

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

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

Лихих О.В.

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

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність. 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, попередньо 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.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ЦИКЛІЧНИХ ЗМІН В ОРГАНІЗМІ ЖІНОК-СПОРТСМЕНОК НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Логвинюк Г. О., студ. 5 курсу

Науковий керівник – Калашник Н. В.

СумДУ, медичний інститут, кафедра акушерства та гінекології

Актуальність. Проблема регуляції репродуктивної функції жінок-спортсменок, що займаються так званими чоловічими видами спорту на сьогодні недостатньо вивчена. Велике значення для якісної побудови мезоциклів при тренуванні жінок є врахування особливостей оваріально-менструального циклу.

Мета. Дослідження гормонального статусу жінок-спортсменок, що займаються чоловічими видами спорту за умови використання методів регуляції менструального циклу згідно з планом змагань.

Результати. Ми досліджували 45 жінок-спортсменок, які були поділені на 3 групи: I – жінки-спортсменки, які нічим не регулювали МЦ, II – жінки-спортсменки, які вживали Дюфастон по 1 таблетці з 15 дня циклу для регулювання менархе залежно від графіку змагань, III – жінки-спортсменки, що вживали КОКи по 1 таблетці без перерви 3 упаковки.

Ми визначали рівень гормонів (пролактин, тестостерон, естріол, прогестерон, ЛГ, ФСГ) на 9, 20, 40 день циклу. Також ми розроблені анкети, що визначали психологічний статус жінок-спортсменок. Вони відповідали на 5 запитань, оцінюючи свій стан за 5-ти бальною шкалою на 9, 20, 40 д.ц. Рівень гормонів: пролактин у I гр. середні значення коливались в межах 8-12 нг/мл, у II гр. – 15-18 нг/кг, у III гр. – 19-22 нг/кг; тестостерон – 0,7; 0,6; 0,9 відповідно в

кожній групі; естріол в межах норми; прогестерон у I гр. 1,5-3,04 у II гр. 3,0-4,5; у III гр. 4,0-5,9 нмоль/л. Аналізуючи анкети на 9 день циклу у всіх досліджуваних груп результати були 23-24 б. На 20 д. ц. у I гр. 15-16 б., що свідчить про погане самопочуття. У II гр. – 19-21 б., у III гр. – 22-24 б. На 40 д. ц. у I гр. було гарне самопочуття (22-25 балів); у II гр. – знижені показники (18-21 бал); у III гр. – 22-25 б. Віовнення менстурального циклу у II гр. відбувається через 1-2 дні після вживання останньої таблетки, у III гр. – на 2-3 добу.

Висновки. Відповідно до результатів проведеного нами дослідження, ми дійшли висновку, що результати дослідження гормонального статусу в жінок усіх трьох груп суттєво не відрізняються, звертає на себе увагу незначне підвищення рівню пролактину до верхніх меж норми, що у свою чергу може свідчити про значні фізичні навантаження. Згідно даним анкетування майже не відмічають ознаків передменстурального синдрому жінки III групи, незначно – II гр. Отже, найкраще регулювати менстуральний цикл в період змагання з використанням КОК.

ХРОНІЧНИЙ ПОЛІПОЗНИЙ РИНОСИНУСИТ. СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ

Лозовий Р.О.

Науковий керівник - д.мед.н., доцент Сміянов В.А.

Сумський державний університет, кафедра сімейної та соціальної медицини

Актуальність. На даний час проблема поліпозного риносинуситу (ПРС) має важливе медико-соціальне значення. За даними різних авторів, у світі на ПРС страждає 4-5% населення. В Україні за останні роки захворюваність на риніти, риносинусити та ринофарингіти зросла і сягає 489,9 на 100 тис. населення. Широка поширеність ПРС у структурі захворювань ЛОР-органів, її зв'язок з бронхолегеневою патологією, тривалий перебіг ведуть до зниження працездатності, якості життя та інвалідизації хворих.

На сучасному етапі найбільш поширеною та популярною є багатофакторна теорія утворення поліпів носа. Відмічається, що, незалежно від природи поліпів, клінічні прояви у всіх пацієнтів однакові. Хворі скаржаться на часткову або повну носову обструкцію, гіпосмію, ринорею, головний біль. При поліпозному розростанні в ділянці остеомаєтального комплексу порушується дренажна та вентиляційна функція навколососових пазух і в них виникають патологічні стани, які ще більше загострюють запальний процес у слизовій оболонці порожнини носа. Вважається, що сучасні підходи до лікування хворих на хронічний ПРС повинні базуватись на досягненнях хірургічного та терапевтичного лікування. Але, не зважаючи на сучасні методи лікування хворих на ПРС, найближчі рецидиви реєструється в 60% випадків, тому питання лікування таких пацієнтів залишається актуальним. Згідно з Європейським меморандумом по риносинуситу і поліпозу носа від 2007 р., доказова схема лікування дорослих з хронічним риносинуситом та поліпозом носа повинна включати:

- використання топічних стероїдів при легкому та середньому ступені тяжкості за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) з повторним оглядом через 3 міс;
- використання пероральних та топічних стероїдів при тяжкій формі, згідно з ВАШ, з повторним оглядом через 1 міс.

На сьогоднішній день найбільш перспективний метод лікування поліпозного риносинуситу — ендоскопічна операція. Процедура проводиться під місцевою анестезією. В носову порожнину вводять ендоскоп з камерою. Зображення виводиться на екран комп'ютера. Це дозволяє точно визначити розмір і кількість поліпів і усунути їх, не зачепивши важливі структури носа. За допомогою ендоскопічного обладнання видаляють всі змінені тканини і виконують корекцію структур носа. При такому способі лікування не залишається травматичних рубців і шрамів.

Видалення шейвером - один з видів ендоскопічної операції, коли лікар бачить все, що відбувається на екрані монітора і повністю контролює ситуацію. Процедура проводиться під загальним або місцевим наркозом. Шейвер або мікродобрідер максимально точно видаляє поліпи до здорової тканини. Він як би подрібнює новоутворення і всмоктує їх. Операція є малотравматичною і дозволяє максимально зберегти здорову слизову оболонку. Ризик виникнення кровотеч мінімальний. При необхідності лікар може виправити всі