

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ТОВАРИСТВО МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
СТУДЕНТСЬКЕ НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

84-ої науково-практичної конференції
студентів і молодих вчених з міжнародною участю
«ІННОВАЦІЇ В МЕДИЦИНІ»

12-13 березня 2015 року
м. Івано-Франківськ

Аналізуючи структуру патоморфологічних змін слизової оболонки гастроуденальної зони, індукованих НПЗП, виявили, що ознаки гастроуденіту з однаковою частотою діагностували у хворих на остеоартроз (23,08%) і у хворих на ревматоїдний артрит (20,0%). Ерозивний гастроуденіт виявили у 28,21% хворих з ОА і 36,0% на РА. У 35,89% хворих на ОА виявили виразку шлунка, а в 12,82% - виразку ДПК. Така ж картина була у хворих на РА: гастроуденальних виразок діагностовано відповідно у 32,0% та 12,0% хворих.

У вікових групах 16-29 років на долю ерозивних та виразкових дефектів слизової оболонки ГДЗ припадає відповідно 75,0%, тоді як гастроуденіт діагностували у 25,0% хворих. Подібна тенденція прослідковується і у осіб віком 30-44 років: ерозивні дефекти виявили у 57,15% хворих, виразку шлунка - у 28,57%, а гастроуденіт - у 14,28% хворих. У осіб середнього та похилого віку гастроуденіт діагностували з більшою частотою (19,45% та 29,41% відповідно). Проте у віці 60-74 років збільшилася кількість хворих із встановленими виразковими дефектами шлунка (35,29%) та ДПК (17,65%).

Висновок. Щоб звести до мінімуму потенційний ризик розвитку ускладнень, призначати НПЗП необхідно в мінімально ефективній дозі протягом найкоротшого терміну. Не виявлено залежності вираженості патоморфологічних змін слизової оболонки ГДЗ від типу захворювання. У осіб молодшого віку домінували ерозивний гастроуденіт та виразки слизової оболонки шлунку, з віком відмічалось зростання частки виразок з локалізацією в шлунку та ДПК.

ОСОБЛИВОСТІ РЕМОДЕЛЮВАННЯ СЕРЦЯ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ ІЗ ХРОНІЧНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Козачишин Н.І., Багрій М.В.

Наукові керівники: к. мед. н., доц. І.Т. Гавриш., асп. Т.І. Салижин

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра внутрішньої медицини №1, клінічної імунології та алергології ім. акад. Є.М. Нейка

Мета. Вивчити особливості морфологічних і функціональних змін міокарда у хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію (АГ) із ХСН.

Матеріали і методи. У дослідженні взяло участь 42 хворих на АГ із ХСН ІА ІІФК (NYHA), які знаходились на стаціонарному лікуванні у терапевтичному відділенні Університетської клініки ІФНМУ. Середній вік обстежених – 54,6±5,47 роки. Серед обстежених було 27 (64,28 %) чоловіків та 15 (35,72 %) жінок. Контрольну групу склали 10 практично здорових людей. Із дослідження виключені хворі з вираженими порушеннями серцевого ритму, цукровим діабетом. Клінічний стан хворого оцінювався за сумою балів шкали оцінки клінічного стану – ШОКС (Ю.В. Марєєв, 2000). Для оцінки функціонального класу за критеріями NYHA проводили тест із 6-хвилинною ходою. Ехокардіографія проводилась на апараті Toshiba SSA – 590A (NEMIO MX) (Японія) за рекомендаціями Американської асоціації ехокардіологів в М-режимі.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи показники клінічних і лабораторних характеристик, з'ясовано, що у хворих на АГ із ХСН ІА ФКІІІ були виявлені ознаки анемії. Так, показники гемоглобіну і кількості еритроцитів в крові були нижчими норми в 1,13 та 1,21 рази. Схожі зміни виявлені і при вимірюванні ТМШП і ТЗСЛШ, ці показники збільшились в 1,37 і 1,32 (p<0,001) відносно

аналогічних значень у практично здорових людей. Показники ММЛШ, ІММЛШ достовірно зростали, перевищували нормальні значення в 2,12 та 2,07 (p<0,001). Показники ВТС були значно вищими, перевищуючи нормальні значення в 1,21 (p<0,01). У хворих на АГ із ХСН за даними опитувальника ШОКС середній показник кількості балів становив 7,73±0,07 (p<0,001), а середня відстань пройдена в метрах у була – 243,4±21,1м (p<0,001). Аналіз структурно-геометричних показників, які характеризують розмір і об'єм ЛШ, продемонстрував, що у хворих на АГ із ХСН ІА ФКІІІ найчастіше розвивалась концентрична ГЛШ – 58,2%.

Висновки: Підсумовуючи отримані дані, можна констатувати, що структурне ремоделювання міокарда спостерігалось в 97,5 % хворих на АГ із ХСН.

Встановлено, що в даній популяції хворих, найчастіше розвивається концентрична ГЛШ – 58,2%, концентричне ремоделювання – 30,1%, ексцентрична ГЛШ – 4,9%, ізольована гіпертрофія МШП – 4,3%.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ПОРУШЕННЯМ ПОЗДОВЖНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА РІВНЕМ ЦИСТАТИНУ С ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Колесник М.Ю.

Науковий керівник - академік НАМН України, проф.

Г.В. Дзяк

Запорізький державний медичний університет МОЗ України

Кафедра сімейної медицини і терапії ФПО

Вступ. Дослідження деформаційних властивостей міокарда лівого шлуночка (ЛШ) за допомогою новітньої технології - спекл-трекінг ехокардіографії – дозволяє проводити субклінічну діагностику ураження серцевого м'язу при багатьох захворюваннях, зокрема при артеріальній гіпертензії (АГ). Зниження поздовжньої деформації (стрейну) ЛШ є раннім індикатором патологічного ремоделювання міокарда, що реєструється ще до розвитку гіпертрофії ЛШ та порушень його діастолічної функції. Цистатин С на сьогодні розглядається одним з перспективних маркерів патологічного кардіоваскулярного ремоделювання. Взаємозв'язок між цистатином С та деформаційними властивостями міокарда не вивчався.

Мета роботи. Дослідити рівень циркулюючого цистатину С у пацієнтів з АГ із збереженими та зниженими параметрами поздовжньої скоротливості ЛШ.

Матеріали і методи дослідження. У роботу включено 177 чоловіків із АГ І-ІІ стадії (середній вік 51±8 рік) до призначення терапії. Всім учасникам було виконано стандартне клінічне та лабораторне обстеження, добовий моніторинг артеріального тиску, трансторакальну ехокардіоскопію. Дослідження деформаційних властивостей міокарда проводили методом спекл-трекінг ехокардіографії за допомогою програмного модулю XStrain (Esaote, Італія). Рівень цистатину С визначали в плазмі крові на автоматичному аналізаторі імунотурбідиметричним методом.

Результати. В залежності від значення глобального поздовжнього стрейну хворих розподілено на 2 групи. Пацієнти були зіставними за віком, антропометричними показниками, рівнем артеріального тиску. За даними спекл-трекінг ехокардіографії порушення поздовжньої скоротливості ЛШ реєстрували у 54 (30,5%) пацієнтів з АГ. Середнє значення глобального поздовжнього стрейну ЛШ склали у цій групі -13,2±1,21 % (при нормі > -18%). Рівень циркулюючого цистатину С у хворих зі зниженим стрейном ЛШ

склав $0,95 \pm 0,27$ мг/л, а у хворих зі збереженим стрейном – $0,87 \pm 0,16$ мг/л ($p=0,01$). За результатами кореляційного аналізу вставлено статистично значущу асоціацію слабкої сили між рівнем цистатину С та глобальним поздовжнім стрейном ЛШ ($r=-0,18$; $p=0,017$).

Висновки. У хворих на АГ із зниженою поздовжньою деформацією ЛШ визначаються вищі рівні циркулюючого цистатину С. Можливість терапевтичного впливу на деформаційні властивості міокарда ЛШ потребує подальшого вивчення.

БРОНХІАЛЬНА АСТМА ТА ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ

Корж Н.В., Островський М.М.

Науковий керівник - к.мед.н., доц. Г.З.Корж

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Бронхіальна астма (БА) — хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, яке характеризується варіабельною зворотною бронхообструкцією та гіперреактивністю бронхів. Це одна з найпоширеніших хронічних хвороб, що уражає людей всіх вікових груп, розглядається в сучасному суспільстві не лише як велика медична, але й соціально значима проблема. Для більшості хворих з бронхіальною астмою фізична активність є основною причиною у виникненні приступу астми. Для окремих пацієнтів це єдиний подразник, який викликає приступ. Астма фізичного навантаження (АФН) може з'являтися в різних кліматичних умовах, проте найбільш частіше вона виникає при вдиханні сухого та холодного повітря. Дане захворювання не являється окремою формою астми, а є лише одним із проявів гіперчутливості бронхів. Вона часто свідчить про недостатній контроль астми, тому при призначенні адекватної терапії симптоми, які викликаються фізичним навантаженням, зникають. У пацієнтів, у яких лікування не зняло симптоматику і клінічні прояви після фізичного навантаження є єдиним проявом хвороби, інгаляція бета-2-агоністів короткої дії перед фізичним навантаженням є найбільш ефективним та доцільним методом профілактики загострень бронхіальної астми. Багато медикаментів, такі як натрію кромоглікат, антихолінергічні, ІКС, антигістамінні, антилейкотрієнові, бета-2-агоністи тривалої дії, ефективно усувають симптоми астми фізичного навантаження. Доведено, що теплий і вологий клімат також зменшують частоту і тяжкість приступів даної недуги. Одним із важливих методів лікування є тренування, яке покращує стан серцево-легеневої системи без значного впливу на функцію легень і тому, зважаючи на можливість ефективного лікування астми фізичного навантаження, хворі не повинні його уникати. Крім того, у хворих з даною недугою тренування підвищує фізичну витривалість, відповідно приступи астми розвиваються тільки при високому рівні фізичного навантаження.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ХОЗЛ У ХВОРИХ З НАДЛИШКОВОЮ ВАГОЮ

Корж Н.В., Островський М.М.

Науковий керівник – д.мед.н., проф. М.М. Островський

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією з найпоширеніших проблем сучасної медицини. Малорухливий спосіб життя, низька фізична активність, нераціональне харчування призводять до розвитку так званих хвороб цивілізації, зокрема, надлишкової ваги (НВ) та ожиріння, які з часом ускладнюють перебіг хвороб органів дихання. Абдомінальне ожиріння призводить до високого стояння діафрагми, обмеження дихальної екскурсії, зміни скоротливої здатності дихальних м'язів та є причиною торакодіафрагмального механізму задишки, зниження максимального тиску вдиху та зменшення легеневого об'єму.

Мета роботи: вивчення особливостей клінічного перебігу ХОЗЛ у хворих із НВ.

Матеріал і методи: нами було оглянуто 32 хворих із діагнозом ХОЗЛ віком від 45 до 68 років. У 18 з них було виявлено НВ та ожиріння різних ступенів. Тяжкість перебігу ХОЗЛ визначалася за частотою загострень, показниками функції зовнішнього дихання (ФЗД): ОФВ1/ФЗСЛ та ОФВ1 та результатами об'єктивного обстеження. Індекс маси тіла (ІМТ) визначали за формулою m/h^2 , де m – маса тіла у кг, h – зріст у метрах.

Результати: аналіз показників ФЗД показав їх зменшення прогресивно з наростанням маси тіла. У таких пацієнтів ФЗСЛ була істотно нижчою, ніж у пацієнтів із нормальною масою тіла, що свідчить про вираженіші рестриктивні зміни, які виникли внаслідок ожиріння та пневмофіброзу. Швидкісні показники істотно відрізнялися в групах осіб з ожирінням та нормальною масою. Так обструктивні зміни на рівні середніх та дрібних бронхів (СОШ25-75, МОШ50, МОШ75) більш виражені, ніж на рівні великих бронхів (ОФВ1, ІТ, ПОШ, МОШ25). Отже, прохідність периферійних відділів бронхів у пацієнтів з НВ та ожирінням зменшується більш виражено, ніж прохідність великих бронхів. В той же час, у пацієнтів з НВ та ожирінням загострення ХОЗЛ зустрічались частіше, ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла, що свідчить про патогенетичну перевагу у них запального компонента над проявом бронхообструкції.

Висновки: перспективою подальших досліджень може бути вивчення впливу корекції маси тіла на ФЗД хворих на ХОЗЛ та дієвості нарощення інтенсивності базової терапії стосовно зменшення частоти загострень.

ДИНАМІКА НАТРІЙУРЕТИЧНОГО ПЕПТИДУ В ГОСТРИЙ ПЕРІОД ІНФАРКТУ МІОКАРДА В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СПОСОБУ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Костів Х.С., Волинський Д.А.

Науковий керівник – к.мед.н., асист. Р.В.Деніна

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства

NT-proBNP розглядають як потужний прогностичний індикатор, як при гострих так і хронічних формах ІХС. Зростання його рівня у таких хворих є пусковим критерієм ремоделювання ЛШ, прогнозування розвитку СН і смерті. Підвищення рівнів NT-proBNP при ІХС не залежить від інших клініко-лабораторних та інструментальних показників, зокрема таких як стан функції нирок, рівнів тропоніну. Найбільш високий ризик мають ті хворі, у яких істотно збільшені концентрації NT-proBNP. У осіб з ГКС рекомендують оцінювати рівні NT-proBNP у максимально ранні терміни.

Мета дослідження: оцінити активність сироваткових рівнів NT-proBNP в гостру фазу інфаркту міокарда в залежності від способу реваскуляризації коронарних артерій.