

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

*До 213-ої річниці відкриття
харківської вищої медичної школи*



**Збірник тез
міжвузівської конференції
молодих вчених та студентів
«Медицина III тисячоліття»**

22-24 січня 2018

м.Харків - 2018

вищенаведеними параметрами якості життя ($p < 0,05$). Крім наявності низького рівня якості життя за умов супутнього ожиріння у хворих з ГІМ привертає увагу нерівнозначність ступеня відхилення вищезазначених параметрів від групи порівняння, представленої пацієнтами з ГІМ без ожиріння.

Ранжування ступеня відхилення параметрів якості життя за допомогою F-критерія Фішера визначило, що першу рангову позицію займає RP ($F=56,4$), другу - VT ($F=25,8$), третю - RE та MH ($F=19,03$ та $17,29$ відповідно). Далі за зменшенням ступеня відхилення слідує GH ($F=5,8$), SF ($F=5,58$) та PF ($F=4,8$).

Висновки. Зниження якості життя у хворих в ранньому періоді гострого коронарного синдрому з елевацією сегмента ST на тлі абдомінального ожиріння при зіставленні з пацієнтами, що мали нормальну вагу тіла, характеризується зниженням показників шкали рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, та шкали життєвої активності, що свідчить про підвищену стомлюваність пацієнтів на тлі ожиріння, пригнічений емоційний стан, відчуття тривоги, знесиленості та відображає дисонанс у когнітивній сфері, що може призвести до зниження прихильності до лікування.

В'юн Т.І.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ПОЄДНАНОГО З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.

Харківський національний медичний університет

Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб

Харків, Україна

Науковий керівник: професор Пасієшвілі Л.М.

За визнанням лікарів різних часів, підшлункова залоза - це «тяжкий орган». За останні тридцять років відзначено більш ніж двократне зростання числа хворих на хронічний панкреатит (ХП). Справжні цифри захворюваності назвати важко, і частота ХП серед населення різних країн варіює від 0,2 до 0,68%. Захворювання діагностується в 6-8% випадків гастроентерологічних хворих. Хронічний панкреатит помітно помолодшав: середній вік пацієнтів, у яких встановлюють цей діагноз, знизився з 50 до 37 років. Серед хворих збільшилася частка жінок на 30%. Клінічний перебіг ХП часто залежить від його поєднання з захворюваннями інших органів і систем, тобто він змінюється в умовах поліморбідності сучасного пацієнта. Доволі часто ХП поєднується з захворюваннями серцево-судинної системи, які за своєю поширеністю, показниками інвалідності та смертності значно випереджають інші патологічні стани. У той же час, слід визнати, що особливості клінічних проявів ХП при його поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) вивчені недостатньо.

Мета дослідження - вивчити частоту поєднання й особливості перебігу гіпертонічної хвороби у пацієнтів з хронічним панкреатитом в залежності від статі і віку.

Матеріали та методи. Об'єктом дослідження стали 30 хворих на ХП віком від 27 до 55 років. Серед пацієнтів переважали жінки (18 - 60%). Анамнез з ХП складав від 2 до 15 років. З урахуванням екскреторної функції ПЗ (за даними фекальної еластази-1) розподіл пацієнтів відповідав: легкому (17 осіб) та середньому ступеню тяжкості (13). У 23 випадках ХП мав біліарний характер, у 7 - токсичний (алкогольний) генез. Підвищення артеріального тиску спостерігалось протягом 3-12 років та відповідало ГХ 2 стадії, 2 ступеню.

Результати та їх обговорення. Для проведення цього дослідження з урахуванням віку пацієнтів були сформовані 3 групи. В першу групу увійшло 7 хворих (23,3%) у віці від 27 до 35 років. Друга група була представлена 10 хворими (33,3%) у віці від 36 до 45 років і третя - 13 пацієнтів (43,4%) - 46-55 років. Було встановлено, що в першій групі поєднана патологія ГХ і ХП була виявлена у 1 пацієнта (3,3%), у 2-й - 4 (13,3%) і в 3-й - у 7 хворих (23,4%) . В цілому незалежно від віку в обстежених пацієнтів поєднана патологія на 20% частіше зустрічалася у жінок, ніж у чоловіків, при цьому в третій віковій групі це поєднання спостерігалось у 60% жінок.

Особливістю перебігу артеріальної гіпертензії у хворих з ХП було: підвищення артеріального тиску при загостренні хронічного панкреатиту, яке супроводжувалося больовим синдромом (тулий помірний біль у правому під ребер'ї з іррадіацією до спини); різноманітним проявам диспепсичного синдрому (нудота, запаморочення, здуття і гуркотиння в живота, порушення стільця тощо). При цьому систолічний АТ в середньому складав $165,7 \pm 4,2$ мм рт.ст, діастолічний – $97,4 \pm 3,1$ мм рт.ст. Близько третини хворих відзначало періодичну хиткість при ходьбі, кардіалгії та аритмії. Зняття абдомінального больового синдрому не завжди одночасно супроводжувалося нормалізацією гемодинаміки - спостерігалось запізнювання контролю артеріального тиску в середньому на 2-3 дні.

Астено-вегетативний синдром характеризувався слабкістю, зниженням працездатності, зниженням здатності зосереджуватися на роботі, порушеннями сну. Отже, коморбідність ХП і АГ надавали негативний вплив на якість життя хворих.

Таким чином, поєднаний перебіг хронічного панкреатиту і артеріальної гіпертензії урізноманітнює клінічну симптоматику, привносячи нашарування кардіальних і астеничних проявів у загальну клінічну картину. Ця обставина була підставою до додаткового призначенням м'яких седативних препаратів, частіше рослинного походження, в комплексній терапії даного тандему.

Висновки. При виникненні хронічного панкреатиту у хворих на артеріальну гіпертензію спостерігається поява додаткових клінічних симптомів захворювання, що ускладнює перебіг захворювання.

З найбільшою частотою АГ реєструвалося в осіб жіночої статі з хронічним панкреатитом у віковому періоді від 46 до 59 років, що може бути пов'язано не тільки з наявністю основного захворювання, але і менопаузальним періодом, при якому досить часто реєструється підвищення артеріального тиску. Це дозволили рекомендувати в комплексній терапії ХП і ГХ використовувати седативні рослинні препарати.

Голованова А.Ю., Пільгуй І.В.

ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра внутрішньої медицини №2 і клінічної імунології та алергології

Харків, Україна

Науковий керівник: доцент Шумова Н.В.

Бронхіальна астма (БА) – це типове ураження органів дихання, що призводить до зростання тимчасової або стійкої непрацездатності та зниження якості життя. Однією з актуальних причин прогресування цього захворювання та зниження рівня контролю над ним є порушення психоемоційної сфери пацієнтів.

Мета дослідження: визначити наявність соматопсихічних розладів у хворих на БА з різним ступенем тяжкості перебігу.

Матеріали та методи: Було обстежено 30 хворих на БА, які були розділені на 3 групи по 10 чол.(25%) відповідно до ступеня тяжкості. До I гр. було віднесено хворих з персистуючим перебігом захворювання легкого ст., до II гр. – середнього ст. і до III гр. – важкого ст. Оцінка стану психоемоційної сфери пацієнтів проводилася за допомогою анкетного методу: за шкалою невротизації Вассермана та шкалою тривожності Спілберга-Ханіна.

Результати. Аналіз результатів анкетування за шкалою Спілберга-Ханіна свідчить про зростання ситуативної та особистісної тривожності у хворих на БА. Так у респондентів III групи показник ситуативної тривожності перевищує відповідний у пацієнтів I групи в 2,7 рази, II групи – в 1,4 рази. Подібна динаміка встановлена при дослідженні особистісної тривожності, що підтвердилася вірогідним її зростанням у респондентів III групи – у 3,1 рази та 1,3 рази порівняно з відповідними показниками у пацієнтів I та II групи. При вивченні

WHAT FACTORS AFFECT CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE OUTCOMES?.....	85
Minukhina D.V., Grydneva O.V.	86
THE ROLE OF ASYMMETRIC DIMETHYLARGININE IN THE DEVELOPMENT OF ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2.....	86
Minukhina D.V., Kosenko Y.V.	86
THE ROLE OF INSULIN RESISTANCE IN THE DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH ST-EMI MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES MELLITUS TYPE 2.....	86
Айвазян К.В.	87
Баришовець А.В.	88
АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ ТА СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ОФІЦЕРІВ СУХОПУТНИХ ВІЙСЬК.....	88
Бахарєв О.С.	88
ОСОБЛИВОСТІ РОЗПОДІЛУ ФАКТОРІВ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВІКУ.....	88
Більченко А.О.	89
ВПЛИВ СТАТІ НА РІВЕНЬ ГАЛЕКТИНУ-3 ТА Р-СЕЛЕКТИНУ У ХВОРИХ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ У ПОЄДНАННІ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.....	89
Борзова-Коссе С.І., Назаренко А.О.	89
РОЛЬ МАТРИКСНИХ МЕТАЛОПРОТЕЇНАЗ У ПРОГНОЗУВАННІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ... 89	89
Боровик К.М., Мартовицький Д.В., Глебова О.В.	90
ОЦІНКА РИЗИКУ РОЗВИТКУ ПОВТОРНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМУ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТУ ST ЗА НАЯВНОСТІ ОЖИРІННЯ ПРОТЯГОМ 6-МІСЯЧНОГО ТЕРМІНУ СПОСТЕРЕЖЕННЯ.....	90
Боровик К.М., Фарес Алаа	91
АНАЛІЗ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ З ЕЛЕВАЦІЄЮ СЕГМЕНТА ST НА ТЛІ АБДОМІНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ.....	91
В'юн Т.І.	92
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, ПОЄДНАНОГО З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ.....	92
Голованова А.Ю., Пільгуй І.В.	93
ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.....	93
Диковицький Ю.В.	94
ЭКСТРЕННОЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	94
Єрмак О.С., Галашко К.Ю.	95
ПРОГНОЗ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ОЖИРІННЯ З УРАХУВАННЯМ РІВНІВ MRproADM ТА КОПЕПТИНУ.....	95
Єчина С.М.	95
РАЦІОНАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНЮВАННЯ РОЗМІРІВ ВОГНИЩА.....	95
ІНФАРКТУ МІОКАРДА.....	95
Журавльова М.І., Котелюх М.Ю.	96
ВИВЧЕННЯ УРАЖЕННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ІНФАРКТ МІОКАРДА З СУПУТНІМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ.....	96
Завгородній А.С., Амер Л.Б.	97