

го жиру, відсоткового співвідношення скелетної та м'язової тканини. Всі респонденти основної та контрольної групи заповнювали інформовану згоду добровільної участі. Середній вік склав $47,6 \pm 2,5$ р. Діагноз ІХС формували згідно з наказом МОЗ №152.

Основні результати: за результатами інструментальної імпедансометрії було встановлено невідповідність до норми складу тіла у 42 (91%) хворих на ІХС та 22 (73%) функціонально здорових респондента з наявністю у них доклінічних розладів жирового обміну. При обстеженні було діагностовано за ІМТ передожиріння у 14 (31%) осіб у основній групі та в 8 (27%) – контрольної групи; надлишковий вміст жирової тканини у 38 (83%) хворих та 14 (46%) функціонально здорових; ожиріння – у 16 (35%) осіб основної групи та 3 (10%) осіб групи контролю; рівень вісцерального жиру був підвищений у 21 (46%) респондента основної групи та у 4 (13%) контрольної групи ($p < 0,05$); недостатню м'язову масу мали 14 (30%) хворих та 7 (23%) здорових осіб. Отримані дані свідчать, що у хворих на ІХС відмічене суттєве збільшення ІМТ, вісцерального жиру, у порівнянні з групою практично здорових.

Висновок: інструментальна імпедансометрія являється ефективним методом об'єктивного обстеження складу тіла із оцінкою загального і вісцерального ожиріння для ранньої діагностики кардіометаболічного ризику та профілактики серцево-судинних захворювань, зокрема усунення факторів ризику, що можуть бути модифікованими, таких як гіподинамія, нераціональне харчування, надмірна маса тіла та ожиріння.

ВПЛИВ ФІБРОЗНИХ ЗМІН ПІДПЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ НА РОЗВИТОК ТА ПЕРЕБІГ ОСТЕОПОРОЗУ У ЖІНОК В ПОСТМЕНОПАУЗІ

Лугова Ю., Климко В., Лукаш В., Піддубна Є., Власенко І.

Науковий керівник: доц. Іваницький І.

Кафедра сімейної медицини і терапії

Полтавський державний медичний університет

Хронічний панкреатит (ХП) може призвести до порушення всмоктування, включаючи вітаміни та мікроелементи. Остеопороз - це системне захворювання скелета, що характеризується низькою кістковою масою та мікроархітектурним погіршенням кісткової тканини зі збільшенням схильності до переломів. На основі метааналізу було

підраховано, що майже чверть пацієнтів з ХП мають остеопороз і майже дві третини мають остеопенію. Метою нашого дослідження стало визначення впливу фіброзних змін підшлункової залози на розвиток та перебіг остеопорозу у жінок в постменопаузі. Нами було обстежено 69 жінок із середнім віком $56 \pm 5,21$ р., які знаходились у менопаузі (середній строк менопаузи $4,22 \pm 2,21$ р). Пацієнтки були поділені на дві групи: першу групу склали 34 пацієнтки, які до моменту обстеження не мали захворювань підшлункової залози, другу групу склали 35 пацієнток, які мали хронічний панкреатит. Усім пацієнткам проводили визначення фіброзних змін підшлункової залози в ділянці її тіла, спираючись на дані зсувнохвильової еластометрії, визначення мінеральної щільності кісток за допомогою двоенергетичної рентгенівської абсорбціометрії, а також визначення рівня вітаміну Д плазми крові. Середній рівень жорсткості паренхіми підшлункової залози в першій групі склав $24,21 \pm 3,41$ кПа, в другій групі $49,8 \pm 7,49$ кПа, $p < 0,05$.

Середній рівень мінеральної щільності кісток на основі Т критерію в першій групі становив $-1,25 \pm 0,37$, в другій групі – $1,87 \pm 0,49$ $p < 0,05$.

Рівень вітаміну Д плазми крові в першій групі становив $28,7 \pm 4,59$ нг/мл, в другій групі $19,4 \pm 3,67$ нг/мл. При проведенні кореляційного аналізу нами був виявлений сильний позитивний зв'язок у пацієнтів другої групи між тривалістю перебігу хронічного панкреатиту та вираженістю ступеня фіброзних змін за даними еластометрії підшлункової залози ($r=0,63$, $p < 0,05$), між ступенем вираженості фіброзних змін за даними еластометрії підшлункової залози та рівнем Т критерію в обох групах ($r=0,59$, $p < 0,05$ в першій групі та $r=0,74$, $p < 0,05$ в другій групі), між рівнем вітаміну Д плазми крові та ступенем вираженості фіброзних змін за даними еластометрії підшлункової залози ($r=0,64$, $p < 0,05$ в першій групі та $r=0,6$, $p < 0,05$ в другій групі) та між рівнем вітаміну Д плазми крові та рівнем остеопоротичних змін кісток за даними Т критерію ($r=0,57$, $p < 0,05$ в першій групі та $r=0,61$, $p < 0,05$ в другій групі). Нами були зроблені наступні висновки:

- вираженість фіброзних змін підшлункової залози провокує зниження резорбції вітаміну Д, що спричиняє розвиток остеопоротичних змін кісток у пацієнток в постменопаузі.

- відсутність хронічного панкреатиту в анамнезі не виключає фіброзних змін підшлункової залози, і, відповідно, розвиток остеопоротичних змін кісток, обумовлених дефіцитом вітаміну Д

- проведення еластометрії підшлункової залози може бути рекомендоване для визначення ступеня її фіброзних змін з метою подальшого коригування терапії.

ЗАСТОВУВАННЯ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЇ БЛОКАДИ ПРИ УРОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ

Мотієнко А., Василенко О.

Науковий керівник: доц. Могильник А.

Кафедра анестезіології та інтенсивної терапії
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Паравертебральна блокада є простим і дієвим методом, який може забезпечити знеболення при оперативному втручанні та в ранній післяопераційний період.

Мета дослідження. Порівняти ефективність загальної анестезії (ЗА), загальної анестезії комбінованої з паравертебральною блокадою (ЗА+ПВБ) та загальної анестезії комбінованої з епідуральною анестезією (ЗА+ЕА).

Матеріал та методи дослідження. Дослідження проводилось на базі КП «Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М. В. Скіфосовського ПОР». У дослідженні взяли участь 82 пацієнта. Пацієнти були розділені на 3 групи залежно від типу анестезіологічної допомоги: ЗА, ЗА+ПВБ, ЗА+ЕА. Інтраопераційно оцінювали кількість використаного наркотичного анальгетика. У післяопераційному періоді ефективність анальгезії оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), а також враховували термін ранньої активізації, частоту розвитку гемодинамічної нестабільності та моторного блоку.

Результати. Показники ВАШ виявилися нижчими у пацієнтів групи ЗА+ПВБ у порівнянні з пацієнтами групи ЗА через 1, 6, 24 години після операції. Показники ВАШ між групами ЗА+ПВБ та ЗА+ЕА не розрізнялися в інтервалах 6 та 12 годин післяопераційного періоду. Кількість інтраопераційно використаного фентанілу в групі ЗА+ПВБ було нижче, ніж в інших групах. Слід зазначити, що між групами ЗА+ЕА і ЗА статистично значимої різниці у кількості використаного фентанілу не виявлено. Розвиток моторного блоку у післяопераційному періоді у пацієнтів групи ЗА+ПВБ не спостерігався, але його виявлено у 30% пацієнтів групи ЗА+ЕА. Відсутність моторного блоку та гемодинамічної нестабільності при ПВБ дозволило виконати ранню активізацію всіх пацієнтів групи ЗА+ПВБ.