

Міністерство освіти та науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут



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

ОЦІНКА ОКРЕМИХ ПОКАНИКІВ ГОРМОНАЛЬНО-ВЕГЕТАТИВНОГО СТАНУ В ОСІБ, ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Шумко Г.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Нині бронхіальна астма (БА) займає одне з провідних місць серед захворювань органів дихання та є актуальною проблемою сьогодення. Не викликає сумнівів вагома роль порушення гормонально-вегетативного стану у формуванні таких ключових ланок патогенезу БА, як алергічне запалення та гіперреактивність бронхів.

Метою нашого дослідження є оцінка взаємозв'язку між гормональним та вегетативним станом в осіб молодого віку, хворих на БА.

Завдання дослідження: визначення гормонально-вегетативного стану в осіб молодого віку, хворих на БА.

Матеріали та методи. Дослідження проведені в 76 осіб молодого віку, хворих на БА. Контрольну групу склали 18 практично здорових осіб. Гормональний стан вивчався шляхом визначення в плазмі крові естрадіолу та тестостерону методом імуноферментного аналізу. Вегетативний тонус досліджували за допомогою визначення активності холінестерази в плазмі крові, опитувальника розробленого Г.К. Ушаковим та А.Д. Соловйовою, розрахунку вегетативного індексу Кердо та міжсистемного співвідношення за допомогою коефіцієнта Хільдебранта.

Основні результати. У осіб молодого віку, хворих на БА спостерігалось підвищення рівня естрадіолу в дівчат, зниження рівня тестостерону в хлопців та зниження активності холінестерази ($p < 0,05$), порівняно з практично здоровими особами. Також виявлені негативні кореляційні зв'язки між активністю холінестерази та рівнем естрадіолу в осіб жіночої статі ($r = - 0,816$; $p < 0,01$). Дослідження вихідного вегетативного тону показало наростання парасимпатичних впливів та зниження симпатичних із прогресуванням БА. Вегетативний індекс Кердо виявив наявність парасимпатикотоній у 38,9 % осіб, хворих на інтермітуючу БА та 50 % у хворих на персистувальну легку БА. Це призводить до прогресування гіперреактивності бронхів, бронхоспазму та бронхообструкції та відіграє суттєву роль у прогресуванні БА в осіб молодого віку.

Отже, порушення рівноваги вегетативної нервової системи в дівчат молодого віку, хворих на БА, супроводжується дисбалансом гормонального фону за рахунок підвищення рівня естрадіолу та зниження активності холінестерази.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМ ГІПОПАРАТІРЕОЗОМ

*Юрченко А.В., *Міронцева, Л.Н., *Д'яковченко Л.І, Юрченко О.П.*

*СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології, *КЗ СОКЛ*

Гіпопаратіреоз (ГПТ) – захворювання, що пов'язане зі зниженням функції паращитовидних залоз, недостатньою продукцією паратгормону (ПТГ), яке характеризується вираженими порушеннями фосфорно-кальцієвого обміну і супроводжується нападами тонічних судом. Проблема післяопераційного ГПТ залишається невирішеною, частота його варіює від 5 до 10%. Серед клінічних проявів ГПТ та гіпокальціємії значне місце займають неврологічні порушення. Раніше за все з'являються неврозоподібні та вегетативно-вісцеральні прояви. Викликає складності диференціальна діагностика пароксизмальних нападів та синдрому тетанії при ГПТ з іншими пароксизмальними станами, з епілепсією, що затримує постановку діагнозу та призначення ефективного лікування.

Метою дослідження було уточнення особливостей біоелектричної активності головного мозку (БЕАГМ) у пацієнтів з ГПТ та гіпокальціємією для покращення діагностики та лікування.

На протязі 2013-2015 р.р. на базі ендокринологічного відділення КЗ СОКЛ були обстежені та проліковані 25 осіб з післяопераційним ГПТ. Всі хворі були обстежені клінічно,

лабораторно, інструментально. Лабораторне дослідження включало показники мінерального метаболізму (загальний та йонізований Са, магній, фосфор сироватки, екскреція Са з сечею, ПТГ) та гормонального статусу (тироксин, трийодтиронін, тиреотропний гормон, АТТПО). При нейрофізіологічному дослідженні у більшості хворих на фоновому запису ЕЕГ виявилися порушення основного ритму та заміщення α -ритму високочастотною або повільнохвильовою активністю β - або θ -діапазону. Патологічного δ -ритму не виявлено. При проведенні проби з гіпервентиляцією у 13 (52%) хворих відмічалась поява пароксизмів у вигляді поліморфної активності. У 9 (35%) обстежених такі зміни виявлялись і на фоновому запису. Епілептиформна активність у вигляді поодиноких комплексів “гостра хвиля-повільна хвиля” реєструвалась у 3 (10 %) пацієнтів.

Таким чином, при дослідженні БЕАГМ пацієнтів з ГПТ та гіпокальціємією виявлені ознаки підвищеної збудливості та функціональної нестійкості кірково-підкіркових утворень. Тому, в комплекс лікування цих пацієнтів, поряд з корекцією кальцієвого метаболізму, доцільно включати препарати з антиоксидантним, нейрометаболічним, вегетокорегуючим та анксиолітичним ефектом.

ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

Юрченко В.С., Свириденко Д.Ю. студ. 3-го курсу

Науковий керівник - к.м.н., асистент Мудренко І.Г.

СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології, курс психіатрії, наркології та медичної психології

Синдром емоційного вигорання (burnout) - поняття, введене в психологію американським психіатром Фрейденом в 1974 році, яке являє стан емоційного, психічного, фізичного виснаження, що розвивається як результат хронічного стресу на робочому місці. Групу ризику розвитку даного синдрому становлять працівники соціономічних професій робота яких пов'язана з постійним спілкуванням. Зазвичай медичні працівники становлять групу ризику розвитку даного явища. Люди з синдромом вигорання мають поєднання психопатологічних, психосоматичних, соматичних симптомів і ознак соціальної дисфункції. Передумови розвитку синдрому - це наявність організаційних проблем: велике робоче навантаження; відсутність організаційної спільності; недостатня моральна і матеріальна винагорода; несправедливість, відсутність значимості виконуваної роботи. Основні симптоми синдрому емоційного вигорання: погіршення відносин з колегами і родичами; наростаючий негативізм стосовно пацієнтів (колег); втрата почуття гумору, постійне відчуття невдачі і провини; підвищена дратівливість, вперте бажання змінити рід занять; неуважність; порушення сну; підвищена стомлюваність, відчуття втоми протягом усього робочого дня. Можливий розвиток тривожного, депресивного розладів, залежностей від психоактивних речовин, суїцид. Найактуальнішим дане питання є для співробітників психіатричних закладів. По результатам бліцопитування працівників Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру за допомогою методики діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойко встановлено, що професійну деформацію мають 78,5% співробітників. При чому у лікарів зі стажем роботи понад п'ятнадцять років виявлено високий рівень вираженості синдрому в 100% випадків, низький та середній у працівників зі стажем 5-10 років, і найрідше цей синдром виникає у інтернів.

Для профілактики синдрому емоційного вигорання рекомендовано: адекватне відношення до роботи і відведення їй належного місця у житті; планування та рівномірний розподіл навантажень; вміння переключатися з одного виду діяльності на інший; формальне ставлення до конфліктів на роботі; повноцінний активний відпочинок, багате особисте життя, спілкування з друзями.