

шттж  
шш  
i

і й і і ШШШШхimШмі  
цттиит^и \*

Ш  
- I i i Л V  
Ш I B I I Ш



I p i i й i  
ШНИ

5 I I Й I 4

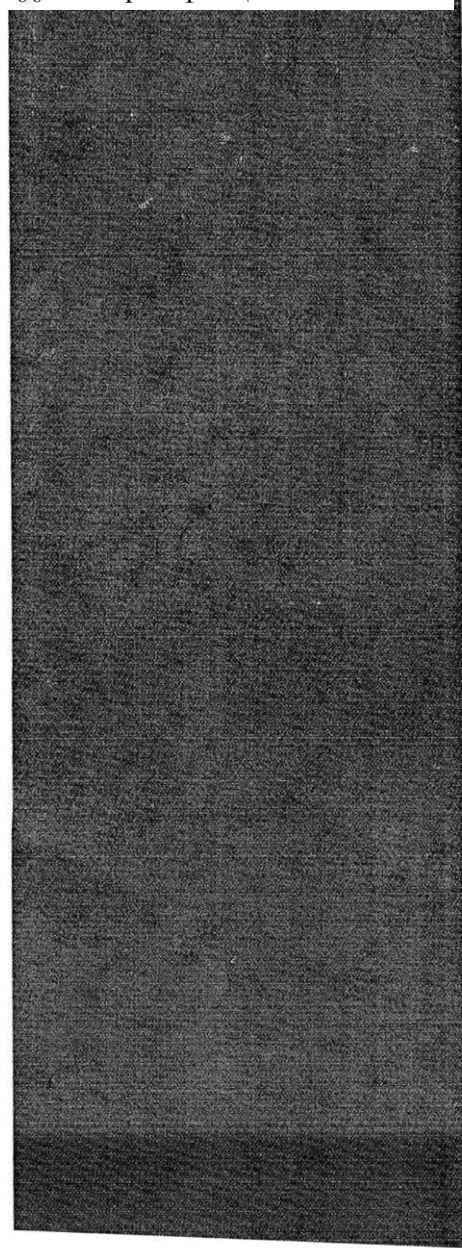
§Ц I Ш В ШФ В ШШШ

фШШШmШ&ЯШф§ШШШ  
i » 1 « Ш й | й

I  
§§P p - p<sup>1</sup> Ц" \ - i

# СТУДЕНЧЕСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА XXI ВЕКА

к



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УО « ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

**СТУДЕНЧЕСКАЯ  
МЕДИЦИНСКАЯ  
НАУКА  
XXI ВЕКА**

**ВЫПУСК №3, ноябрь**

ВИТЕБСК. 2016г

**Выводы.** Полученные данные подтверждают представления о том, что пневмония, развивающаяся вследствие инфицирования гриппом А/Н1N1, может быть разделена на 3 типа: 1 тип: пневмония первых 2-х дней заболевания. 2 тип: пневмония конца 1-й-начала 2-й недели от начала заболевания. 3 тип: пневмония после 14-го дня от начала заболевания.

**Литература.**

Г) А. Г. Чучалин. Грипп: уроки пандемии (клинические аспекты)/ Пульмонология 2010. М.: Медиа Гранд, 2010. С. 4-6.

2) CDC. Clinical management of human infection with pandemic influenza (H1N1) 2009 : Revised guidance.

3) Pandemic (H1N1) 2009 - update 94. Geneva: World Health Organization, April 1, 2010.

**Секрет Т.В., Власенко М.В., Степанюк А.Г.**

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ЭНДОКРИНОЛОГА**

**Актуальность.**

Распространенность заболеваний бронхолегочной системы в современном обществе постоянно растет, что объясняется рядом причин: наличием экологических проблем, использованием огромного спектра различных химических веществ в быту, нередко бесконтрольным применением лекарственных средств и многими другими экзогенными и эндогенными факторами, влияющими на организм. Бронхиальная астма (БА) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) изучены достаточно разносторонне, но до сих пор в литературе недостаточно сообщений об особенностях клиники, лечения при сочетании данных патологических состояний с заболеваниями щитовидной железы, только отмечено атипичный, более тяжелый их ход на фоне патологии щитовидной железы.

Влияние гормонов щитовидной железы на формирование дыхательной системы были обнаружены еще на стадии внутриутробного развития, ведь они влияют на образование В-рецепторов и производство сурфактанта. Установлено обратную зависимость между силой инспираторных и экспираторных мышц и концентрацией тиреотропного гормона у больных гипотиреозом. Поэтому, крайне важно определять функциональное состояние щитовидной железы у больных обструктивные заболевания легких. Так и не

менее интересным является факт изменения показателей органов дыхания на фоне декомпенсированного гипотиреоза.

В свете вышеизложенного дальнейшее изучение патогенетических особенностей сочетанного течения заболеваний бронхолегочной системы (бронхиальная астма, хронические обструктивные заболевания легких) и патологии щитовидной железы (гипотиреоз) является перспективным направлением, так как это является основой для разработки новых путей дифференцированной патогенетической терапии указанных заболеваний.

### **Цель.**

Установить функциональное состояние щитовидной железы на фоне обструктивных заболеваний легких и, наоборот, изучить состояние бронхолегочной системы у больных гипотиреозом. Для достижения этой цели работы были сформулированы следующие задачи:

1. Исследовать показатели гормонального статуса пациентов с гипотиреозом на фоне хронического заболевания легких,
2. Выявить связь между изменением уровня гормонов щитовидной железы и течением бронхиальной астмы.
3. Сравнить заместительную гормональную терапию L-тироксином при единичном гипотиреозе и в сочетании с заболеваниями бронхолегочной системы.
4. Проанализировать показатели спирографии у больных с обструктивными заболеваниями органов дыхания и гипотиреозом.

### **Материалы и методы.**

Первоначально было обследовано 35 больных гипотиреозом, находящихся на стационарном лечении в Винницком областном клиническом высоко-специализированном центре и 20 больных обструктивной болезнью органов дыхания с пульмонологического отделения городской больницы №1 г.Винница. Согласно заболеваниям все пациенты были разделены на подгруппы: 1) пациенты с гипотиреозом; 2) пациенты с бронхиальной астмой; 3) пациенты с хроническим обструктивным заболеванием легких; 4) пациенты с коморбидными состояниями аутоиммунного генеза (гипотиреоз и БА); 5) пациенты с гипотиреозом в сочетании с ХОБЛ. У всех больных изучали анамнез жизни и заболевания, анализировали ход гипотиреоза, бронхиальной астмы и ХОБЛ по данным лабораторно-инструментального исследования. Всем пациентам определяли уровень гормонов щитовидной железы (тиреотропный гормон, свободный Т4, антитела к тиреопероксидазе) хемилюминисцентным методом на аппарате «ACCESS» и показатели

спирографии (FVC, M W , FEV 1, FEV 25-75, PEF, FEF25, FEF75) на аппарате «MicroLab ».

### **Результаты исследования.**

На базе областного клинического высоко-специализированного центра и городской клинической больницы №1 (ГКБ№1) было обследовано две группы пациентов в возрасте 35-63 лет. Первую группу составили 35 больных гипотиреозом аутоиммунного генеза. Средний возраст обследованных от 35-63 лет, преобладали женщины: 29 против 6 мужчин. Среди 35 больных гипотиреозом выявлено, что 10 пациентов болели бронхиальной астмой и 9 - страдали ХОБЛ. То есть, изменения бронхолегочной системы были диагностированы у 19 больных, что составило почти 50%.

При сборе анамнеза болезни выяснили, что у пациентов с коморбидными состояниями (заболевания органов дыхания и патология щитовидной железы) достоверно чаще возникают жалобы на одышку в покое и при незначительной физической нагрузке, частый приступообразный или постоянный кашель, скудное количество мокроты (до 50 мл / сутки ), частые ночные приступы удушья, наличие охриплости голоса или полной его потери, наличие дисфагии, тремора век, потливости, сердцебиение. Тогда как в группе с изолированным заболеванием таких симптомов, как дисфагия, сердцебиения, тремор у больных не отмечено. Полученные данные подтверждают мнение тех авторов, которые утверждали, что изменение уровня тиреоидных гормонов и наличие гипотиреоза ухудшают течение заболеваний бронхо-легочной системы, что обуславливает тяжесть и тяжелый контроль БА у больных с заболеваниями щитовидной железы.

Лабораторное определение гормонального статуса (ТТГ, свТ4, АТ к ТПО) в двух групп пациентов было проведено хемилюминисцентный методом на аппарате «ACCESS». Гормональный статус всех пациентов с гипотиреозом в сочетании с обструктивными заболеваниями легких указывал на декомпенсированное состояние. Средняя доза заместительной гормональной терапии L-тироксина была  $1,63 \pm 0,22$  мкг / кг, по сравнению с пациентами, больными гипотиреозом без обструктивных заболеваний -  $1,05 \pm 0,13$  мкг / кг (Таблица 1).

Таблица 1

Гипотиреоз и заболевания органов дыхания

Показатели	БА и Гипотиреоз n=35/10	ХОБЛ и Гипотиреоз n=35/9	Референтная норма	P
ТТГ (мкМо/мл)	6,48±1,35	7,32= 1.31	0.34 -5.6	<0.05
свТ4(нг/дл)	2,31 ±0.98	1.72±0.13	0.54- 1.24	<0.05
АТ к ТПО (МО/мл)	512.2±80.03	339.47±72.81	0 - 9	<0.05

На Б-тироксине суточная доза при БА - 1,43±0,35; при ХОБЛ - 1,63±0,22  
Состояние дыхательной системы в декомпенсации.

Вторая группа больных состояла из 20 пациентов, которые имели патологию органов дыхания. Среди обследованных выявлено, что в 11 пациентов с БА сопутствующий диагноз гипотиреоз было зафиксировано у 6 пациентов, тогда как у 9 пациентов с ХОБЛ гипотиреоз обнаружили только у 3 больных, что в сумме составило около 50% от общего количества больных с патологией дыхательной системы. После подбора заместительной гормональной терапии средняя доза Л-тироксина в сутки составила 1,3 ± 0,24мкг I кг.

При оценке результатов спирограммы, у пациентов с обструктивными заболеваниями легких в сочетании с гипотиреозом, все показатели достоверно ниже по сравнению с соответствующими показателями у больных без сопутствующего гипотиреоза (Таблица 2).

Таблица 2

Заболевания бронхолегочной системы и гипотиреоз

Показатели	БА (n=11/6)	ХОБЛ (n=9/3)	Референтная норма	P
ТТГ (мМо/л)	6,35±0,21	6,28±0,22	0,34 -5,6	<0,05
свТ4 (нг/дл)	1,26±0,20	1,45±0,64	0,54- 1,24	<0,05
АТ к ТПО (МО/мл)	65,8±11,82	135,2±82,0	0 - 9	<0,05
РУС (%)	47,36±2,85	84,7± 17,64	>80	<0,05
МУУ (%)	24,00±0,59	40,66±4,24	>80	<0,05
РЕV1 (%)	38,9±2,74	79,88±16,23	>75	<0,05
иГ (%)	78,33±4,49	94,44±1,08	>75	<0,05
РЕУ25-75(%)	25,82±7,43	75,5±17,78	>75	<0,05
РЕР (%)	27,94±6,21	75,05±31,04	>80	<0,05
РЕР25(%)	24,19±6,40	78,94±32,62	>80	<0,05
РЕР75 (%)	23,21±6,1	68,3±7,63	>80	<0,05

\*На Б-тироксине суточная доза при БА - 1,3±0,24; при ХОБЛ - 1,12±0,18  
Состояние дыхательной системы в декомпенсации.

Гормональный статус щитовидной железы у больных с коморбидными состояниями находится в состоянии декомпенсации, в связи с аутоиммунным патофизиологическим механизмом развития данных патологий, о чем свидетельствует следующая таблица 3.

Таблица 3

Сравнительная характеристика течения коморбидные состояний с отдельными заболеваниями:

Диагноз Показатели	БА	ХОБЛ	Гипотиреоз	г+хозл	Г+БА	Референтная норма
ТТГ	1,65±0.62	1.56±0.36	4.7±1,24	7.32± 1.3!	6,48±1.35	0.34 -5.6
свТ4	0.81 ±0.07	0.97=0.21	0,68=0.11	1,72±0,13	2.31 ±0.98	0.54- 1,24
ТА/ТПО	0,92±0.51	2.05=0.14	389=79.8	339,47±72,81	512,2±80,03	0 - 9
Доза L-тироксина			1,05=0.13	1,63=0.22	1.43±0,35	
*Р ( Г и БА; Г и ХОБЛ; БА и БА+Г; ХОБЛ і ХОБЛ+Г; Г+ХОБЛ и Г+БА)<0,05						

### Выводы.

Распространенность бронхо-легочных заболеваний и патологии щитовидной железы в современном обществе постоянно увеличивается, что связано с многочисленными экзогенными и эндогенными факторами, влияющими на организм. Изменение структуры и функции щитовидной железы влияет на течение болезней органов дыхания, усиливая бронхоспастический синдром. Ход, степень тяжести и лечение патологии органов дыхания также влияет на изменения структуры и гормонального статуса щитовидной железы, приводя к развитию аутоиммунного тиреоидита и гипотиреоза.

Полученные результаты при обследовании больных обструктивные заболевания легких и гипотиреоз указывают на частое сочетание этих патологий. Компенсация гипотиреоза у этих пациентов требует больших доз L-тироксина. Течение обструктивных заболеваний легких на фоне гипотиреоза более тяжелое, чем без него, что указывает на необходимость обязательного достижения компенсации со стороны нарушения функции щитовидной железы.

### Литература:

1. Podlaska M., Chelminska M., Sworzalc K. Respiratory disorders in thyroid pathology // Wiad. Lek. 2003. 56. 468-474.

2. *Ильина, О.А.* Особенности развития, клиники и течения бронхиальной астмы в сочетании с патологией щитовидной железы: автореф. дис. канд. мед. наук / О.Ю. Ильина. — СПб., 2006. — 11 с.

3. Ландышев Ю.С., Мишук В.П., Лысенко В.А., Петров А.В. Суточные ритмы секреции гормонов гипофизарно-тиреоидной системы у больных бронхиальной астмой // Гер. архив. 2000. 3. 13-15.

*А.Фещенко, Ю. И.* Хронические обструктивные заболевания легких: проблемные вопросы [Текст] / Ю. И. Фещенко // Укр. пульмонолог. журн. — 2005, — № 1 — С. 21-23.

5. *Чучалин, А. Г.* Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания [Текст] / А. Г. Чучалин // Пульмонология. — 2008. — № 2. — С. 5-14.

**Кубриков Д.П., Кузнецов Г.П.**

### **АССОЦИАЦИЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ (ИДИОПАТИЧЕСКОЙ) И ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ**

#### **Актуальность.**

В публикациях конца прошлого века обращалось внимание на отсутствие атеро-склеротических изменений коронарных артерий при ДКМП [1,2]. Однако у умерших пациентов с ДКМП [3,4] нами был обнаружен коронароатеросклероз, а при изучении сердец, изъятых при трансплантации у пациентов с ДКМП был выявлен даже обструктивный коронароатеросклероз [5]. Столь противоречивые литературные данные и послужили поводом для наших исследований. Критерии исключения пациентов из исследования были: артериальная гипертензия, инсулинзависимый и инсулиннезависимый сахарный диабет, клапанные пороки, ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда в анамнезе), тиреотоксикоз и гипотиреоз, гипертрофическая кардиомиопатия.

#### **Цель.**

Изучить физикальную и инструментальную характеристику дилатационной кардиомиопатии (ДКМП). Выявить наличие атеросклероза коронарных артерий у пациентов с ДКМП.



ОЦЕНКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОТНОСТИ ПОТОКА ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ СТАНДАРТА GSM И WI-FI В УЧЕБНЫХ КОРПУСАХ И СТУДЕНЧЕСКИХ ОБЩЕЖИТИЯХ БГМУ <i>Поно.маренко Т.В., Куприяник Н.Н.</i>	104
ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЛОВИДНОГО ОТРОСТКА <i>Рыжкова А.В.</i>	109
ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. ПРИЛЕЖАЩИХ К ВЕТВЯМ ЧРЕВНОГО СТВОЛА <i>Семиошко Н.В.</i>	114
СТРУКТУРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЭПИДЕРМИСА ВНУТРЕННЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ МУЖЧИН <i>Серпинская Ю.П.</i>	117
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПОЛОВОЗРЕЛЫХ КРЫС. ПЕРЕНЕСШИХ ПРЕНАТАЛЬНУЮ ЭКЗОГЕННУЮ ГИПОБАРИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ <i>Смирновой О. И.</i>	123
ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕСТРОЙКИ В ЛИПИДСОДЕРЖАЩИХ СТРУКТУРАХ ОБЩЕГО ПОКРОВА И КОРЕ НАДПОЧЕЧНИКА ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ <i>Соболевская И.С., Федотов Д.Н., Шделец О.Д., Пащинская Е.С.</i>	124
ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ НА ПОКАЗА ТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ЛЮДЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ПСИХОТИПАМИ <i>Сорока И.В., Лелеет А.В., Мартюшина И.С.</i>	127
ВОДНО-БОЛОТНАЯ ОРНИТОФАУНА РЫБХОЗА «СТРАДОЧЬ» КАК ОКОНЧАТЕЛЬНЫЕ ХОЗЯЕВА ПАЗАРИТОВ ШИСТОСОМ <i>Станчук В. И.</i>	133
ИНСУЛЬТ-ГЕМАТОМЫ: ХАРАКТЕРИСТИКА ИХ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ СЕМИОТИКИ <i>Струї С. В., Кукарева Ю.В.</i>	137
ИССЛЕДОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ СОБСТВЕННОЙ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ И ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ГЕНИТОНИТОМ <i>Сурунович Е.Н.</i>	М 1
СВЯЗЫВАНИЕ ИОНОВ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ МЕЛАНИН-ХИГОЗАНОВЫМИ КОМПЛЕКСАМИ <i>Сырадов А.В., Павленкович Е.А.</i>	146
ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА РТА У РАБОЧИХ ГАЗОПЕРЕРАБАТЫВАЮЩЕГО ЗАВОДА <i>Тожиев Ф.И., Бадриддинов Б. Б. Замонова Г.Ш.</i>	150
ГЕОМЕТРИЧЕСКАЯ МОРФОМЕТРИЯ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ДУГИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ <i>Федосов П. С.</i>	154
СРАВНЕНИЕ СТРУКТУРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПРОСТАТЫ МУЖЧИН ПЕРВОГО (22-35 ЛЕТ) И ВТОРОГО (36-60 ЛЕТ) ПЕРИОДОВ ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА <i>Черепко А. В.</i>	157
МИКРООКРУЖЕНИЕ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ <i>Чубуков Ж.А., Провалинский А.В., Гаражаев Г.И.</i>	161
ВКЛАД ИНДУЦИРОВАННОЙ NO-СИНТАЗЫ В ИЗМЕНЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ И $\alpha 1$ -АДРЕНОРЕАКТИВНОСТИ ПРИ АДАПТАЦИИ КОРОТКИМИ СТРЕССОРНЫМИ ВОЗДЕЙСТВИЯМИ <i>Шилин К.А.</i>	165
РАЗЛИЧИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА ПРИ АКТИВНОМ И ПАССИВНОМ ОТДЫХЕ СТУДЕНТОВ <i>Яско Т.М.</i>	170
МОРФОМЕТРИЯ НЕЙРОЦИТОВ НИЖНИХ ХОЛМИКОВ ПОСЛЕ ДВУХСТОРОННЕЙ ОККЛЮЗИИ ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ <i>Руденкова А.С.</i>	174

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ВИРУСОМ ГРИППА А N1N1 <i>Калымаго М. В., Бруй Т.А.</i>	180
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПРАКТИКЕ ЭНДОКРИНОЛОГА <i>Секрет Т.В., Власенко М.В., Степанюк А.Г.</i>	185