

дистонія у чоловіків – 40%, у жінок – 34,72%; пролапс клапана у чоловіків – 24%, у жінок – 9,38%; додаткові хорди у чоловіків – 3,2%, у жінок – 2,4%. Основні скарги майже однакові в обох групах: серцебиття – 26%, задишка – 10,1%, головний біль – в жіночій популяції вдвічі частіше, ніж в чоловічій. У одного студента виявлено двостулковий аортальний клапан. Порушення ритму та провідності в невеликій кількості мають місце в чоловічій і жіночій популяції. Двох студентів вже прооперовано – пластика мітрального кільця, незарощене овальне вікно. Висновки. Кардіальні прояви НДСТ мають місце в досить великій кількості, однак зовсім відсутня диспансеризація, профілактика, контрольні обстеження.

ПОШИРЕНІСТЬ ШКІДЛИВИХ ЗВИЧОК СЕРЕД СТУДЕНТІВ 1–3 КУРСІВ ЗАПОРІЗЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Безверхий А.А.

Науковий керівник: доц. Малахова С.М.
Запорізький державний медичний університет

Проблема поширення вживання алкогольних напоїв та паління серед молоді є однією з найактуальніших в ХХІ сторіччі, адже з кожним роком кількість студентів, що мають шкідливі звички зростає, що в свою чергу призводить до збільшення показників захворюваності серед осіб репродуктивного віку. Мета роботи – дослідити поширеність шкідливих звичок серед студентів ЗДМУ та визначити заходи, спрямовані на підвищення обізнаності та попередження виникнення шкідливих звичок або відмови від них. Матеріали і методи дослідження. Проведено анкетування 300 студентів (193 дівчини, 107 юнаків) 1–3-го курсів ЗДМУ, середній вік $18,4 \pm 1,5$ років. Анкета включала питання тривалості, мотивації та заходів щодо попередження/відмови від шкідливих звичок. Отримані результати. За результатами анкетування, на момент початку тютюнопаління та вживання алкоголю, всі респонденти були проінформовані щодо наслідків впливу шкідливих звичок на організм людини. Встановлено, що палять 25,4% анкетованих дівчат та 42,1% юнаків. Початок тютюнопаління у юнаків – 12-14 років, у дівчат – 15-17 років. Алкоголь вживають 42,5% дівчат та 64,5% юнаків. Розпочали приймати алкогольні напої юнаки в віці 14-15 років, дівчата – в віці 15-17 років. Анкетування дозволяє стверджувати, що максимальний відсоток студентів із шкідливими звичками реєструється серед студентів 1–2 років навчання. На 3 курсі відзначається деяка позитивна динаміка, можливо за рахунок підвищення рівня знань та усвідомлення негативних наслідків. Висновки. Таким чином, не зважаючи на чисельні заходи щодо здорового способу життя, шкідливі звички залишаються достатньо розповсюдженими. В той же час, підвищення рівня знань та інформованості, сприяє усвідомленню наслідків, а отже й відмові від тютюнопаління та вживання алкоголю.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Белых Е.О.

Научный руководитель: ас. Кожемяка М.А.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра травматологии и ортопедии

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с переломами проксимального отдела бедра (ППОБ) путем применения методов хирургического лечения, которые обеспечат надежную фиксацию, позволят снизить количество осложнений и провести раннюю реабилитацию, сократят термینی лечения. Материалы и методы: Проведен анализ результатов оперативного лечения 78 пациентов с переломами проксимального отдела бедра за 2015-2016 гг. на базе отделения травматологии ЗОКБ. 30 пациентам был применен остеосинтез пластиной с угловой стабильностью (LCP), в 42 случаях – интрамедулярный остеосинтез блокирующими стержнями (PFNA), в 6 – другие способы фиксации. Контрольные рентгенограммы проводились через 6 недель, затем в три, шесть и 12 месяцев. Результаты лечения оценивали с помощью ВАШ, критериев бальной системы R.M.d'Aubigne-M.Postel (1954) и шкале HarrisW.H. (1969). Результаты и их обсуждение: Анатомическое сопоставление фрагментов достигнуто в 100% случаев, сращение перелома в сроке 12 месяцев были достигнуты в 96,15% (75 случаев). Отмечались 3 перелома импланта - бедренных пластин или винтов. При оценке оперативного лечения ППОБ по шкалам R.M. d'Aubigne - M. Postel и положительные

результаты отмечались в 94,88% случаев, по шкале Harris W.H. в 93,59% случаев. Средняя оценка по ВАШ в раннем послеоперационном периоде при фиксации PFNA составила 2,5 и пластинами LCP – 3,6. В результате проведенного лечения все пациенты восстановили трудоспособность и смогли вернуться к прежнему образу жизни. Выводы: оценка результатов оперативного лечения больных с ППОБ показала более высокую эффективность при использовании интрамедулярного остеосинтеза антиротационным стержнем PFNA, чем при экстремедулярном остеосинтезе пластиной LCP, т.о. является оптимальным методом лечения ППОБ, позволяет выполнить стабильную фиксацию фрагментов, проводить раннюю активизацию пациента, и в конечном итоге улучшить результаты лечения больных с ППОБ.

ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ОСТРЕЙШЕМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА НА ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бирюк В.В.

Научный руководитель: д.мед.н., проф. Дарий В.И.
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра нервных болезней

Цель. Изучить взаимосвязь между динамикой артериального давления (АД) в острейшем периоде ишемического инсульта (ИИ) и клиническим исходом заболевания у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа в стадии субкомпенсации. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 77 пациентов, перенесших ИИ средней степени тяжести (по шкале NIHSS) со средним объёмом очага поражения (по данным компьютерной томографии). Пациенты были разделены на следующие подгруппы: 1) перенесшие ИИ на фоне СД 2 типа в стадии субкомпенсации (33 пациента); 2) перенесшие ИИ без СД 2 типа (44 пациента). Результаты исследования. Повышенное АД в 1-3 сутки заболевания у больных ИИ на фоне СД 2 типа, также как у пациентов без СД 2 типа, существенно не ухудшает течение инсульта ($7,23 \pm 0,13$ б. и $5,92 \pm 0,18$ б. на 10-е сутки, соответственно; $p < 0,05$). В то же время, пациенты с цифрами АД, не превышающими нормативных значений, в целом, имеют такое же развитие ИИ ($7,15 \pm 0,12$ б. и $6,79 \pm 0,11$ б. на 10-е сутки, соответственно; $p < 0,05$). Выводы. Несмотря на то, что высокое АД является одним из предикторов развития мозговой катастрофы, снижение АД в острейшем периоде ИИ более, чем на 20%, как у пациентов с СД 2 типа, так и без него, неоправданно.

ОБМІН АДИПОЦИТОКІНІВ ТА ІНТЕРЛЕЙКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА ОЖИРІННЯМ

Бідзіля П.П.

Науковий керівник: член-кор. АМН України, д.м.н., проф. Нетяженко В.З.
Запорізький державний медичний університет
Кафедра внутрішніх хвороб 1

Мета дослідження – дослідити вміст адипонектину, резистину, інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), інтерлейкіну-10 (ІЛ-10) та фактору некрозу пухлин- α (TNF- α) при хронічній серцевій недостатності (ХСН) різного генезу з надлишковою масою тіла та ожирінням. Матеріал та методи. Було обстежено 104 хворих на ХСН II–III функціонального класу з нормальною, надлишковою масою тіла та ожирінням I–III ступеня. До першої групи увійшли 16 хворих з ХСН неішемічної етіології, внаслідок есенціальної артеріальної гіпертензії (АГ). Другу групу становили 50 хворих з ішемічним генезом ХСН (хронічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС)). У третю групу включено 38 хворих з ХСН поєднаної етіології. Групу порівняння становили 12 пацієнтів з ІХС та АГ без ХСН, та з нормальною вагою. Імуноферментним методом визначали вміст адипонектину, резистину, ІЛ-6, ІЛ-10 та TNF- α в сироватці крові. Показники наведені у вигляді Ме (25, 75 %) (Медіана; 25; 75 перцентиль). Отримані результати: Рівень адипонектину в групі порівняння (3,40 (2,65; 4,35) мкг/мл) був вірогідно нижчим аніж в I (14,6 (9,40; 35,9) мкг/мл), II (23,8 (10,4; 40,4) мкг/мл) та III (24,7 (13,6; 44,0) мкг/мл). Подібні зміни відбувались із вмістом резистину (4,55 (4,25; 5,04) нг/мл проти 16,3 (11,7; 19,3), 18,0 (11,7; 40,8) та 20,7 (13,4; 53,7) нг/мл), ІЛ-6 (1,93 (1,47; 2,16) пг/мл проти 4,65 (3,38; 8,0), 6,35 (3,58; 17,2) та 7,74 (3,49; 18,6) пг/мл), ІЛ-10 (0,22 (0,16; 0,31) пг/мл проти 1,33 (0,93; 1,66), 1,41 (0,92; 2,87) та 1,70 (0,98; 6,90) пг/мл) та TNF- α (2,31 (1,98; 2,75) пг/мл проти 11,2 (5,38; 18,7), 13,7 (4,83; 30,8) та 20,3 (12,2; 49,2) пг/мл) ($p < 0,05$). В III групі вміст TNF- α був