

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

## ВИКОРИСТАННЯ МОБІЛЬНОГО ДОДАТКА LORHELPER У ВИВЧЕННІ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ПРИ ПРОБЛЕМНО – ОРІЄНТОВАНОМУ НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ

*Смородська О.М.*

*Науковий керівник – к.мед.н., асист. Сміянов Є.В.*

*Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини*

Запальні хвороби ЛОР-органів – досить велика група запальних захворювань, кожне з яких людина переносить кілька разів у житті. У цю групу входять запальні хвороби навколоносових пазух, глотки і мигдаликів і середнього вуха. Значення цих захворювань визначається їх надзвичайною поширеністю, особливо в дитячому віці.

Метою даної роботи було створення програмного забезпечення для опанування курсу оториноларингологія студентами, які навчаються за програмою проблемно-орієнтованого навчання.

Матеріали та методи: клінічні протоколи з оториноларингології, затверджені МОЗ України

Результати: Створено програму LORHELPER на базі операційної системи Android. Дана програма дозволяє різнобічно розглядати клінічні випадки, які передбачені програмою, за участю віртуального пацієнта. Програма містить сучасні клінічні протоколи з високою доказовою базою, затверджені МОЗ України і побудовані на міждисциплінарному підході, що дозволяє студенту ознайомитись з найновішими підходами у лікуванні захворювань ЛОР - органів. Студент має змогу «відвідати» операційний блок і бути присутнім на операції не виходячи з навчальної кімнати, переглядаючи операцію на планшеті або смартфоні в режимі реального часу. Також програма допомагає студенту опанувати основні етапи та правила постановки діагнозу, медичну логіку, візуалізувати клінічну картину під час огляду пацієнта при різних патологічних станах.

Висновки: LORHELPER – сучасний додаток для мобільних пристроїв, який дозволить удосконалити викладання оториноларингології і перейти до нового рівня подачі матеріалу, а отже полегшити засвоєння предмету, покращити якість освіти шляхом візуалізації клінічних ситуацій та розвитку клінічного мислення студентів.

## ВИЯВЛЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ ПРИ АНТИАГРЕГАНТНІЙ ТА АНТИКОАГУЛЯНТНІЙ ТЕРАПІЇ

*Сотніков Д.Д., Ломакін І.В.*

*Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології*

Актуальність. Основою профілактики тромбоемболічних ускладнень є антитромбоцитарна і антикоагулянтна терапії, що є актуальним для пацієнтів із фібриляцією передсердь, серцевою недостатністю, перенесеними ішемічними інсультами тощо. Тривале використання препаратів указаних груп пов'язане із підвищенням ризику шлунково-кишкових кровотеч (ШКК).

Мета дослідження: встановити частоту та фактори ризику ШКК при використанні антитромбоцитарної та антикоагулянтної терапії.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведений порівняльний аналіз факторів ризику ШКК у 809 пацієнтів відділення абдомінальної хірургії СОКЛ.

Результати досліджень. Серед досліджуваних хворих 105 (12,9%) указували на прийом антиагрегантів та/або антикоагулянтів, а саме: варфарин – 26 (24,8%), рівароксабан – 11 (10,5%), аспірин – 13 (12,4%), клопідогрел – 9 (8,5%), комбінації аспірин із варфарином – 31 (29,5%) та варфарин із клопідогрелем – 15 (14,3%). Більшість хворих становили чоловіки – 61,9%, віковий діапазон від 27 до 82 років (у середньому – 58,7±5,2 роки). Порівняльний аналіз факторів ризику ШКК при лікуванні антиагрегантами, антикоагулянтами або їх комбінацією представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Фактори ризику	Антиагреганти, n=22	Антикоагулянти, n=37	Комбінація антиагрегантів із антикоагулянтами, n= 46
Вік >65 років	15 (68,2%)	19 (51,4%)	24 (54,3%)
Чоловіча стать	14 (63,6%)	14 (37,8%)	22 (47,8%)
Артеріальна гіпертензія (САТ > 160 мм.рт.ст.)	15 (68,2%)	26 (70,1%)	28 (60,8%)
Порушення печінки (підвищення білірубіну, АСТ, АЛТ, ЛФ)	5 (22,7%)	12 (32,4%)	12 (26,1%)
Порушення нирок (підвищення креатиніну)	2 (9,1%)	8 (21,6%)	5 (10,9%)
Щомісячний контроль ПТІ або МНВ (% осіб)	5 (22,7%)	11 (29,7%)	15 (32,6%)

#### Висновки

Найчастіше причиною ШКК виявився прийом комбінації варфарину із аспірином або лише варфарину. У всіх групах переважали хворі старше 65 років, із супутньою некерованою артеріальною гіпертензією. Антиагрегантна терапія частіше призводила до ШКК серед чоловіків, антикоагулянтна та комбінована – серед жінок. Порушення функції печінки або нирок більше відображалися при лікуванні антикоагулянтами.

### РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ З ПОСТІНСУЛЬТНИМИ ПАРЕЗАМИ ЗА ДОПОМОГОЮ ЕЛЕКТРОМІОСТИМУЛЯЦІЇ

*Сотніков Д.Д., Перепелиця В.А.*

*Сумський державний університет, кафедра нейрохірургії та неврології.*

Актуальність проблеми: гострі порушення мозкового кровообігу є однією з основних причин смертності та інвалідизації серед населення. Лише 10-20 % хворих здатні повернутися до роботи, 25% - потребують постійної допомоги. Тому актуальним залишається пошук ефективного методу реабілітації таких хворих.

Мета дослідження: аналіз та оцінка ефективності методів електроміостимуляції у хворих з постінсультними парезами.

Матеріали і методи дослідження: на базі санаторія-профілакторія медичного інституту СумДУ нами проведено реабілітацію 34 хворих з постінсультними спастичними парезами від 2 до 4 балів шляхом електроміостимуляції апаратом АЄСТ-01. Методом випадкового розподілення пацієнти були поділені на 2 групи по 17 осіб, яким застосовували дві методики:

1) з метою підвищення аферентної стимуляції відповідних зон кори головного мозку, активізації нервово-м'язового апарату та покращання кровообігу паралізованих м'язів застосовувалась електроміостимуляція ослаблених м'язів (антагоністів спастичним) струмом силою 12-24 мА до появи дрібних скорочень (методика №1);

2) для розслаблення спастичного гіпертонусу використовувалося накладання електродів на спастичні м'язи з електроміостимуляцією струмом 6-12 мА до відчуття легкої вібрації (методика №2).

Для оцінки спастичності м'язового тонусу використовувалась шкала Ешоурта, м'язева сила визначалася за 5-ти бальною шкалою.

Результати дослідження: Після 15-денного курсу електростимуляції у 1-й групі спостерігалось зниження спастичності м'язів з 2,6 до 1,8 бали - на 30,7%, збільшення м'язової сили з 2,9 до 3,5 балів – на 17,1%. При лікуванні за методикою №2 було досягнуто зменшення м'язового тонусу з 2,7 до 2,4 балів - на 11,1%; збільшення сили з 2,8 до 3,0 балів - на 6,7%.