

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

Методи. Обстежувались хворі на ЦД 1 типу, ускладненого ДН III стадії за класифікацією Mogensen. Хворі були розділені на дві групи: група А отримувала загальноприйнятну терапію; група В додатково отримували Еспа-ліпон щоденно 20 днів.

Результати. Пацієнти групи А досягли корекції систолічного артеріального тиску (САТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС) вдень, але нічні показники залишилися підвищеними; зберігались патологічні циркадні ритми АТ “non-dipper” та “night-peacer”. Рівень мікроальбумінурії (МАУ) та індекс клубочкової фільтрації знижувалися, але не досягали контрольних значень. Використання Еспа-ліпону дозволяє коригувати САТ та ЧСС вдень та вночі, забезпечує оптимальні циркадний ритм “dipper”, що свідчить про усунення надмірного гемодинамічного навантаження. Після терапії у пацієнтів групи В знизилась до контрольних значень рівні ХС, ЛПНЩ, ТГ, а вміст ЛПВЩ підвищився. У групі В рівень МАУ знижувався до контрольного рівня. У пацієнтів групи А швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) залишалася підвищеною, у групі В зменшилась, що може бути результатом зменшення гемодинамічного навантаження на нирки та досягнення більшої компенсації вуглеводного обміну. Еспа-ліпон збільшував активність антиоксидантних властивостей каталази та церулоплазміну, також усувалися ознаки коагулопатії.

Висновки. Еспа-ліпон здійснює нефропротективний ефект - забезпечує зниження мікроальбумінурії та індексу клубочкової фільтрації, зменшує агресивність інших нефротоксичних факторів: гіпердисліпідемії, гіперліпопероксидації, гіперкоагуляції

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕРМАБРАЗІЇ ТА МІКРОДЕРМАБРАЗІЇ

Коваль І.С., Рудик Ю.В.

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
кафедра дерматології та венерології*

Актуальність. Лікування проблемної шкіри – одне з найважчих завдань, яке стоїть перед дерматологами та косметологами. Оскільки, це найбільш поширена естетична та медична проблема, характерна для пацієнтів будь-якого віку. Сьогодні існують різні техніки покращення стану шкіри обличчя, засновані на механічному впливі. Дермабразія та мікродермабразія - одні з таких технік, які полягають в глибокій та поверхневій механічній шліфовці шкіри за допомогою спеціальних інструментів.

Мета. Порівняти отримані дані терапевтичного ефекту мікродермабразії та дермабразії.

Методи та їх застосування. Ми порівняли терапевтичний ефект дерма- та мікродермабразії при лікуванні проблемної шкіри.

Результати. Дермабразією називають процедуру, під час якої верхній шар шкіри «заморожують» анестетиком, а потім, використовуючи особливий інструмент, шліфують. Дана абразивна, вирівнююча методика спрямована на поліпшення шкірного покриву, так як відбувається стимуляція регенеративних процесів, позбавлення від застарілих нерівностей. Рекомендується при тяжких, яскраво виражених рубцях та інших серйозних недоліках шкіри.

Мікродермабразія може поліпшити поверхневі проблеми шкіри лише до певної міри. Її допускається проводити при будь-якому типі і кольорі шкіри. Основою абразивного матеріалу в цій методиці є кристали оксиду алюмінію. За допомогою тонких трубок кристали, завдяки прохолодним високошвидкісним потокам, потрапляють у верхні шари шкіри, а потім вакуумна установка видаляє їх разом з омертвілими частинками шкіри. Дана процедура дає довготривалий і якісний результат. Тим, у кого на шкірі є вугрові рубці, дана процедура - досконалий варіант для порятунку від них. Проте марно вдаватися до цієї процедури, якщо шкіра пошкоджена на більш глибокому рівні.

Вибираючи між дерма- і мікродермабразією, врахуйте, що остання методика передбачає більш швидке відновлення шкіри: епідерміс повністю прийде в норму вже через добу. До того ж, мікродермабразія не може розглядатися як хірургічна операція, що є серйозною перевагою. Адже в даному випадку відсутній ризик, пов'язаний з будь-яким, навіть незначним оперативним втручанням, до якого відносять дермабразію.

Висновки. Таким чином, проведення порівняльної характеристики показало нам, що перевагу варто надати мікродермабразії, тому, що ця процедура є більш безпечною для пацієнта.

ГЕМОРАГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ НА ТЛІ ТЕРАПІЇ ВАРФАРИНОМ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ ЗА РЕЗУЛЬТАТИ ОДНОРІЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ

Колесник М.Ю., Михайловський Я.М., Міронова О.І.

*Запорізький державний медичний університет,
кафедра сімейної медицини, терапії та кардіології ФПО*

Вступ. Варфарин (ВФ) – пероральний антикоагулянт, який є стандартним компонентом лікування хворих з фібриляцією передсердь (ФП). Проте його застосування може призвести до виникнення геморагічних ускладнень.

Мета роботи: визначити частоту виникнення кровотеч на тлі терапії ВФ та деякі клінічні особливості хворих з геморагічними ускладненнями.

Матеріали та методи. Обстежено 45 хворих з ФП (середній вік – 66,5±5,3р., чоловіків – 25, жінок – 20), які після призначення ВФ знаходились під спостереженням протягом року. Визначали міжнародне нормалізоване відношення (МНВ) щомісяця, оцінювали ризик тромбоемболічних подій за шкалою CHA₂DS₂-VASC та ризик кровотеч за шкалою HAS-BLED. Підбір та контроль дози ВФ проводили за стандартною методикою. За умови, що МНВ було в межах 2,0-3,0 менше ніж у 60% вимірів, його вважали лабільним.

Результати дослідження. Малі кровотечі при терапії ВФ спостерігались у 16 (35,6%) хворих, серед яких підшкірні гематоми – у 7, гемофтальм – у 4, кишкові кровотечі – у 1, носові та кровотечі з ясен – у 4 пацієнтів. Великі кровотечі не виникли у жодного хворого. Середній бал за шкалою CHA₂DS₂-VASC склав 3,42±1,5, за шкалою HAS-BLED – 2,2±1,1. Лабільність МНВ спостерігалась у 30 (67%) хворих. Хворі були розподілені на дві групи: 1 гр. – 29 хворих без кровотеч; 2 гр. – 16 хворих з кровотечами. Групи вірогідно відрізнялись за середнім балом за шкалою CHA₂DS₂-VASC: у 1-ій гр. він склав 3,13±0,24, у 2-ій гр. – 3,93±0,39 (p<0,05), а також за шкалою HAS-BLED: у 1-ій гр. – 2,03±0,11, у 2-ій гр. – 2,50±0,12 (p<0,05). Кількість хворих з лабільним МНО в 2-ій гр. була вірогідно більшою порівняно з 1-ою гр.: 14 (87,5%) проти 16 (55,17%) випадків ($\chi^2=4,85$; p<0,05).

Висновки. Малі кровотечі на тлі терапії ВФ в реальній клінічній практиці зустрічаються у 35,6% хворих протягом одного року. Пацієнтам з геморагічними ускладненнями притаманні більші середні бали за шкалами CHA₂DS₂-VASC та HAS-BLED, що свідчить про важчий клінічний стан цих хворих.

ОЦІНКА ГЕНДЕРНИХ ВІДМІННОСТЕЙ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЧНИХ КРИТЕРІЇВ ГІПЕРТРОФІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА

Колесова К.С.

Науковий керівник: к.мед.н. Жаркова А.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини

На сьогоднішній день в усьому світі найпоширенішою причиною смертності населення залишаються серцево-судинні захворювання. Гіпертрофія лівого шлуночка є типовим ураженням серця для хворих з діагнозом гіпертонічна хвороба.

Метою дослідження стала оцінка гендерних відмінностей електрокардіографічних діагностичних критеріїв гіпертрофії лівого шлуночка в осіб старше 40 років.

Матеріали і методи. Дослідження було засновано на аналізі електрокардіограм хворих на гіпертонічну хворобу II стадії, 2 ступеня, які перебували на лікуванні в кардіологічному відділенні Сумського обласного клінічного госпіталю для ветеранів війни. Пацієнти були