

**НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА**

Матеріали 40-вої ювілейної науково-практичної конференції молодих
вчених НМАПО імені П. Л. Шупика з міжнародною участю,
присвяченої Дню науки

**«ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ:
ДОСЯГНЕННЯ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ»**

18 травня 2017 року

Київ 2017

проводити розширений обсяг консервативних заходів з метою ліквідації гострої непрохідності та переведення хворих з ургентних в планові, з подальшим виконанням первинно-радикальної операції. Багато авторів є прихильниками первинно-радикальних операцій на висоті непрохідності за типом обструктивної резекції.

Сучасна тактика при лікуванні хворих з колоректальним раком лівосторонньої локалізації: а) лапароскопічно-асистована розвантажувальна колостомія або стентування пухлинного стенозу; б) неоад'ювантна хіміопроменева терапія; в) радикальна операція: низька передня резекція прямої кишки з превентивної колостомією, операція Гартмана, черевно-промежинна екстирпація прямої кишки.

Висновок. Операція Гартмана, незважаючи на більш ніж дев'яностолітню історію, є радикальною операцією, яка відповідає всім сучасним онкологічним принципам лікування ускладненого раку сигмовидної і прямої кишки.

ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ЧОЛОВІКІВ ІЗ ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Насоненко О. В.

Запорізького державного медичного університету

Дані багатоцентрових епідеміологічних досліджень демонструють статеві відмінності у поширеності артеріальної гіпертензії (АГ), зокрема, чоловіча стать є доведеним фактором ризику розвитку ССЗ. Дослідження останніх років демонструють взаємозв'язок між підвищенням жорсткості артерій (ЖА) та розвитком діастолічної дисфункції (ДД) в осіб чоловічої та жіночої статі [1, 2].

Мета роботи. Оцінити особливості структурно-функціональної перебудови серця та судин у хворих на гіпертонічну хворобу II стадії.

Матеріали та методи. Впродовж 2016 року було обстежено 38 хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії чоловічої статі, що знаходились на стаціонарному лікуванні у кардіологічному відділенні КУ «Міська лікарня №7»

м. Запоріжжя, а також 20 нормотензивних чоловіків, що склали контрольну групу. Як критерії виключення розглядались наявність цукрового діабету 2 типу, $IMT \geq 35$ кг/м², ішемічної хвороби серця, серцевої недостатності вище II ФК (NYHA), інфаркту міокарда в анамнезі, симптомних уражень периферичних артерій, вад серця. Усім учасникам дослідження було виконане загальноклінічне обстеження, офісне вимірювання артеріального тиску (АТ), добове моніторування артеріального тиску (ДМАТ), неінвазивне визначення параметрів ЖА - швидкості поширення пульсової хвилі аортою (аоШПХ), індексу аугментації (AІх) осцилометричним методом, а також трансторакальна ехокардіографія.

Результати. Середній вік обстежених із ГХ склав $53,1 \pm 5,8$ років, осіб контрольної групи - $50,4 \pm 4,6$ років, середній індекс маси тіла (ІМТ) - $28,4 \pm 3,3$ кг/м² та $26,3 \pm 3,9$ кг/м² відповідно. Аналіз структурно-функціонального стану міокарда лівого шлуночка (ЛШ) в осіб із ГХ продемонстрував вірогідно більший розмір ЛП в діастолу. 63,1% хворих цієї групи мали концентричну гіпертрофію ЛШ. Збережена фракція викиду зареєстрована у 73,7% пацієнтів із ГХ (медіана для обстежених основної групи – 63 (55; 67), для контрольної групи – 66 (58; 68)). У 25 хворих на ГХ (65,8%) реєструвалась ДД ЛШ, статистично значуще збільшення показника септального E/e' при нормальних значеннях E/A, а також гірші величини глобального поздовжнього стрейну (GLS) порівняно з контрольною групою. Більш виражена редукція показника GLS спостерігалась серед осіб старше 55 років (до -17%). Пацієнти з ГХ характеризувались підвищеною ЖА, оціненою за допомогою реєстрації збільшення аоШПХ та AІх. При проведенні множинного регресійного аналізу виявлений взаємозв'язок між наявністю ДД, зменшенням GLS та підвищенням аоШПХ.

Висновки. Особливостями кардіоваскулярного ремоделювання у чоловіків із ГХ II стадії є збільшення розмірів ЛП у діастолу та формування ознак ДД за збереженої фракції викиду ЛШ, зменшення податливості міокарда, а

також розвиток підвищеної жорсткості артеріальних судин у вигляді прискорення аоШПХ та підвищення АІх.

ВПЛИВОВІ ФАКТОРИ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ УСКЛАДНЕНЬ

У ДІТЕЙ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ І ТИПУ

Огнєва Л. Г., Куряча О. П., Лобкіна Е. Л.

Харківський національний медичний університет

Актуальність теми. Гіперкетонемія та кетоацидоз – це крайній прояв ускладнень дитячого організму, що виникає як неадекватна реакція на звичайні подразники, що супроводжується кетонурією та сталим симптомокомплексом (нудота, біль у животі, блювання, загальмованість). Саме тому в дитячому віці гіперкетонемія та кетонурія може розвинутися при цілому ряді захворювань.

Метою нашого дослідження було вивчити особливості клініки, сімейного анамнезу та супутню патологію у дітей, що мали прояви кетоацидозу та кетонурії для визначення факторів ризику розвитку цього стану.

Матеріали та методи. Було обстежено 43 дитини віком від 3 до 14 років з явищами кетонурії та кетоацидозу, що були госпіталізовані до педіатричного стаціонару з різними клінічними діагнозами. В роботі використані наступні методи: анкетування батьків, аналіз даних історій хвороб та результати лабораторних і інструментальних досліджень.

Результати. Кетонурія, що виникла на тлі гострих інфекційних захворювань склала 69% (30 дітей), у 13 дітей (31%) тригером було порушення дієти. Серед скарг в 100% випадків були присутні нудота та стійке зниження апетиту. Блювання спостерігалось у 56% , серед яких у 10 дітей воно виникло на фоні інтоксикаційного синдрому і було присутнє у всіх 14 дітей з кетонурією на фоні порушення дієти. Болі в животі турбували 11 дітей (34%). У 72% випадків мали супутню патологію: гельмінтоз 18%, дискінезію жовчного міхура - 34%, дисметаболічну нефропатію 43%. При аналізі анкет батьків виявлено: матері дітей лише в 16% випадків хворіли під час вагітності. Хронічні захворювання мали 47% матерів, питома вага належить алергічним

розробці ліпосомальної форми цитохрому С.....	103
Керничний В. В. Доопераційна променева терапія раку прямої кишки в поєднанні з радіомодифікаторами.....	104
Кочет К. О. Результати лікування хворих на ліпоїдний некробіоз.....	106
Лисак А. В., Дядик О. О Особливості клітинної інфільтрації в прилеглій стромі плоско-клітинних орофарингеальних карцином в залежності від рівня їх диференціювання.....	107
Іоффе І. В., Лісовий Р. В., Лєсний В. В. Операція гартмана в сучасному алгоритмі лікування колоректального раку.....	109
Насоненко О. В. Особливості кардіоваскулярного ремоделювання у чоловіків із гіпертонічною хворобою.....	110
Огнєва Л. Г., Куряча О. П., Лобкіна Е. Л. Впливові фактори ризику виникнення ускладнень у дітей з цукровим діабетом І типу.....	112
Стебловська І. С. Кістозний макулярний набряк після різних видів хірургічного лікування вікової катаракти: 6 місяців спостереження.....	113
Іоффе І. В., Троценко С. Н., Лєсний В. В. Ендоскопічні технології в сучасному алгоритмі лікування поліпів шлунка.....	115
Фаустова М. О., Назарчук О. А. Чутливість до декасану [®] , горостену [®] мікроорганізмів періімплантатної ділянки в пацієнтів з інфекційно-запальними ускладненнями.....	116
Риков С. О., Шаргородська І. В., Зябліцев С. В., Фролова С. С. Асоціація поліморфізму гена VEGFA (rs699947) з розвитком вікової макулярної дегенерації.....	117
Циганко І. Р. Гігієнічний стан порожнини рота у дітей з недосконалим остеогенезом.....	119
Черемісіна В. Ф. Стан метаболітів сполучної тканини при захворюваннях м'яких тканин пародонту.....	120