

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

– 38 пацієнтів з ГХ, ЦД 2-го типу і Ож 1 ступеню, III група – 30 хворих на ГХ та НМТ, IV група – 35 пацієнтів з ГХ і Ож 1 ступеню. Групи були порівнянні за віком, статтю, стадією і ступенем хвороби. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Еластографію печінки проводили на сканері «ULTIMA RA» (фірми «РАДМІР», Україна) з функцією еластографії конвексним датчиком 1–5 МГц. Показник жорсткості печінки виражався через значення модуля Юнга в кілопаскалях (Elast, кПа).

Результати: показник (Elast, кПа) у хворих III групи не відрізнявся від такого у здорових, у пацієнтів IV групи в 3 рази, у хворих I групи в 3,5 рази, а у пацієнтів II групи більше, ніж в 4 рази перевищував показник у контрольній групі ($p < 0,05$). Спостерігалась статистично значуща різниця між порівнюваними групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$).

Висновки: хворі з поєднанням ГХ і ЦД 2-го типу незалежно від маси тіла мають достовірно вищий показник жорсткості паренхіми печінки порівняно з пацієнтами хворими лише на ГХ. Наявність навіть незначного збільшення маси тіла асоціюється зі збільшенням жорсткості печінки, що вказує на підвищення ступеню гепатозу при коморбідних станах.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СУДИН У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ОЖИРІННЯМ

Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Яровець А.І., Краснощок С.О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Ожиріння (Ож) на теперішній час набуло характер епідемії як в Україні так і в усьому світі, що призвело до збільшення осіб з коморбідними станами, а саме – поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ), цукрового діабету (ЦД) і Ож, що суттєво підвищує ризик виникнення серцево-судинних ускладнень у цієї категорії хворих.

Ціль дослідження: порівняти структурно-функціональний стан судин у хворих на ГХ та при поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу (ЦД 2-го типу) або Ож.

Матеріали і методи: 158 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеню були поділені на групи: I група – 35 хворих з ГХ у поєднанні з ЦД 2-го типу і нормальною масою тіла (НМТ), II група – 38 пацієнтів з ГХ, ЦД 2-го типу і Ож 1 ступеню, III група – 30 хворих з ГХ та НМТ, IV група – 35 пацієнтів з ГХ і Ож 1 ступеню. Групи були порівнянні за віком, статтю, стадією і ступенем хвороби. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Для визначення ендотелійзалежної вазодилатації (ЕЗВД) проводили пробу з реактивною гіперемією. Дослідження проводили на сканері «ULTIMA RA» (фірми «РАДМІР», Україна) тричі на лівій і правій плечових артеріях з 15-хвилинними перервами між пробами за методикою Celermajer D.S. в модифікації Іванової О.В., товщину інтими медії сонної артерії (ТІМ СА) вимірювали у стандартній точці (на 2 см проксимальніше біфуркації загальної сонної артерії). Швидкість пульсової хвилі (ШПХ) в СА визначалася W-Track-методом (методом фазового трекінгу, запатентованим виробниками сканера).

Результати: ЕЗВД була зниженою у всіх хворих порівняно зі здоровими. Спостерігалась вірогідно значуща різниця між показниками у групах ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$; $p_{III-IV} < 0,05$). ТІМ СА і ШПХ від показників у групі контролю не відрізнялися, але вірогідно різнилися між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$).

Висновки: Порушення структурно-функціонального стану судинної стінки у хворих на ГХ в поєднанні з Ож і ЦД 2-го типу проявляються зниженням ЕЗВД, збільшенням ТІМ СА і ШПХ у магістральних судинах і черевній аорті.

РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ОЖИРІННЯМ

Кириченко Н.М., Псарьова В.Г., Яровець А.І., Краснощок С.О.

Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти

Поєднання гіпертонічної хвороби (ГХ) з цукровим діабетом 2 типу (ЦД 2-го типу) і ожирінням (Ож) асоціюється з підвищенням ризику серцево-судинних ускладнень, що зумовлено спільними нейрогуморальними та нейроендокринними патогенетичними механізмами цих захворювань.

Ціль дослідження: порівняти структурно-функціональний стан серця у хворих з ГХ і при поєднанні з ЦД 2-го типу або Ож 1 ступеню (індекс маси тіла не вищий $34,9 \text{ кг/м}^2$).

Матеріали і методи: 158 пацієнтів з ГХ II стадії, 2 ступеню були поділені на групи: I група - 35 хворих з ГХ у поєднанні з ЦД 2-го типу і нормальною масою тіла (НМТ), II група - 38 пацієнтів з ГХ, ЦД 2-го типу і Ож, III група – 30 хворих з ГХ та НМТ, IV група – 35 пацієнтів з ГХ і Ож. Групи були порівнянні за віком, статтю, стадією і ступенем хвороби. Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

На ехокардіографії оцінювали кінцеві систолічний (КСД) і діастолічний діаметри (КДД) лівого шлуночка (ЛШ), фракцію викиду ЛШ (ФВ), індекс маси міокарда (ІММ) ЛШ. Визначали показники діастолічної функції ЛШ: час ізвольомічного розслаблення (IVRT), пікові швидкості трансмітрального потоку (V_E і V_A) та їх співвідношення (E/A), співвідношення піків E і e на мітральному клапані (E/e).

Результати: показники КСД і КДД ЛШ були дещо вищими у пацієнтів усіх груп, але не відрізнялись від значень у здорових, проте вірогідно різнились між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$). ФВ ЛШ не відрізнялась від показника контролю і між групами. ІММ ЛШ у пацієнтів досліджених груп був вірогідно вищим у порівнянні з показником здорових ($p < 0,05$), але у пацієнтів I і II груп він був максимально вищим ніж у контролі та різнився між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$). Зменшення співвідношення E/A зареєстровано у хворих I групи порівняно з показником III групи ($p_{I-III} < 0,05$), що є наслідком гальмування релаксації ЛШ в діастолу. Співвідношення E/e у групах не відрізнялось від показника контролю, але вірогідно різнилось між групами ($p_{I-III} < 0,05$; $p_{II-IV} < 0,05$).

Висновки: поєднання ГХ II стадії, 2 ступеню з ЦД 2-го типу і Ож 1 ступеню сприяють більш вираженому ремоделюванню серця: збільшенню розмірів порожнин, ІММ ЛШ, показника діастолічного наповнення ЛШ (E/e) та не впливає на систолічну функцію ЛШ.

ЗАП'ЯСТКОВИЙ ТУНЕЛЬНИЙ СИНДРОМ У ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Кліщ О.О., Масалітін І.М., Ваглай Ю.С.

Науковий керівник – к.м.н. Сотніков Д.Д.

Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології

Актуальність: в умовах стрімкої урбанізації з кожним роком зростає кількість офісних працівників. Гіподинамія та стереотипні статичні навантаження у них призводять до ряду захворювань, серед яких поширеним є зап'ястковий тунельний синдром.

Мета: визначити та оцінити вплив фізичних факторів на розвиток карпального тунельного синдрому.

Матеріали та методи: дослідженню підлягли 137 офісних працівників із стажем роботи від 5 до 14 років. Середній вік обстежуваних становив $37,6 \pm 2,7$ роки, серед них переважали жінки – 57,5%.

Результати дослідження: серед обстежуваних осіб ознаки тунельного синдрому виявилися у 69,7% осіб. Серед них больові відчуття під час роботи спостерігалися у 77,5% хворих (з них у 23,2% - через 30 хвилин від початку роботи, у 30,4% - через 1 годину 30 хвилин, у 46,4% - пізніше ніж через 3 години від початку роботи), у 17,0% болі виникали у стані спокою, у 5,5% - нічні болі. Парестезії були наявні у 17,6% хворих, слабкість рухової діяльності руки спостерігалися у 11,7% хворих, відчуття стиснення і набряку - у 23,4% хворих.