

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ВСЕУКРАЇНСЬКА НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ СУЧАСНОЇ
МЕДИЦИНИ І ФАРМАЦІЇ**

(ДО 50-РІЧЧЯ ЗАСНУВАННЯ ЗДМУ)

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ

18 – 25 КВІТНЯ 2018 р.

30 ТРАВНЯ 2018 р.

М. ЗАПОРІЖЖЯ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету: ректор Запорізького державного медичного університету, **проф. Колесник Ю.М.**

Заступники голови: проф. Туманський В.О., доц. Авраменко М.О.

Члени оргкомітету: проф. Візір В.А.; доц. Моргунцова С.А.; доц. Компанієць В.М.; доц. Кремзер О.А., д.біол.н., доц. Павлов С.В., доц. Полковніков Ю.Ф.; д.мед.н., доц. Разнатовська О.М.; доц. Шишкін М.А.

Секретаріат: Підкович Н.В.; Баранова Н.В.

.....

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ГИПОТОНУСНЫМИ ДИСФОНИЯМИ ПО ДАННЫМ ЛОР-КЛИНИКИ ЗГМУ

Синайко И. А., Карабинова Ю. С.
Запорожский государственный медицинский университет

Актуальность. Гипотонусная дисфония – это состояние, которое развивается в результате неполного смыкания голосовых связок вследствие снижения тонуса мышечного аппарата. По данным разных авторов, удельный вес гипотонусных состояний голосового аппарата составляет приблизительно 60-70%. Стойкие гипотонусные расстройства голосового аппарата для лиц голосоречевых профессий создают угрозу их профессиональной непригодности. Поэтому диагностика, лечение и профилактика этих заболеваний приобретает социальное значение. При длительном течении заболевания формируются стойкие нарушения голосовой функции с частыми рецидивами, могут развиваться осложнения – миопатические парезы голосовых складок, истончение их медиального края, формирование узелков, развитие компенсаторной гипертрофии вестибулярных складок с формированием псевдоскладочного механизма голосообразования, кровоизлияния в голосовые складки, «певческие» узелки. **Цель:** 1) изучить частоту возникновения гипотонусных дисфоний; 2) дать оценку голосовой функции больным с гипотонусными дисфониями; 3) улучшить алгоритм диагностики для ранней голосовой реабилитации; **Материалы и методы:** в ЛОР - клинике ЗГМУ за период с 2017 по 2018 год было обследовано 20 пациентов с гипотонусными дисфониями. Среди обследованных лиц мужчин было 4, женщин 16, в возрасте от 19 до 52 лет. Средний возраст составлял $37,5 \pm 11,3$ лет. Среди обследованных у 14 лиц (70%) была выявлена острая гипотонусная дисфония, у 6 (30%) - хроническая гипотонусная дисфония. 12 (60%) пациентов из обследованных больных были лица с высокими требованиями к качеству голоса. На основании собранного анамнеза мы смогли выделить 4 ведущих этиологических факторов, обуславливающих возникновение голосового расстройства: это конституционально-наследственная слабость голосового аппарата – 1 (5%), перенапряжение голосового аппарата – 12 (60%), ранее перенесённые простудные заболевания – 5 (25%), психотравмирующие ситуации – 2 (10%). Всем пациентам был выполнен специализированный фониатрический осмотр с использованием функциональных нагрузок, перцептивная оценка голоса, измерение времени максимальной фонации, микроларингоскопия. Пациенты с острой гипотонусной дисфонией предъявляли жалобы на осиплость голоса, быструю голосовую утомляемость, снижение силы голоса, изменение тембра голоса, чувство «утечки» воздуха, нарушение фонационного дыхания, кашель. При непрямой ларингоскопии у больных не было выявлено воспалительных изменений со стороны гортани и трахеи. Голосовые складки подвижные, но тонус их снижен, при фонации определялась щель в виде вытянутого овала, а у 2 обследованных - треугольника в задней трети. При оценке по шкале GRBAS показатель G был I степени у 8 (57,14%) пациентов, II – у 3 (21,43%), III – у 3 (21,43%). Показатель R, который

отображает резкость, грубость голоса, был нормальным у 1 (7,14%) обследованного, нарушения легкой степени тяжести отмечено у 3 (21,43%), средней степени – у 8 (57,14%), тяжелой – у 2 (14,29%). Показатель В, который характеризует придыхательную атаку звука был I степени у 2 (14,29%), II – у 11 (78,57%), III – у 1 (7,14%). Показатель А, который характеризует астеничность, утомляемость голоса, был нормальным у 1 (7,14%), нарушения легкой степени диагностировались у 3 (21,43%), средней степени – у 9 (64,39%), тяжелой степени – у 1 (7,14%). Показатель S, который характеризует напряженность при фонации, был в норме у 2 (14,29%), нарушения легкой степени – у 8 (57,14%), средней степени – у 3 (21,43%), тяжелой – у 1 (7,14%). Время максимальной фонации было снижено и составляло у женщин $10,21 \pm 0,9$ с (при норме 14-16 с), а у мужчин – $14,09 \pm 1,07$ с (норма 20-21 с). Пациенты с хронической гипотонусной дисфонией предъявляли жалобы на постоянную осиплость голоса, выраженную утомляемость голоса, уменьшение его силы, изменение тембра голоса, парестезии в области глотки и гортани, боль в мышцах шеи, чувство вязкой мокроты на голосовых складках, периодическое покашливание. При не прямой ларингоскопии определялось повышение тонуса вестибулярных складок на фоне вялых голосовых складок, гипертрофия вестибулярного отдела гортани, при фонации наблюдалось смыкание вестибулярных складок. При оценке за шкалой GRBAS показатель G был I степени у 2 (33,3%) пациентов, II – у 3 (50%), III – у 1 (16,67%). Показатель R был легкой степени у 1 (16,67%), средней степени – у 3 (50%), тяжелой – у 2 (33,3%). Показатель B был I степени у 1 (16,67%), II – у 4 (66,67%), III – у 1 (16,67%). Показатель A был легкой степени у 1 (16,67%), средней степени – у 4 (66,67%), тяжелой степени – у 1 (16,67%). Показатель S был в норме у 1 (16,67%), нарушения легкой степени – у 3 (50%), средней степени – у 1 (16,67%), тяжелой – у 1 (16,67%). Время максимальной фонации было снижено и составляло у женщин $7,7 \pm 0,62$ с. Таким образом, при хронической гипотонусной дисфонии голосовые расстройства выражены в большей степени и требуют более длительной голосовой реабилитации. **Выводы:** У пациентов с острыми и хроническими гипотонусными дисфониями были выявлены расстройства голосовой функции различной степени тяжести. Для улучшения эффективности голосовой реабилитации пациентов необходима своевременная комплексная фониатрическая диагностика.

СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ШЕМИЧНОГО ГЕНЕЗУ ЗІ ЗНИЖЕНОЮ ФРАКЦІЄЮ ВИКИДУ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА ТА ФІБРИЛЯЦІЮ ПЕРЕДСЕРДЬ	115
Сидь Е. В., Яценко О. В. ВАРИАЦІЇ ПОЛІМОРФНОГО МАРКЕРА G-308A В ГЕНЕ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ- α У БОЛЬНИХ С ОСТРИМ ІНФАРКТОМ МІОКАРДА	116
Синайко І. А., Карабінова Ю. С. АНАЛІЗ ЗАБОЛЕВАЄМОСТІ ГІПОТОНУСНИМИ ДИСФОНІЯМИ ПО ДАННИМ ЛОР-КЛІНІКИ ЗГМУ.....	116
Синайко І. А., Кришталь В. М. АНАЛІЗ ЗАБОЛЕВАЄМОСТІ ПАРЕЗОВ І ПАРАЛІЧЕЙ ГОРТАНИ ПО ДАННИМ ЛОР- КЛІНІКИ ЗГМУ.....	117
Сінча К. А. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ	118
Скрипник А. С., Дац В. В. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕЗАДАПТУЮЧИХ ФЕНОМЕНІВ У ДІТЕЙ З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	118
Скрипникова Я. С., Бакаржі Л. Н., Гуц О. К. КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ СИНДРОМУ ШЕЙТАУЕРА-МАРІ-СЕНТОНА	118
Скрипникова Я. С., Іванько О. Г. ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЖІНОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ТИПУ ВИГОДОВУВАННЯ ЇХ ДІТЕЙ.....	119
Смірнова І. В., Пахолов Б. В. АНАЛІЗ ПРОФЕСІЙНОГО СТАЖУ СЛУХАЧІВ ЛЕКЦІЇ З ПРОБЛЕМ ЕНДОДОНТІЇ	119
Сокрут М. В., Сияченко О. В., Климовицький Ф. В., Сокрут О. П., Пилипенко В. В. РІВЕНЬ МЕТАЛІВ, ЩО МІСТЯТЬСЯ В ЕНДОПРОТЕЗАХ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ, У ВОЛОССІ ХВОРИХ НА ГОНАРТРОЗ	119
Степанова Н. В., Скоба В. С., Скоба І. А., Прокопченко О. Є., Мікаєлян Г. Р. ВИВЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ ЗА ДОПОМОГОЮ «СІЧ - ТУРНІКЕТУ»	120
Стоян М. С., Свекатун В. Н. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В КОРРЕКЦИИ ГЕТЕРОХРОНИИ ОРГАНОВ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ.....	121
Стоян М. С., Свекатун В. Н. СЕЛЕКТИВНО-СЕГМЕНТАРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОЧКИ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ОРГАНОУНОСЯЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ.....	121
Сюсюка В. Г., Першина В. Д., Смаровоз О. О. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГЕСТАЦІЇ ЖІНОК З ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ, ЯКІ ОБМОВЛЕНІ ТРИВОЖНІСТЮ	121
Таланова О. С., Степанова А. О. СПІВВІДНОШЕННЯ РОЗМІРІВ ШИЙКИ МАТКИ У ЖІНОК ДІТОРОДНОГО ВІКУ З НОРМАЛЬНОЮ ТА ЗМЕНШЕНОЮ МАСОЮ ТІЛА	122
Тарасевич Т. В., Лямцева О. В., Гараханова С. З., Міняйло І. С. СИНДРОМ ПАТАУ	122
Тертишний С. І. МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В СТОВБУРІ МОЗКУ ПРИ ПІВКУЛЬБОВИХ ІНФАРКТАХ.....	123
Тищенко Д. Р., Павлюченко М. І., Слінько О. М. КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГЕНІТАЛЬНОГО ЕНДОМЕТРІОЗУ. МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ТА ЙОГО ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ	123
Туманский В. А., Пирогова З. А. ПОЛИПЫ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА: ОСОБЕННОСТИ ГИСТОАРХИТЕКТониКИ И ВЕРОЯТНОСТЬ МАЛИГНИЗАЦИИ.....	124
Туманский В. А., Шаврин В. А., Туманская Л. М. ОТ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ОСНОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ К ПОСТРЕАНИМАЦИОННЫМ ПОРАЖЕНИЯХ ЦНС И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОМУ ПРОГНОЗИРОВАНИЮ РАЗВИТИЯ РАКА (К 50-летию кафедры патологической анатомии).....	125
Тяглая О. С., Крайдашенко О. В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ L- АРГИНИНА НА ФОНЕ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НА ХРОНИЧЕСКОЕ ОБСТРУКТИВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ, КОМОРБИДНОЕ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	126
Usachova E. V., Smyrnova Daria LIVER FAILURE ASSESSMENT ASSOCIATED WITH POLINOSA MORBILLARUM.....	126
Федорова О. П., Пахомова С. П., Дудко О. В. ОСОБЛИВОСТІ ПОЄДНАНОГО ПЕРЕБІГУ ОСТЕОАРТРОЗУ З ПОРУШЕННЯМ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ	127
Федорова Е. П., Пахомова, С. П., Дудко Е. В. СКРИННИНГ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	127