

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інституту



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical
Medicine

Збірник тез доповідей
IV Міжнародної науково-практичної конференції
Студентів та молодих вчених
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

ТОМ 2

Суми
Сумський державний університет
2016

СИНДРОМ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Линник Л.Д., Гученко І.П., Мелеховець О.К.

Сумський державний університет

Кафедра сімейної та соціальної медицини з курсами пропедевтики внутрішніх хвороб та ендокринології

Захворювання нирок – найбільш розповсюджена причина виникнення вторинної артеріальної гіпертензії. За даними різних авторів, АГ на різних етапах розвитку хронічної хвороби нирок спостерігається в 85- 100% випадків.

В структурі ускладнень хронічної хвороби нирок, особливо при хронічній нирковій недостатності, синдром артеріальної гіпертензії займає одне з лідируючих місць не залежно від етіологічних факторів є основною причиною ризику розвитку ішемічної хвороби серця і цереброваскулярних захворювань, які на 88,1 % визначають рівень смертності від хвороб кровообігу. В даний час розповсюдженість АГ в Україні досягла близько 12 млн. чоловік, що складає 31% від дорослого населення. З віком розповсюдженість хвороби збільшується і досягає 50-65% у людей старше 65 років.

Мета дослідження: оцінка синдрому артеріальної гіпертензії як клінічного маркера хронічних захворювань нирок.

Матеріали і методи: в дослідження включено 100 пацієнтів, які звернулися в поліклінічне відділення КЗ «Білопільська ЦРЛ» з приводу підвищеного АТ. Для дослідження використовували клінічні (скарги, збір анамнестичних даних, об'єктивне дослідження), лабораторні (креатинін, сечовинаплазми та швидкість клубочкової фільтрації, дослідження сечі) та інструментальні методи (УЗД нирок).

Результати дослідження: у 35% обстежених хворих зі скаргами на підвищення тиску без встановленої причини, після проведеного обстеження була діагностована хронічна хвороба нирок. Серед них 63% становили жінки (22 хворі), а 37% - чоловіки (13 хворих). Середній вік хворих $41 \pm 0,89$ років. В групі до 40 років з 20 хворих середній вік – $32 \pm 0,89$ роки. Середня тривалість АГ - $7 \pm 0,89$ років. В групі до 40 років АГ - $6 \pm 0,89$ років.

Висновки. На підставі проведених досліджень отримано дані про наявність ниркових захворювань у хворих, які не приділяли уваги таким клінічним проявам, як підвищений тиск та набряки, і не мали відповідного діагнозу та патогенетично обгрунтованого лікування. Таким чином, в практиці сімейного лікаря потрібно розглядати синдром артеріальної гіпертензії як ймовірний маркер хронічних захворювань нирок.

РОЛЬ УРАЖЕННЯ ДЕМОДЕКСОМ ШКІРИ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА, ЯК ФАКТОРУ РОЗВИТКУ ІНШИХ ПАРАЗИТАРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЗОВНІШНЬОГО ВУХА

Лихих О.В.

Науковий керівник - к.мед.н, асистент Сміянов Є.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Збудники демодекозу у людини — це кліщі *Demodex folliculorum* та *Demodex brevis*, що з родини *Demodecidae*.

У 1841 році збудник демодекозу був вперше відкритий. У 1843 році класифікований та отримав назву *Demodex folliculorum*.

У 1963 році був виділений *Demodex brevis*, а у 1972 році вчені довели існування двох видів демодексу.

Збудники демодекозу людини живуть лише на людині і не зустрічаються на тваринах. Вони є представниками умовно-патогенної флори і постійно живуть у вивідних протоках сальних залоз шкіри, повік, фолікулах. Вчені неоднозначні у питанні щодо того, хто, жінки чи чоловіки, частіше хворіють на демодекоз, проте за даними деяких досліджень чітко прослідковується, що захворюваність вище у людей у віці від 31 до 50 років і взагалі не зустрічається у дітей до 1 року.

Поштовхом до розвитку цього захворювання можуть стати стреси, збої у роботі травної чи ендокринної систем, що у свою чергу стають причиною змін у функціонуванні сальних залоз та зміни складу їх секрету. Не останню роль у виникненні проявів захворювання відіграє і зниження місцевого імунітету внаслідок застосування гормональних косметичних засобів чи речовин, що агресивно діють на шкіру, пошкоджуючи її.

D. folliculorum живиться вмістом порожнини фолікула та клітин фолікулярного епітелія, а *D. Brevis* — вмістом клітин і протоків сальних залоз та залоз хряща повіки. За допомогою свого колюче-сисного апарату кліщ проникає до джерела їжі, попередню впорснувши в дану ділянку секрет слинних залоз, через що у зоні ураження виникають деструктивні та проліферативні зміни шкіри, а також розвивається алергічна реакція, бо секрет має як ферментативну, так і антигенну активність. Всі ці зміни у шкірі, а також свербіж, один із симптомів демодекозу та додатковий фактором механічного пошкодження шкіри, викликають зниження її бар'єрного захисту перед іншими паразитами, що здатні викликати захворювання зовнішнього вуха.

СКОЛІОТИЧНА ДЕФОРМАЦІЯ ХРЕБТА У ХВОРИХ НА СИРИНГОМІЄЛІО З ДЕБЮТОМ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

*Личко В.С., доцент, к. мед. н., Іванова Т.В., студ. 4-го курсу
Медичний інститут Сумського державного університету
кафедра нейрохірургії та неврології*

Сколіоз, що виникає в дитячо-юнацькому віці, є поширеною патологією, яка може зустрічатися як самостійне захворювання або поєднуватися з патологією спинного мозку. Одним з найважливіших питань при наявності сколіозу у дітей є визначення його природи як ідіопатичного захворювання або пов'язаного з патологією спинного мозку. Важливою і недостатньо вивченою є проблема визначення показань для нейровізуального дослідження спинного мозку при наявності сколіозу. Це необхідно для ранньої діагностики сириномієлії в дитячо-юнацькому віці і вибору тактики лікування.

Метою дослідження було встановлення особливостей клінічних проявів сириномієлії з її початком у дитячому віці з оцінкою ступеня сколіотичної деформації хребта.

Було обстежено 29 хворих на сириномієлію з початком захворювання в дитячому віці (22 чоловіків і 18 жінок). Вік хворих на момент дослідження — 33 ± 12 років. Сколіотична деформація хребта у хворих на сириномієлію «дитячого віку» на ранньому етапі захворювання спостерігалася у 75 % хворих. На початковому етапі грубі кіфосколіотичні деформації з формуванням реберного горба (3-4-й ступінь) не спостерігалися. 1-й ступінь був виявлений у 56,7 % хворих, 2-й — у 43,3 %. Правобічна спрямованість сколіозу спостерігалася у 57,5 % хворих, лівобічна — у 42,5 %. Сколіотична деформація хребта переважно зустрічалася в грудному відділі хребта. Деформація хребта у вигляді сколіозу і кіфозу на пізньому етапі встановлена у 91,4 % хворих. Грубі кіфосколіотичні деформації з формуванням реберного горба були виявлені у 56,2 % хворих, сколіотична деформація помірного ступеню визначена у 25 %, легка форма — у 18,8 %.

Таким чином, проведене дослідження показало, що сириномієлія з маніфестацією в дитячо-юнацькому віці, характеризується на ранньому етапі захворювання переважанням сколіотичної деформації хребта (75 %), наявністю периферичних рухових розладів у руках (57,5 %) і парезу ніг (15 %). На пізньому етапі захворювання — більшим ступенем парезу в ногах, і більш вираженого неврологічного дефіциту, а також збільшенням ступеня тяжкості сколіотичної деформації хребта.