

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

НАУКОВІ ДОСЯГНЕННЯ В ГАЛУЗІ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Голова: д.мед.н., професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини післядипломної освіти Сумського державного університету *ПРИСТУПА Людмила Никодимівна*

Секретар: аспірант кафедри внутрішньої медицини післядипломної освіти Сумського державного університету *КОВЧУН Анна Володимирівна*

ОСОБЛИВОСТІ ІНТЕРПРЕТАЦІЇ ЕКГ-ДОСЛІДЖЕННЯ У СПОРТСМЕНІВ ВИСОКОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ *Атаман Ю.О.*

Сумський державний університет

Вступ. Відомо, що заняття великим спортом можуть спричинюватися рядом наслідків для організму. Особливе значення мають переваження системи кровообігу при інтенсивних фізичних та навантаженнях під час навчально-тренувальних занять та виступів на змаганнях. Адаптивні зміни з боку серця мають ретельно контролюватися, саме з цією метою спортсмени проходять періодичний, етапний та постійний види лікарського контролю. Програма поглибленого обстеження пацієнтів включає проведення загальноклінічних лабораторних досліджень, обстеження щитоподібної залози, функціональні дослідження в спокої та при дозованому фізичному навантаженні, ультразвукову діагностику. Основним методом, що може вказувати на ураження серцевого м'язу залишається електрокардіографія. Особливо інформативним це дослідження є для виявлення ранніх ознак ушкодження міокарду, його ішемії та запалення. Все це є актуальним для спортсменів, оскільки перенапруження та перетренованість - основні чинники, що зумовлюють зсув адаптивних реакцій у бік патології. Проте, це дослідження має відомі обмеження у інформативності: не дає чіткого уявлення про розмір камер серця, стан клапанного апарату, наявність внутрішньопорожнинних утворень, у деяких пацієнтів можлива гіпердіагностика серцевих хвороб внаслідок невірної інтерпретації ЕКГ-симптомів. Метою нашої роботи було вивчення особливостей інтерпретації ЕКГ у категорії спортсменів високої кваліфікації.

Матеріали та методи. Всього в дослідженні взяло участь 10 спортсменів-легкоатлетів, членів збірної України. Середній вік досліджуваних 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 роботі застосовано методи описової статистики.

Результати та їх обговорення. У 90 % спортсменів нами виявлений ряд симптомів, які у інших осіб могли б розцінюватися як прояви патологічних змін. Найчастішими знахідками на ЕКГ були синусова брадикардія - 70% обстежуваних (в одному випадку зі зниженням частоти серцевих скорочень до 38 уд. за хв.), ознаки початкової (30%) та вираженої (20%) гіпертрофії лівого шлуночка, порушення внутрішньошлуночкової провідності - 20%, синдром ранньої реполяризації шлуночків - 40%. Враховуючи клінічні симптоми, дані ехокардіографії та навантажувальних проб, нами був зроблений висновок про наявність у спортсменів ЕКГ-симптомів синдрому "спортивного серця". Синдром спортивного серця - це сукупність структурних та функціональних змін, що розвиваються в серці людей, що тренуються зазвичай більше 1 години майже кожний день, діагноз ставиться на підставі клінічних даних та результатів інструментальних досліджень. В першу чергу йде мова про розвиток "адаптованого серця", - збалансованої гіпертрофії при якій рівномірно і поступово збільшуються всі складові компоненти серця та його функціональний резерв. Дані літератури свідчать про те, що оцінка виявлених нами симптомів має відбуватися з урахуванням показників ЕхоКГ, лабораторних даних, важливе значення має спостереження ЕКГ-змін в динаміці, додаткову інформацію можуть надати проби з дозованим фізичним навантаженням, дослідження реакції серцево-судинної системи на навантаження, добовий моніторинг ЕКГ. Певне значення має також контроль артеріального тиску та показників зовнішнього дихання, оскільки раннє виявлення пацієнтів з початковими стадіями артеріальної гіпертензії та бронхіальної обструкції дозволить вчасно провести корекцію насиченості тренувального процесу та попередити прогресування.

Висновок. Інтенсивні фізичні навантаження на різних етапах річного циклу тренувального процесу можуть викликати ряд ЕКГ-змін, що є нехарактерними для нетренованих людей. Ретельний та комплексний лікарський контроль за такими особами дозволить вчасно попередити розвиток хвороб та вихід показників функціонування системи кровообігу за межі фізіологічних норм.

ПОШИРЕНІСТЬ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ЛЕГКОАТЛЕТІВ-ОЛІМПІЙЦІВ

Атаман Ю.О., Мудренко І.Г.

Сумський державний університет

Вступ. Вегетативні порушення залишаються важливою проблемою спортивної медицини, оскільки їх прояви суттєво впливають на самопочуття та результативність атлетів. Ці зміни є досить поширеними, великим є і відсоток переходу таких порушень в церебральну та серцево-судинну патологію. Розвитку вегетативних порушень сприяють інтенсивні фізичні навантаження, що пацієнти виконують протягом тренувального періоду, а в середньому це більше 2 годин на день протягом шести днів на тиждень. Важливим чинником появи вегетативних змін є переваження та перетренованість, які є особливо актуальними в перехідному та передзмагальному періодах. Недостатня функціональна підготовка спортсменів, що супроводжується уповільненням відновлення показників гемодинаміки після динамічного

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. Проводилося 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 КУСМКЛ№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.