

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

фізичного навантаження також може лежати в основі прогресування вегетативних порушень. На перший план можуть виходити церебральні симптоми (головокружіння, головні болі, шум в голові, неадекватна пітливість, оніміння кінцівок, відчуття холоду чи жару тощо), кардіальні симптоми (серцебиття, неприємні відчуття та болі в ділянці серця, перебої в роботі серця, задишка, що не адекватною виконуваному фізичному навантаженню), судинні симптоми (запаморочення, почервоніння/блідість шкірних покривів, зміни артеріального тиску), проте дуже часто ці симптоми поєднуються, що значно погіршує якість життя пацієнтів.

Метою роботи було вивчення поширеності вегетативних порушень у представників великого спорту - легкоатлетів-олімпійців.

Матеріали та методи. Всього було обстежено 10 спортсменів високої кваліфікації: 2 кандидати в майстри спорту та 8 майстрів спорту (в тому числі міжнародного класу). Середній вік пацієнтів склав $22 \pm 2,45$ років, чоловіків було 8 (80%), жінок - 2 (20%). Спортсмени тренувалися в середньому біля двох годин на день з одним днем перерви на тиждень. Захворюваннями серцево-судинної системи раніше ніхто не хворів. Спортсменам проведено наступні обстеження: загальноклінічні аналізи крові та сечі, визначення основних біохімічних показників, ЕКГ, спірографія, ЕхоКГ, УЗД внутрішніх органів та щитоподібної залози, проба з комбінованим фізичним навантаженням, проба з дозованим фізичним навантаженням на тредбані, молоді люди були оглянуті спеціалістами, в тому числі психіатром-психотерапевтом. Проводилоса анкетування молодих людей за Вейном (рівень вегетативних змін), наявності тривожних розладів (GAD-7), діагностика депресії (PHQ-9). В роботі застосовано методи описової статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами виявлено, що середній бал за опитувальником для виявлення ознак вегетативних змін, який заповнювався обстежуваними, склав $14,18 \pm 4,47$. З них суттєві вегетативні порушення за даним опитувальником виявлені у 4-х обстежуваних (40%), незначні у 2-х (20%). Серед симптомів вегетативної дисфункції найбільш часто мали місце зміна забарвлення і стану шкірних покривів, гіпергідроз, погана переносимість холоду / спеки, лабільність артеріального тиску, пульсу, порушення функції шлунково-кишкового тракту, гіпервентиляційний синдром, підвищена тривожність. При виконанні функціональних проб з дозованим динамічним фізичним навантаженням у всіх осіб з вегетативними порушеннями була відмічена незадовільна швидкість відновлення показників гемодинаміки, несприятливий тип реагування: гіпертонічний, астеничний, дистонічний та перехідний, крім того, у всіх осіб з вегетативними проявами відмічалися ЕКГ- та ЕхоКГ-ознаки гіпертрофії міокарду. У 2-х осіб з числа тих, що страждали на вегетативну дисфункцію, виявлено ознаки м'якої депресії, проте тривожних розладів діагностовано не було. Вегетативна дисфункція знижує якість житті, є причиною дезадаптації у професійній спортивній діяльності та повсякденному житті. Вегетативні порушення, підвищення лабільності вегетативної нервової системи, особистісної тривожності є несприятливим фактором, що збільшує ризик соматичної патології, а також є додатковим чинником, який слід враховувати при плануванні та реалізації тренувального процесу.

Висновки. Вегетативна дисфункція є поширеною патологією у спортсменів високої кваліфікації. Для раннього її виявлення обов'язковим етапом обстеження таких осіб має бути психовегетативне обстеження у лікаря-спеціаліста, результати якого слід враховувати при загальній оцінці функціонального стану спортсмена.

ОСОБЛИВОСТІ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Винниченко Л.Б., Каретник О.В.

Сумський державний університет, кафедра сімейної медицини

Останніми роками досить широко обговорюється питання екстрапульмональних проявів Хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), найбільш відомими серед яких є метаболічні та скелетно-м'язові порушення: дисфункція скелетних м'язів, зниження маси тіла та остеопороз. Останні, в свою чергу, можуть впливати на перебіг і прогноз захворювання.

Метою роботи було встановити з якою частотою спостерігаються відхилення від норми в структурі кісткової тканини та простежити взаємозв'язок цих змін із важкістю перебігу ХОЗЛ.

Матеріали та методи: В дослідженні прийняли участь 120 пацієнтів терапевтичного та пульмонологічного відділень КУСМКЛІ№1 м.Суми віком від 45 до 78 років. Досліджувана група із 60 хворих на ХОЗЛ порівнювалась із пацієнтами співставними за віком та статтю, які входили в групу ризику захворювання ХОЗЛ, тобто такі, які мали стаж паління більше 10 пачко-років. Середній вік хворих досліджуваної групи склав $66,9 \pm 8,2$ років, тоді як у співставній групі - $67,4 \pm 11,5$. Серед хворих на ХОЗЛ було 54 чоловіків (90,0%) та 6 жінок (10,0%), у групі порівняння - 56 (93,3%) та 4 (6,7%) відповідно. Відповідно до класифікації GOLD I стадію ХОЗЛ мали 16 хворих (26,7%), II - 29 (49,1%), III - 11 (18,5%), IV - 4 (5,7%) хворих. Дослідження мінеральної щільності кістки (МЩК) проводили за допомогою Двоенергетичного рентгенівського кісткового денситометра Discovery С (виробництво компанії Hologic, США). МЩК виражається в грамах на квадратний сантиметр, а також Т-і Z - балами, які характеризують різницю між отриманими даними пацієнта та відомою нормою. Згідно з визначенням ВООЗ, остеопороз - це щільність кістки, при якій Т-бали є нижчими від показника -2,5. Остеопенія - як Т-рахунком з показниками від 1,0 до 2,5. Нормальна МЩК оцінюється при Т-балах більше -1.

Результати дослідження. 18,3% хворих на ХОЗЛ мають денситометричні ознаки остеопорозу, тоді як в групі порівняння цей показник склав лише 3,3%. Явища остеопенії спостерігаються у 35% хворих на ХОЗЛ та у 38,3% пацієнтів групи порівняння. Нормальна МЩК виявлена у 46,7% і 58,3% пацієнтів досліджуваної групи і групи порівняння відповідно. Серед хворих на ХОЗЛ з ознаками остеопорозу - 9,0% є хворі I ст., 18,2% - II ст., 27,3% - III ст. та 45,5% - IV ст. хвороби. Існує прямий кореляційний зв'язок між стадією ХОЗЛ і показником МЩК. МЩК зменшується із збільшенням тяжкості захворювання ХОЗЛ. Середні значення Т-рахунку склали: $-1,1 \pm 1,4$ - у хворих на ХОЗЛ та $-0,8 \pm 1,1$ - у хворих групи порівняння. В залежності від стадії ХОЗЛ показники Т-рахунку були наступними: $-0,95 \pm 1,26$, $-0,98 \pm 1,45$, $-1,25 \pm 1,12$ та $-2,1 \pm 1,83$ I - IV ст відповідно.

Висновок. Спостерігається вірогідне зниження МЩК у хворих на ХОЗЛ, що не пов'язано із фактором паління. Існує прямий кореляційний зв'язок між ступенем зниження МЩК та тяжкістю перебігу ХОЗЛ.

ДІАФРАГМАЛЬНІ КИЛИ В ГЕНЕЗІ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ ТА СВОЄЧАСНА ДІАГНОСТИКА

Гончарь М.О., Іщенко Т.Б., Орлова Н.В., Тишко О.С., Пушкар О.М.¹, Крижановська О.М.¹

Кафедра педіатрії № 1 та неонатології, Харків, Україна

КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна дитяча лікарня»¹, Харків, Україна

Актуальність: Дана проблема актуальна не тільки в зв'язку з зростаючою частотою народження, але і високою ймовірністю розвитку ускладнень. За даними статистики, понад 700 тисяч дітей народилися з діафрагмальною килою з 1 січня 2000 року. Діафрагмальний кили у дітей спостерігаються відносно часто (1 на 1700). Летальність при цьому захворюванні становить 1-3% загальної смертності новонароджених, а протягом першого року життя - 10% смертності серед дітей, що вирають у зв'язку з вадами розвитку.

Показовим є дані про те, що 147 дітей кожен день народжуються з цією патологією, тобто кожні 10 хвилин в світі народжується дитина з діафрагмальною килою.

У старшому віці частіше зустрічаються кили стравохідного отвору діафрагми, потім кили купола діафрагми, і рідше - ретростернальні кили.

Клінічне спостереження: Хлопчик 7 років поступив в лікарню зі скаргами на блідість, млявість, зниження апетиту і спотворення смаку (ів глину). Вищевказані скарги з'явилися рік тому. З анамнезу відомо, що рік перебував на обліку в дільничного педіатра, лікувався препаратами двовалентного заліза, однак, без ефекту. За допомогою до гематолога не звертався.

Об'єктивно: стан середнього ступеня тяжкості, шкіра бліда, епітеліальні зміни (трофічні порушення шкіри, нігтів, волосся, слизових оболонок). Аускультативно в легенях везикулярне дихання, зліва в грудній клітці вислуховуються перистальтичні шуми. Тони серця гучні, ритмічні. Живіт м'який, безболісний, паренхіматозні органи не збільшені. В зв'язку з атиповою аускультативною картиною над лівою легенею було проведено рентген ОГК.

На рентгенограмі ОГК: лівостороння діафрагмальна кила.

Клінічний аналіз крові: Ер. - $3,4 \cdot 10^{12}/л$; Нб - 85 г/л; КП - 0,7; Тр. - $180 \cdot 10^9 / л$; Рет. - 0,2%; Лей. - $4,0 \cdot 10^9/л$; ШОЕ - 15.

Біохімічні показники крові: сироваткового заліза - 8мкм/л; загальна залізоєв'язуюча здатність сироватки - 50 мкм/л; латентна залізоєв'язуюча здатність сироватки - 45мкм/л; сироватковий ферити - 10 мкм/л.

Встановлено діагноз: залізодефіцитна анемія середнього ступеня тяжкості. Лівобічна діафрагмальна кила.

Терапія. Оперативна корекція - лапаротомія, пластика лівого купола діафрагми місцевими тканинами.

Після оперативного лікування призначено препарати двовалентного заліза в дозі 5 мг на кг на добу протягом 6 місяців. Стан дитини значно покращився, скарг немає, лабораторні показники (Ер. - $4,0 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 110 г/л, КП - 1,0). Протягом року спостерігався в гематолога, після чого був знятий з обліку.

Ускладнення діафрагмальних кил різноманітні і до них відносяться: запалення кили, утиск кили, кровотеча, кишкова непрохідність. Найбільш часто зустрічаються в педіатрії ускладнення - гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, виразкова хвороба, пневмонія, порушення ритму серця, дизуричні розлади, а також дефіцитні анемії.

При діафрагмальних килах основними патогенетичними механізмами формування анемії відносяться: кровотечі з шлунково-кишкового тракту (ШКТ), при розвитку їх обмеження, порушення абсорбції і всмоктування заліза.

Клінічною особливістю наведеного нами спостереження є повна відсутність симптомокомплексу скарг, характерних для ураження органів шлунково-кишкового тракту та єдиним проявом діафрагмальної грижі з'явилася анемія з провідним сидеропеніческого синдром у дитини.

Висновок: Одним з факторів залізодефіцитної анемії може бути наявність аномалій шлунково-кишкового тракту, тому пацієнти з тривалими залізодефіцитними станами потребують поглибленого дослідження органів шлунково-кишкового тракту.

ЕТИОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЛАПСУ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Граніна О.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра анатомії людини, в.о. зав. кафедри Вовк О.Ю.

Пролапс мітрального клапану (ПМК) є дуже різноманітною патологією клапанного апарату серця. ПМК був вперше описаний у 1963 р. J. Barlow і W. Rosok, які продемонстрували зв'язок систолічного клацання з виявленим при ангіокардіографії провисанням однієї або обох стулок мітрального клапану у систолу лівого шлуночка (ЛШ) у порожнину лівого передсердя (ЛП) вище рівня мітрального кільця. Надлишковість стулок мітрального клапану зустрічається у 7% вмерлих у віці більше ніж 40 років, частіше у жінок.

Мета роботи. Визначити етіологічні особливості ПМК.

Матеріали та методи. Нами було досліджено 40 трупних матеріалів серця жінок. Для дослідження були використані методи препарування, морфометрії і ангіокардіографії серця.

Результати досліджень. На підставі ангіокардіографії, у ході дослідження було визначено, що є первинний (ідіопатичний) ПМК (ІПМК), який розвивається на тлі природженої патології сполучної тканини і не зв'язаним з будь-яким системним її захворюванням або з захворюванням серця та вторинний (ВПМК).

По сучасним уявленням ІПМК є частиною генетично обумовленого симптомокомплексу, який характеризується вегетативною дизрегуляцією, сполучнотканинною дизплазією та психопатологічними порушеннями.