

оточуючими, відсутність бажання до будь-якої діяльності, розлади сну.

Об'єктивний статус: зріст – 180 см, вага – 125 кг, АТ – 130/85 мм рт.ст., ЧСС – 82 уд/хв. Ожиріння II ст., збіднене оволосіння на обличчі та грудній клітці, гінекомастія, стрії на животі, поперекової ділянці, гіпогонадізм, гіперфагія.

У неврологічному статусі. М'язова гіпотонія, більше в ногах. У позі Ромберга похитування з закритими очима. Дистальний гіпергідроз, гіпотермія. Астенізований. Гіпобулічний. За шкалою Стенфорд-Біне – результат IQ 68 балів.

За даними ЕМНГ верхніх та нижніх кінцівок – патології не виявлено. За даними МРТ головного мозку локальний лейкоареоз в ділянці переднього рога правого бічного шлуночка. Гіпотрофічні зміни кори в ділянці лобних часток мозку.

Результати молекулярно-генетичного дослідження: виявлено делецію за батьківською хромосомою в локусі 15q11-15q13.

Враховуючи дані анамнезу, клінічного, інструментального та молекулярно-генетичного досліджень, аналіз фенотипу – пацієнту було встановлено діагноз: синдром Прадера-Віллі.

Висновки. Представлений клінічний випадок пізнього діагностування генетичного захворювання, а саме синдрому Прадера-Віллі, спричиняє розвиток необоротних ускладнень, зокрема неврологічного спектру. Ураження організму при генетичній патології носить поліорганний характер. Відсутність адекватних діагностичних та лікувальних медико-генетичних заходів на ранньому етапі призводить до розвитку цілого комплексу патологічних змін органів і систем, прогресування яких знижує якість життя пацієнта.

ВАРІАБЕЛЬНІСТЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ПЕРВИННИМ БРОНХООБСТРУКТИВНИМ СИНДРОМОМ ПРИ СТРЕСІ

Василевська А., Балюк Ю., Маньківський Р., Котенко В., Стецюх М., Шуляк К.

Науковий керівник: доцент Соколюк Н.Л.

Кафедра внутрішніх хвороб та медицини невідкладних станів
Полтавський державний медичний університет

Актуальність. Основним, обов'язковим синдромом в клініці бронхіальної астми (БА) та хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) є первинний бронхообструктивний синдром (ПБОС). Стрес – універсальний пошкоджуючий фактор, який лежить в основі

психологічної декомпенсації та загостренню хронічних неінфекційних захворювань, до яких належать БА та ХОЗЛ.

Мета. Зазначити зміни в показниках варіабельності серцевого ритму (функціонального стану вегетативної нервової системи), рівня тривожності та результатах спірометричного обстеження у хворих з ПБОС.

Методи дослідження. Для реєстрації короткого запису ВСР використовували програмно-апаратний комплекс Поліспектр (Нейрософт). Аналізувались спектральні показники: сумарна потужність спектра (TP), спектральна потужність в області високих частот (HF) – парасимпатична активність, спектральна потужність в області низьких частот (LF) – симпатична активність, відношення симпатовагального балансу (LH/HF). Рівень тривожності визначали по шкалі тривоги Спілбергера-Ханіна. Спірометричне обстеження проводили апаратом «Кардіо+» із спірометричною складовою.

Обстежено 44 хворих з ПБОС: I група – 20 хворих БА астмою змішаного генезу середньотяжкого перебігу, II група 24 хворі з ХОЗЛ, середньої важкості, група В. Середній вік I групи $46\pm 7,2$ років, II групи – $52\pm 6,1$. За статтю групи співставленні. Тривалість хвороби по БА $12\pm 4,9$, по ХОЗЛ $18\pm 6,2$ років.

Основні результати. Усі хворі за шкалою Спілбергера-Ханіна мали високий рівень тривожності: $75,8\pm 8,1$ в I групі та $82\pm 6,9$ у II групі.

При оцінці параметрів частотних діапазонів серця виявлено зменшення показника TP в обох групах $1722\pm 159,4$ мс^2 та $1574\pm 267,2$ мс^2 , показник (HF) у осіб з ХОЗЛ (330 ± 22 мс^2 значно вищий ніж у хворих БА (221 ± 25 мс^2) на 49% ($p<0,05$), показник LF достовірно не відрізнявся по групах та мав помірно високий рівень ($535\pm 62,1$ мс^2 та $586\pm 82,2$ мс^2 відповідно). В обох групах відношення LF/HF зростало, особливо у хворих з БА на 35% більше ніж у хворих з ХОЗЛ, що свідчить про збільшення втрат енергетичного потенціалу. Достовірних змін в спірометричних показниках в групах дослідження не виявлено.

Висновки:

1. Визначення змін у показниках ВСР, особливо при амбулаторному обстеженні більш інформативно в оцінці стресового стану пацієнта, ніж визначення рівня тривожності суб'єктивним методом за шкалою Спілбергера-Ханіна.

2. Метод короткого запису ВСР – є об'єктивним методом визначення рівня здоров'я, особливо його змін в балансі систем регуляції, особливо вегетативній нервовій системі при ПБОС.

3. Визначення змін в вегетативній нервовій системі дає можливість проводити медикаментозну цільову корекцію ПБОС.