

ткани у пацієнтів цього віку, включаючого аналіз генетическої предрасположенности, впливання середових и алиментарних факторів.

При наявності ознак вестибулярної дисфункції, синкопальних состояний рентгенографія шейного отдела позвоночника с функціональними пробами являється необхідним методом дослідження, поскольку способствує ранньому виявленню початкових дегенеративних змін и функціональної дисфункції вертеброгенних структур, аномалій розвитку позвоночника, что будет способствовать выбору оптимальной тактики лечения этих пациентов.

### ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МІОКАРДА, МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ, ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ЕНДОТЕЛІУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2-ГО ТИПУ

Глазовська І.І., Тарасюк Б.А., Кравчук Е.Ю., Корсак І.С., Москаленко Н.Ю.

ДУ «Інститут ядерної медицини

та променевої діагностики НАМН України», м. Київ

**Вступ.** Цукровий діабет 2-го типу є одним із найнебезпечніших захворювань цивілізації на сьогодні. Виникаючі метаболічні зміни спричинюють формування макроангіопатій з ураженням органів-мішеней (у тому числі артерій, міокарда), що призводить до формування кардіальної та/або церебральної судинної патології. Своєчасна діагностика ураження органів-мішеней та медикаментозна корекція сприятимуть попередженню у майбутньому фатальних наслідків цукрового діабету 2-го типу.

**Мета.** Оцінити особливості структурних змін магістральних артерій голови, міокарда, функціональних особливостей ендотелію та ліпідного обміну у хворих на цукровий діабет 2-го типу.

**Матеріали та методи.** 52 хворих на цукровий діабет 2-го типу (ЦД 2), середній вік —  $54 \pm 14$  років. Контрольну групу (КГ) склали 15 осіб відповідного віку ( $51 \pm 11$ ) років без порушення вуглеводного обміну. Проводили ультразвукове доплерографічне обстеження магістральних артерій голови. Враховували наявність стенозуючого ураження каротид та його ступінь, визначалася товщина комплексу інтима-медіа (КІМ) (мм). Дослідження проводилися на ультразвуковій системі Philips iE 33. При ехокардіографічному обстеженні хворих визначали щільність стінок аорти, наявність гіпертрофії лівого шлуночка (за показниками товщини задньої стінки лівого шлуночка (ТЗСЛШ), міжшлуночкової перетинки (ТМШП)). Діастолічну функцію лівого шлуночка оцінювали за показниками співвідношення трансмітральних потоків E/A (де E-максимальна швидкість раннього діастолічного потоку, A – максимальна швидкість потоку передсердь) та часом ізвольометричного розслаблення (IVRT). Діастолічне наповнення вважали нормальним при значеннях E/A >1, IVRT в межах 60-90 мс. Показники E/A < 1, IVRT >90 мс розцінювали як діастолічну дисфункцію за типом порушення релаксації.

Оцінка функціональної вазомоторної функції ендотелію проводилася за стандартною методикою компресійної потікзалежної вазодилатації a. brachialis. Функція ендотелію вважалася збереженою, якщо після декомпресії приріст діаметра a. brachialis складав не менше між 10% від попереднього діаметра.

**Результати досліджень та обговорення.** Середні показники товщини КІМ у хворих на ЦД2 складали  $1,1 \pm 0,08$  мм (у КГ —  $0,8 \pm 0,07$  мм), що свідчить про потовщення у них комплексу інтима-медіа. Атеросклеротичні бляшки в судинах каротидного басейну виявлені у 86% хворих на ЦД2, із них стенози < 30% діаметра судини реєструвалися у 28,8% ЦД2, 30-50% діаметра судини – у 57,7% ЦД2. У 20% учасників контрольної групи спостерігалось стенозування каротид, яке не перевищувало 30% діаметра судини. Стенозів, що перевищували 30% у осіб контрольної групи, виявлено не було. За даними ехокардіографічного обстеження, у 96% хворих на ЦД2 пацієнтів спостерігалось ущільнення стінок висхідної аорти, в КГ — 30%. У 58% хворих на ЦД2 виявлено кальциноз мітрального та/або аортального клапанів (КГ – 13%). У хворих на ЦД2 формується гіпертрофія лівого шлуночка, про що свідчать середні значення по-казників ТЗСЛШ –  $1,12 \pm 0,08$  мм та ТМШП –  $1,2 \pm 0,12$  мм, у КГ відповідно –  $1,02 \pm 0,11$  мм та  $0,98 \pm 0,13$  мм. У 61% пацієнтів із ЦД 2 виявлено ознаки діастолічної дисфункції лівого шлуночка за даними аналізу співвідношення трансмітральних потоків, у КГ – 13%.

Приріст діаметра a. brachialis після проби з реактивною гіперемією у хворих на ЦД2 ( $9,1 \pm 0,8\%$ ) нижчий порівняно з КГ ( $22 \pm 9,8\%$ ), що свідчить про зниження функціональної здатності ендотелію у регуляції судинного тону при цукровому діабеті 2-го типу.

**Висновки.** У хворих на цукровий діабет 2-го типу спостерігається ремоделювання магістральних артерій голови, пов'язане з їх атеросклеротичним ураженням (потовщення КІМ, вища частота та ступінь стенозування каротид порівняно з контрольною групою). Зміна геометрії міокарда у хворих на ЦД2 зумовлена гіпертрофією лівого шлуночка, а функціональні зміни — формуванням діастолічної дисфункції. Недостатній приріст діаметра a. brachialis після компресійної проби з реактивною гіперемією свідчить про зниження функціональної активності ендотелію у хворих на ЦД2.

### МОЖЛИВОСТІ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ ПРИ ЗАКРИТІЙ ТРАВМІ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Головка Т.С.<sup>1</sup>, Халатурник І.Б.<sup>2</sup>, Кучер А.Р.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Національний інститут раку, м. Київ

<sup>2</sup>Лікарня швидкої медичної допомоги, м. Чернівці

<sup>3</sup>Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

**Вступ.** Проблема діагностики та лікування травми органів грудної клітки (ОГК) – одна з актуальних у сучасній ургентній хірургії та є предметом дослідження різними спеціалістами. Травми ОГК складають 8-10% від загальної кількості механічних ушкоджень, при яких ушкодження легені спостерігаються до 93% випадків.

**Мета дослідження.** Удосконалити діагностику ускладнень закритої травми ОГК шляхом використання ультразвукової (УСГ) у комплексі з традиційною рентгенографією та комп'ютерною томографією (КТ) на первинному етапі діагностики та в динамічному спостереженні.

**Матеріали та методи.** Проаналізовані результати обстеження та лікування 86 постраждалих із закритою травмою ОГК віком від 19 до 85 років. Легенево-плевральні ускладнення виявили у 75 (87,2%) постраждалих (62 (83%) чоловіків та 13 (17%) жінок). Усіх пацієн-