

Міністерство охорони здоров'я України
Харківська медична академія післядипломної освіти
Рада молодих вчених ХМАПО
Харківське медичне товариство



МЕДИЦИНА XXI СТОЛІТТЯ

Матеріали науково-практичної конференції
молодих вчених з міжнародною участю



23 листопада 2017 року

легеневої тканини. Майже в усіх досліджених ділянках у порівнянні з нелікованими тваринами спостерігається зменшення витончення стінок альвеол за рахунок збільшення респіраторних епітеліоцитів, зменшення розтягування їх відростків. Навколо альвеолярних пор збільшується кількість секреторних клітин, їх ядра знову набувають округлої форми, а цитоплазма однорідного забарвлення. Компенсаторна емфізема не має такий яскравий характер, як при експериментальній патології без корекції, хоча диселектази альвеолярних пухирців зустрічаються досить часто. Часто зустрічаються бронхи та бронхіоли з накопиченням лімфоцитів. Стінки судин потовщені у порівнянні з групою інтактних тварин, але плазматичного просякування, як у групі з атеросклерозом без використання фітопрепарату, немає. У перибронхіальному та міжальвеолярному просторі значна кількість пінявих макрофагів.

Висновки. Експериментальний атеросклероз призводить до значної клітинної перебудови легеневої тканини. Позитивний вплив введення фітопрепарату з профілактичною метою на паренхіму легень підтверджується при мікроскопічному дослідженні.

ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ В КЛАССАХ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В МЕНЕДЖМЕНТЕ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Починская М.В., Яблучанский Н.И.

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина

Кафедра внутренней медицины

Цель. Оценить изменения функциональных показателей кровообращения и их прогностическое значение в зависимости от класса пульсового артериального давления (ПАД) у пациентов с имплантированными электрокардиостимуляторами (ЭКС) и кардиоресинхронизирующей терапией (КРТ) на годовом периоде наблюдения.

Материалы и методы. Наблюдали 220 пациентов в возрасте 70 (± 9 лет) в ранний период (3-5 дней), через 6 месяцев и 1 год после ЭКС и КРТ. Пациенты

были отнесены к пяти классам ПАД: I - очень низкое - менее 20 мм.рт.ст., II - низкое 20 - 40 мм.рт.ст., III - норма - 40 - 60 мм.рт.ст., IV - высокое 60 - 80 мм.рт.ст., V - очень высокое ПАД - более 80 мм.рт.ст. Оценивали изменение систолического и диастолического АД (САД, ДАД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), конечный систолический и диастолический объемы (КСО, КДО), фракцию выброса левого желудочка (ФВЛЖ), толщину задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП), размеры левого предсердия и правого желудочка (ЛП, ПЖ). Прогностически значимые гемодинамические показатели определяли методом шагово-дискриминантного анализа с помощью критерия Фишера (F); классификационные функции вычисляли на каждом этапе исследования с использованием весового коэффициента в классах ПАД. Для статистической оценки результатов использовали параметрические критерии (среднее значение - M, стандартное отклонение sd). Достоверность различий между группами устанавливали путем t-критерия Стьюдента. Ожидаемый результат определяли уровнем достоверности $p < 0,05$.

Результаты. Исходный уровень САД до имплантации ЭКС был в пределах физиологического диапазона во II, III и повышен в IV, V классах ПАД, до КРТ - повышен в III, IV классах. После имплантации ЭКС он не изменился во II, III и показал тенденцию снижения в IV, V классах ПАД, после КРТ - нормализовался на всем периоде наблюдения. Уровень ДАД находился в пределах нормы у пациентов с ЭКС и КРТ на всех этапах наблюдения. Нормализация исходно низкой ЧСС в III, IV, V классах до ЭКС и в III классе ПАД до КРТ была достигнута на всем периоде наблюдения. ЧСС у пациентов с ЭКС и КРТ во II и IV классах ПАД соответственно находилась в физиологическом диапазоне до и в течение года после имплантации. Снижение изначально увеличенных КСО и КДО во всех классах ПАД привело к приросту значительно сниженной ФВ через 6 месяцев и 1 год после имплантации. ТЗСЛЖ, ТМЖП, ММЛЖ статистически не отличались как между классами ПАД, так и в каждом из них до и после имплантации ЭКС и КРТ. Увеличенные размеры ЛП и ПЖ имели лишь тенденцию уменьшения в конце периода наблюдения после имплантации

ЭКС и КРТ. У пациентов с имплантированными устройствами исходно во всех классах ПАД весовой коэффициент с наибольшим значением критерия F распределился по степени убывания: ТЗСЛЖ, ТМЖП, САД, ДАД и ЧСС. К концу периода наблюдения он повысился во всех классах ПАД для ЧСС, во II - для САД; снизился во II классе – для ТЗСЛЖ, ТМЖП и ДАД, в III – ТЗСЛЖ и ТМЖП, IV и V – для САД и ДАД, ТЗСЛЖ и ТМЖП. Большой весовой коэффициент во II и V классах ПАД определялся для ТЗСЛЖ, ЧСС и ТМЖП, а в III и IV – для ТЗСЛЖ и ЧСС.

Выводы. Нормализация САД, ДАД, ЧСС, КСО, КДО и ФВ отмечается в течение года после имплантации ЭКС и КРТ без существенных различий между классами ПАД. Частичная нормализация гемодинамических показателей в большей степени в III, IV классах ПАД свидетельствует о необходимости усиления медикаментозной поддержки, для контроля её эффективности во II, V классах ПАД целесообразно использовать ЧСС, ТЗСЛЖ и ТМЖП, в III, IV - ЧСС и ТЗСЛЖ.

ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ДІТЕЙ З РЕАКТИВНИМИ АРТРИТАМИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ

Пугачова К.А.

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Оскільки імунологічний дисбаланс грає провідну роль в патогенезі реактивного артриту (РеА), перспективними у вирішенні проблем діагностики, диференційної діагностики та прогнозування перебігу РеА у дітей є вивчення особливостей імунологічних змін у дітей з на різних етапах захворювання.

Метою дослідження було удосконалення діагностики та прогнозування перебігу РеА у дітей шляхом вивчення змін імунологічних показників.

Обстежено 56 дітей з РеА віком 1-16 років. Поряд із загальноприйнятими методами обстеження проводився аналіз показників імунограми.

На ранніх етапах РеА у $61,1 \pm 2,2\%$ дітей спостерігалось зниження рівню CD3 та у $47,2 \pm 1,9\%$ відмічалось пригнічення Т-супресорів (CD8). У той же час

40. СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» ПРИ СИНДРОМЕ 78
РАННЕГО КЛИМАКСА.
Пастух У.А., Недзвецькая О.В.
41. ПРОФІЛАКТИЧНА ДІЯ ФІТОПРЕПАРАТУ НА СТРУКТУРНІ ЗМІНИ ЛЕГЕНЕВОЇ 79
ТКАНИНИ ПРИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ АТЕРОСКЛЕРОЗІ
Поніна С.І., Масік Н.П.
42. ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И ИХ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ 81
ЗНАЧЕНИЕ В КЛАССАХ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В
МЕНЕДЖМЕНТЕ ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ
ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ
Починская М.В., Яблучанский Н.И.
43. ОСОБЛИВОСТІ ІМУНОЛОГІЧНИХ ЗМІН У ДІТЕЙ З РЕАКТИВНИМИ АРТРИТАМИ НА 83
РІЗНИХ ЕТАПАХ ЗАХВОРЮВАННЯ
Пугачова К.А.
44. НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 85
Сариан Е.И.
45. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАНСВЕЗИКАЛЬНОГО РЕТРОГРАДНОГО 86
ВНУТРЕННЕГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕГАУРЕТЕРА У ДЕТЕЙ
Свекатун В.Н.
46. ПОКАЗНИКИ КЛІТИННОЇ ЛАНКИ ІМУНІТЕТУ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРІ 88
РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ.
Сміян О.І., Дмитрова Є.В.
47. ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЦИНКУ В СИРОВАТЦІ КРОВІ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА 89
РОТАВІРУСНУ ІНФЕКЦІЮ
Сміян О.І., Сміян-Горбунова К.О., Бинда Т.П., Січненко П.І., Романюк О.К.
48. ПРИМЕНЕНИЕ ИМПЛАНТА ОЗУРДЕКС В ЛЕЧЕНИИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ УВЕИТОВ 90
Сорока Е.П., Пастух И.В., Гончарова Н.А.
49. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ВИРУСНОЙ 91
ПНЕВМОНИИ ТИПА А (H1N1)
Суходольская Е.И., Стузьяк А.Р., Гавриленко Н.В.
50. ОЦІНКА ВИЗНАЧЕННЯ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ОБСТРУКТИВНУ 92
ХВОРОБУ ЛЕГЕНЬ, ПОЄДНАНУ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2 ТИПУ
Сухонос Н.К.
51. ВІДНОВЛЕННЯ КАПСУЛИ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА З МЕТОЮ ПРОФІЛАКТИКИ 93
ВИВИХУ ГОЛОВКИ ЕНДОПРОТЕЗА КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА
Філіпенко В.А., Мезенцев В.О., Овчинніков О.М.
52. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЛИТИЧЕСКОГО КОСОГЛАЗИЯ 94
Хайдар Мохамед, Пастух И.В.
53. ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ НОВЫХ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ГАЛЕКТИНА-3 И Р- 95
СЕЛЕКТИНА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
СЕРДЦА И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Хвисюк М. А.
54. ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ МІЖ НЕЙРОАУТОІМУННИМИ ПОКАЗНИКАМИ ТА 97
РУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ У ПАЦІЄНТІВ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА НА ФОНІ
АУТОІМУННОЇ ПАТОЛОГІЇ
Чеборака Т. О.
55. ІНФІКОВАНІСТЬ ВІРУСОМ ЕПШТЕЙН-БАРР ДІТЕЙ З РЕЦИДИВУЮЧИМИ 99
СЕКРЕТОРНИМИ СЕРЕДНІМИ ОТИТАМИ
Чумакова А.В.
56. ВИВЧЕННЯ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНІВ ІЗ 101
БАКТЕРІОВИДІЛЕННЯМ
Швець О.М., Шевченко О.С.
57. ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ 102
С ОСТРЫМ ЛЕЙКОЗОМ
Шубина М. В., Аксёнова К. А.
58. НЕОБХІДНІСТЬ ЗМІНИ ХОДУ ОПЕРАЦІЇ 106
ПРИ ГОСТРОМУ ДЕСТРУКТИВНОМУ АПЕНДИЦИТІ
Юнашев Д.А., Семенюк М.О., Сирчіна В.О., Кітченко С.С.
59. КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕНТЕРОВІРУСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В 108
ХАРКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ
Юрко К.В., Івахненко Д.А., Кузнецова А.А.
60. ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИ-
ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
Юрченко О.Н., Жадан Ю.Г., Сазонова Т.М.