

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПОЛЯРИЗАЦИОННО-ОПТИЧЕСКОГО МЕТОДА

Ковтун Н.М.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра офтальмологии*

Значительный удельный вес в структуре заболеваний органа зрения у детей имеет патология глазодвигательного аппарата, сопровождающаяся косоглазием. По данным разных авторов явным косоглазием страдают 0,5–3,5% детей, в структуре детской глазной патологии косоглазие занимает второе место после аномалий рефракции, удельный вес его составляет 25,6% случаев, частота – 3,9 на 1000. Если рассматривать причины возникновения косоглазия с позиций биомеханики, то внешне одинаковые отклонения глаза могут возникать при различных структурных, функциональных и структурно-функциональных нарушениях глазодвигательных мышц (ГДМ). Как показали работы разных авторов, большими возможностями для диагностики патологии ГДМ обладает поляризационно-оптический метод, основанный на исследовании оптической анизотропии роговицы глаза в поляризованном свете. При освещении роговицы живого глаза поляризованным светом на ней наблюдается интерференционная картина, отражающая распределение в ней внутренних напряжений. Существенный вклад в формирование этой картины вносят воздействия на оболочку глаза прямых ГДМ. При их симметричном действии и нормальном прикреплении к склере интерференционная картина представляет собой достаточно симметричную фигуру, сходную с ромбом, углы которого опираются на горизонтальный и вертикальный диаметры глаза. При изменении силы действия или места прикрепления ГДМ симметрия интерференционной картины нарушается определенным образом. Проведенные нами исследования параметров интерференционных картин 150 глаз больных разными видами косоглазия позволили установить, что смещение места прикрепления мышцы к склере вдоль линии ее действия вызывает смещение угла интерференционного ромба в том же направлении, а от линии действия – приводит к смещению угла ромба от соответствующего меридиана в том же направлении. Полученные результаты позволяют повысить точность диагностики поражений ГДМ за счет объективизации оценки их структурно-функционального состояния.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ РЕКЛИНГАУЗЕНА II ТИПА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Коленко О.И.

*Сумский государственный университет,
Медицинский институт, кафедра нейрохирургии и неврологии*

Факоматозы – это полиморфная группа наследственных заболеваний, основной клинической особенностью является сочетание поражения нервной системы, кожных покровов и внутренних органов. Наиболее часто встречающимся факоматозом является нейрофиброматоз Реклингаузена. Внедрение в медицинскую науку молекулярно-генетических методов исследования позволило выделить несколько разновидностей этого заболевания, имеющих разные подходы к ведению пациентов.

В сосудистом отделении 4-й городской клинической больницы г. Сум под наблюдением находится больная М, 32 лет. Впервые поступила в 2006 году с острой очаговой неврологической симптоматикой. На основании клинического обследования и результатов компьютерной томографии был выставлен диагноз острого нарушения мозгового кровообращения стволовой локализации. С этого момента пациентка регулярно проходит восстановительное лечение в условиях стационара. 2 года назад поступила с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника, боли в левом подреберье. Отметила, что в течение последних двух лет заметно «похудела» левая рука и «стали выпирать ребра слева».

Объективно: левое плечо опущено, больная не в состоянии поднять руки выше горизонтальной линии, не может пожать плечами, левая лопатка отстоит от туловища,

трапецевидная мышца атрофирована. Выраженные атрофии межкостных мышц левой кисти. Мышечная сила в левой руке снижена до 3 баллов. Фибрилляции не вызываются. В позе Ромберга пошатывание. Учитывая признаки поражения периферических двигательных структур на уровне шейных сегментов была рекомендована МРТ шейного отдела позвоночника. Проведенное исследование показало наличие очага глиоза в области ствола мозга, что было расценено, как последствие перенесенного нарушения мозгового кровообращения, и наличие экстремедуллярных объемных образований, описанных как множественные спинальные невриномы и эпендимомы на уровне С3.

На основании данных анамнеза и результатов дополнительных методов исследования у больной был заподозрен нейрофиброматоз Реклингаузена II типа. Характерной особенностью этого заболевания являются шванномы, невриномы различной локализации и опухоли мозговых оболочек, определяющие широту клинических проявлений.

Консультация в Институте генетики подтвердила диагноз нейрофиброматоза II типа.

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ВРОЖДЕННОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Кравченко Е. А., Гуринович В. В.

Научный руководитель – канд. мед. наук, доц. Панкратова Ю. Ю.

1-я кафедра внутренних болезней БГМУ

10 Городская клиническая больница, г. Минск

Республика Беларусь

Цель: оценить выраженность проявлений синдрома ВВДСТ у пациентов с буллезной эмфиземой, осложненной СП.

Задачи:

1. Обследовать клинически пациентов с буллезной эмфиземой, осложненной СП.
2. Выявить проявления синдрома ВВДСТ у пациентов с буллезной эмфиземой, осложненной СП.
3. Сделать заключение по полученным результатам.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов, госпитализированных в отделение торакальной хирургии 10-й ГКБ города Минска по поводу эпизода СП в 2014-2015 гг. Наличие ВВДСТ определяли на основании внешних диагностических критериев, предложенных Г.И. Нечаевой и И.А. Викторовой. Для определения степени тяжести ВВДСТ использовали критерии Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева в модификации Р.Р. Шиляева и С.Н. Шальнойной.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациентов со СП составил 29 ± 5 лет. Среди пациентов преобладали мужчины – 72,2%. Астенический тип конституции имели 72,2%. Индекс массы тела (ИМТ) составил в среднем $18,8 \pm 1,4$. Клинические проявления ВВДСТ были диагностированы у 75,2% пациентов со СП. Основными проявлениями ВВДСТ были деформации позвоночника (83,3%) и грудной клетки (56%), гипотрофия и гипотония мышц (38,8%), гипермобильность суставов (55,5%), патология зрения (44,4%), бледность кожи (44,4%), повышенная растяжимость кожи (50%).

Выводы:

1. Большинство пациентов со СП имеют проявления ВВДСТ.
2. Из клинических проявлений ВВДСТ преобладают изменения опорно-двигательного аппарата.
3. Необходимо комплексное обследование пациентов со СП для выявления проявлений ВВДСТ и последующей профилактики возможных осложнений.