

**СЕКЦІЯ КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА №3
(нервові хвороби, психіатрія та наркологія,
пропедевтика внутрішньої медицини)**

**ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ ПРИ
НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ У ЛІТНІХ ОСІБ**

**PECULIARITIES OF CHANGES OF EXTERNAL RESPIRATION FUNCTION INDICES IN
CASE OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AMONG ELDERLY PATIENTS**

Ahashkov Ye.O., Sen'kiv Ya.R., Assoc. Prof. Treumova S.I., M.D., Assoc. Prof. Petrov Ye.Ye., M.D.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими,
загальної практики (сімейної медицини).*

Актуальність проблеми. Пневмонія – важлива медико-соціальна проблема, яка характеризується високим рівнем захворюваності, смертності, значними економічними витратами. За останні 30 років смертність від пневмонії збільшилася з 1 до 9%, серед літніх осіб – до 61,5-64,5%. Все це обумовлює актуальність виконання цієї роботи.

Наукова новизна роботи. Проведені інструментальні дослідження хворих похилого віку на негоспітальну пневмонію (НП) показали особливості її перебігу. Слід брати до уваги оцінку функціональних змін з боку бронхолегеневої системи, більш сприятливі умови формування хронічного легеневого серця у літніх осіб, особливості лікування та прогнозу.

Мета роботи: оцінити особливості змін показників функції зовнішнього дихання (ФЗД) при негоспітальній пневмонії у літніх осіб.

Об'єкт і методи дослідження. Проведений аналіз 100 історій хвороб пацієнтів на НП, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в 2015-2016 рр. в терапевтичному відділенні №1, №2 4-ї МКЛ та Горбанівському геріатричному пансіонаті.

Хворі розподілені на 2 групи: 1-у групу (основну) склали 50 хворих на НП літнього віку (60-74 роки), 2-у (порівняльну) – 50 хворих на НП середнього віку (45-69 років). Вона була контрольною для 1-ої групи.

Діагноз пневмонії ставили згідно класифікації, рекомендованої наказом №128 МОЗ України від 19.03.07 р.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи результати спірографічного дослідження, слід відмітити, що у хворих на пневмонію похилого віку в співставленні з хворими середнього віку показники ФЗД змінені в значній мірі. Про це свідчить прискорення числа дихальних рухів (ЧДР) на 8 за хвилину ($P < 0,05$), збільшення хвилинного об'єму дихання (ХОД), хоча ДО зменшився, зменшення життєвої ємності легень (ЖЄЛ) до $2,8 \pm 0,8$ л ($P < 0,01$), на що впливає як патологічний процес у легенях, так і ригідність грудної клітки, зменшення сили дихальних м'язів, еластичності легень, порушення бронхіальної прохідності, тобто зміни, які виникають у процесі старіння.

Відмічено, що максимальна вентиляція легень (МВЛ) була на $8,1 \pm 1,2$ л менше, ніж у контрольній групі. Односекундний об'єм форсованого видиху (ОФВ1) – показник бронхіальної прохідності у літніх осіб – був на $1,0 \pm 0,2$ л менше, ніж у осіб середнього віку.

Величина видиху у літніх осіб склала $2,0 \pm 0,2$ л/сек., тоді як у хворих середнього віку – $3,0 \pm 0,3$ л/сек. У цих хворих (літні особи) також значно знижена максимальна об'ємна швидкість видиху, особливо МОШ75 – до $66,3 \pm 1,4\%$, пікова швидкість видиху – до $48,4 \pm 1,6$ л/хв. ($P < 0,01$), що свідчить про наявність більш вираженої обструкції.

Літературні дані вказують, що при старінні розвивається гіперкапінія і гіпоксемія, яка збільшується при наявності патології в легенях, що підтверджується і нашими спостереженнями.

Таким чином, у літніх осіб, хворих на пневмонію, спостерігаються складні і багатогранні зміни ФЗД, що обов'язково слід враховувати при проведенні комплексної терапії.

**КОМОРБІДНА ПАТОЛОГІЯ У ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНИЙ РЕФЛЮКС В
АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

**COMORBID DISEASES IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX IN
OUTPATIENT PRACTICE**

Avtenyuk L.A., Assoc. Prof. Trybrat T.A., M.D.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими,
загальної практики (сімейної медицини).*

Актуальною проблемою в наш час є гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ), світова медична статистика показує, що ГЕРХ – хвороба широко поширена серед дорослих, становить від 40 до 60% і відзначається стійка тенденція до зростання кількості хворих. Відсутність «золотого стандарту» в діагностиці гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби представляє клінічну проблему в лікуванні пацієнтів з рефлюкс – симптоматикою. Багато синдромів, у тому числі: Н. руйогі – асоційований гастрит, гастродуоденальна виразка і рак шлунка можуть бути аналогічними ГЕРХ, тому ретельний збір анамнезу є важливим. ГЕРХ при тяжкому перебігу захворювання має високу ймовірність до виникнення виразок і звуження просвіту стравоходу та стравохідних кровотеч, аденокарциноми. Метою на-

шої роботи був аналіз коморбідної патології у хворих на гастроєзофагеальний рефлюкс в амбулаторно – поліклінічній практиці.

Матеріали та методи. Проаналізовані амбулаторні карти хворих, де вивчались клінічно – демографічні показники, що визначають коморбідний статус у 70 хворих з виразковою хворобою, езофагітом, з яких у 58 було виявлено ГЕРХ. У даній групі хворих проведено комплексне обстеження, що включало в собі ендоскопічне, рН-метрію, аналіз калу на приховану кров. При ендоскопічному обстеженні (ФЕГДС) знаходили патологічні зміни, насамперед, дистального сегменту стравоходу: запально- дистрофічні та ерозивно – виразкові ураження. Ступінь тяжкості пошкодження слизової оболонки ми визначали за Лос-Анжелеською системою класифікації (LAclassificationssystem) від А до D.

Результати. Поширеність ГЕРХ у нашої групи хворих складає 83%, ерозивний езофагіт (ступеня А) виявляється у 15 %, ерозивний (ступеня В) ГЕРХ у 12 %, ступеня С у 3% неерозивний в 28%. В 25 % випадків ГЕРХ проявляється тільки позастравохідними симптомами.

Висновок. Таким чином, поєднання виразкової хвороби, езофагіта та ГЕРХ виявляються синдромом взаємного обтяження, що може ускладнювати перебіг захворювання та погіршувати якість життя хворих.

ГОЛОВНИЙ БІЛЬ, ЯК ОДИН ІЗ СИМПТОМІВ У ХВОРИХ НА РС

HEADACHE AS A SYMPTOM IN PATIENTS WITH MS

Chyzhevska O.S., Assoc. Prof. Matyushko M.G., M.D.

**Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Кафедра неврології**

Актуальність. Розсіяний склероз (РС) -це хронічне запальне аутоімунне, демієлінізуюче захворювання центральної нервової системи, при якому активовані Т-лімфоцити долають гемато-енцефалічний бар'єр і сприяють утворенню характерних запальних вогнищ. Щороку дане захворювання набирає все більшої розповсюдженості.

Особлива увага в клінічній картині РС приділяється головному болю, який виділяють в окрему групу, оскільки його остаточна причина залишається до кінця не зрозумілою. При РС головний біль зустрічається в три рази частіше, ніж при інших неврологічних захворюваннях. Серед можливих причин появи цефалгії виділяють ліквородинамічні порушення, судинний фактор і напруження м'язів шиї. Ряд авторів у своїх публікаціях пов'язують виникнення головних болей з демієлінізуючим процесом, зокрема S. M. Watkins та D.S. Haas.

Мета роботи – дослідити частоту виникнення та характер головного болю поряд з іншими симптомами у клінічній картині хворих на розсіяний склероз.

Матеріали та методи дослідження. Протягом жовтня - грудня 2016 року, в Центрі розсіяного склерозу КМКЛ №4 було обстежено 33 хворих з достовірним діагнозом РС. Вікова категорія складала від 24 до 59 років (середній вік – 40 ±5 років), з них чоловіків -10, жінок- 23. Вперше виявлено РС в період від 18 до 30 років у 7 пацієнтів, від 30 до 40 років – у 26 осіб.

Основні причини: травми одного з відділів хребта або черепа – 6, народження дитини – 5, після перенесених вірусних захворювань - 10, невизначеної етіології – 12. Клінічна симптоматика: оніміння та слабкість в кінцівках відмічалось у 28 осіб, порушення дефекації та сечовипускання у 7, погіршення і втрата зору у 10, головний біль у 13 пацієнтів.

Результати дослідження та їх обговорення

Головний біль турбував 13 пацієнтів (що складає 40% від усіх пацієнтів), серед них жінок – 12, чоловіків – 1 і був першим серед клінічних проявів у разі дебюту РС. Всі хворі характеризували головний біль як хронічний біль напруги, окрім того 10 осіб чітко описували процес прогресування від головного болю до запаморочення та втрати зору. Біль напруги спостерігався у пацієнтів постійно, його інтенсивність зростала при зміні погодних умов, впливі стресових факторів, іноді незалежно від факторів зовнішнього середовища, що очевидно пов'язано з нейроімунними змінами.

Серед лікарських засобів, які застосовували пацієнти для зняття цефалгічного синдрому, цитрамон виявився не ефективним у 100% випадків, незначне полегшення наставало після прийняття ібупрофену.

Відповідно візуальній аналоговій шкалі (ВАШ) 80% пацієнтів оцінювали головний біль у межах 4-6 балів, що відповідає вираженому болю; 20% - у 7-9 балів, що відповідає різко вираженому болю. Після отримання відповідного стаціонарного лікування у фазі загострення (солумедрол, солкосерил, вітаксон), оцінка больового цефалгічного синдрому за ВАШ складала 1-3, що відповідає помірному болю, у 100% пацієнтів.

Висновки:

1. Серед пацієнтів з розсіяним склерозом, хронічний головний біль напруги зустрічається у 40% випадків, переважно у жінок, та є передвісником фази загострення даного захворювання.

2. Своєчасне звернення таких хворих до лікувального закладу дозволяє суттєво зменшити, навіть запобігти деяким проявам клінічної симптоматики у фазі загострення даного захворювання.