереднім показником до лікування ($p < 0,05$). Зменшення ризику виникнення судинних катастроф відбулося за рахунок зниження модифікованих ФР у І групі систолічного і діастолічного артеріального тиску (САТ, ДАТ), у другій - загальної холестерину, САТ, ДАТ.

Висновок. Використання ВЛТ в комплексній терапії АГ знижує рівень ризику смерті від серцево-судинних захворювань протягом 10 років у пацієнтів з І стадією АГ на 4,8% (з високого до помірний) за шкалою ASCVD.

ЛІКУВАННЯ РІДКІСНИХ УСКЛАДНЕНЬ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

О. В. Кравець, І. Я. Гресько, В. В. Кравець, В. М. Попадинець
Сумський державний університет*

**Конотопська центральна районна лікарня*

Незважаючи на розвиток нових методів діагностики та лікування жовчнокам'яної хвороби, хірурги продовжують зустрічатися з хворими, що страждають на це захворювання протягом десятиліть. У деяких з них розвиваються такі ускладнення, як зморщений жовчний міхур, синдром Міріззі, внутрішні жовчні нориці, обтураційна жовчнокам'яна кишкова непрохідність.

Нами проліковано 37 хворих, у яких розвинулися вище перераховані ускладнення. Чоловіків було 14(37,8%), жінок – 23(62,2%). Вік хворих коливався від 43 до 74 років. Терміни захворювання – від 2 до 25 років.

Обстеження включало стандартні лабораторні методи, ультразвукове дослідження та комп'ютерну томографію органів черевної порожнини, фіброгастроскопію, рентгенологічні методи діагностики.

Зморщений жовчний міхур діагностовано у 22(59,5%) хворих, синдром Міріззі – у 7(18,9%), холецисто-дуоденальна нориця – у 3(8,1%), нориця між жовчним міхуром і товстою кишкою – у 1(2,7%) особи. У 2(5,4%) випадках виявлено поєднання синдромом Міріззі з холецисто-дуоденальною норицею. Кишкова непрохідність, що ускладнила холецисто-дуоденальну норицю була у 2 (5,4%) хворих.

Ультразвукове дослідження не завжди дозволяло детально встановити характер патологічних змін. У таких випадках для диференціальної діагностики виконували комп'ютерну томографію. Необхідно відзначити, що незважаючи на проведені обстеження, у більшості випадків характер ускладнень був діагностований під час оперативного втручання.

При гострому запаленні зморщеного жовчного міхура з наявністю навколومیхурового інфільтрату 5 хворим проведено резекцію міхура з мукоклазією.

За наявності холецисто-дигестивної нориці виконувалась холецистектомія з ушиванням норицевого ходу. Холецисто-дуоденальна нориця з обтураційною кишковою непрохідністю потребували роз'єднання органів, холецистектомії, ушивання дванадцятипалої кишки, ентеротомії з видаленням конкременту.

Досить складну проблему являло хірургічне лікування синдрому Міріззі. Оперативне втручання полягало у відсіченні жовчного міхура на рівні норицевого ходу, видалення каменів, ушивання норицевого отвору, дренажуванні позапечіночних жовчних проток або накладання біліо-дигестивних анастомозів.

Терміни лікування становили від 7 до 22 днів (у середньому 13,5 доби). Післяопераційні ускладнення виникли у 5 (13,5%) осіб. Релапаротомію виконано одній хворій з приводу жовчного перитоніту. З 37 прооперованих хворих померла 1 (2,7%). Причиною смерті стала тромбоемболія легеневої артерії.

Таким чином, зморщений жовчний міхур, синдром Міріззі, внутрішні жовчні нориці, обтураційна жовчнокам'яна кишкова непрохідність є досить рідкісними ускладненнями жовчнокам'яної хвороби, які важко діагностуються на доопераційному етапі, мають досить тривалі строки післяопераційного лікування та високу частку післяопераційних ускладнень.

КОМБІНОВАНА МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ АРИТМІЙ, А ТАКОЖ МЕТАБОЛІЧНИХ, НЕЙРОГУМОРАЛЬНИХ І ГЕМОДИНАМІЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ НИХ (ФІНОПТИН + АЛЬФА-ТОКОФЕРОЛ)

Сергій Латогуз

Харківський національний медичний університет

Вступ. Порухення ритму серця є найбільш грізними ускладненнями ішемічної хвороби серця (ІХС). Патогенез ІХС та аритмій, результат захворювання багато в чому залежить від порушень метаболізму, що виникають в результаті ішемії і гіпоксії міокарда. Провідна роль в реалізації метаболічної відповіді належить процесам перикисного окислення ліпідів. Активація процесів перикисного окислення ліпідів - важлива патогенетична ланка в розвитку аритмій у хворих ІХС. Для інактивації цього процесу необхідні антиоксиданти, в тому числі і неферментні, такі як вітамін Е, аскорбінова кислота, селен та ін. Серед цих речовин альфа-токоферол (вітамін Е) найбільш активний і найчастіше вживаний антиоксидант.

Метою нашого дослідження було вивчити в порівняльному аспекті з фіноптином комбіновану медикаментозну корекцію аритмій за допомогою поєданого застосування фіноптіна і альфа-токоферолу, а також його впливу на метаболічні, нейрогуморальні і гемодинамічні механізми при порушеннях ритму серця.

Матеріали і методи дослідження. Клінічна ефективність комбінації фіноптіна і альфа-токоферолу вивчена у 36 хворих, у хворих з порушеннями ритму серця при ІХС, лікування фіноптином котрих не дало позитивного ефекту (21 хворий) або дало задовільний терапевтичний ефект (15 хворих): 31 чоловік і 5 жінок у віці від 30 до 78 років. На тлі гіпертонічної хвороби аритмії протікали у 29 хворих, без гіпертонічної хвороби - у 7 хворих, з порушенням кровообігу ІА ст. - у 28, ІБ ст. - у 6, ІІІ стадії - у 2 хворих. У цій групі хворих приймали фіноптин і альфа-токоферол, надшлуночкова екстрасистолія спостерігалася у 7, мерехтіння і тріпотіння передсердь - у 18, шлуночкова екстрасистолія - у 11 хворих. Всі хворі перебували під постійним кардіомоніторним наглядом, електрофізіологічним і гемодинамічним контролем. До лікування і після лікування комбінованою терапією проводилося дослідження метаболічних факторів і нейрогуморальних аспектів регуляції серцево-судинної системи.

Результати дослідження та їх обговорення. При одночасному застосуванні фіноптіна з альфа-токоферолом позитивний ефект був відзначений у 75%, хороший - у 50%, задовільний - у 25% випадків.

Терапевтичний ефект був відсутній у 9 хворих, що становить 25%. Позитивний терапевтичний ефект при надшлуночковій екстрасистолії спостерігався в 71,4%, при мерехтінні і тріпотінні передсердь - у 83,4%, при шлуночковій екстрасистолії - в 63,6%, при надшлуночкових формах аритмії - в 80% випадків.

Висновки:

- 1) Більша кількість позитивних значущих зрушень в гемодинаміці, метаболізмі та нейрогуморальних показниках, ніж при монотерапії фіноптином;
- 2) При надшлуночковій екстрасистолії достовірно зменшуються вміст вільних жирних кислот (ВЖК), ацетилгідроперекісі (АГП), малоновий діальдегід (МДА), коефіцієнти $K^{+} / K^{+} + er$, $Na^{+} / K^{+} + er$, pCO_2 , збільшується концентрація $K^{+} + er$, pO_2 ;
- 3) При мерехтінні і тріпотінні передсердь суттєво знижуються зміст і показники норадреналін, ВЖК, АГП, МДА, перекісний гемоліз еритроцитів (ПГЕ), лінгвальний тест, активність каталази, $Na^{+} + er$, коефіцієнти $K^{+} / K^{+} + er$, $Na^{+} / K^{+} + er$, pCO_2 , і значимо збільшуються показники $K^{+} + er$, pO_2 ;
- 4) При шлуночковій екстрасистолії достовірні відмінності спостерігаються в зниженні АГП, МДА, ПГЕ, $Na^{+} + er$, $Na^{+} / K^{+} + er$, pCO_2 , а також у підвищенні $K^{+} + er$, pO_2 ;
- 5) Більш виражені позитивні метаболічні, нейрогуморальні і гемодинамічні зрушення при лікуванні фіноптином з альфа-токоферолом відзначаються при хорошому терапевтичному ефекті у хворих з мерехтінням і тріпотінням передсердь, з надшлуночковими формами аритмій;
- 6) При лікуванні комбінацією фіноптіна з альфа-токоферолом відзначені більш значущі позитивні зміни в перекісному окисленні ліпідів (ПОЛ) і антиоксидантної системи (АОС), обміні електролітів, гемодинаміці і внутрішньосерцевої кінетики.