

Ивантеева Ю.И., Курчанова Ю.В.

студентки;

Сикало Ю.К.

кандидат медицинских наук, ассистент,

Харьковский национальный медицинский университет

ВЕРТЕБРОГЕННЫЕ ВИСЦЕРОПАТИИ

Атипичное течение висцеральной патологии со стертой клинической картиной, быстрой трансформацией функциональных изменений в органическую патологию все чаще встречается в ежедневной практике врача. В таких случаях особое внимание необходимо обратить на состояние позвоночного столба для того, чтобы исключить или же подтвердить участие вертеброгенного фактора в развитии этой патологии [5, с. 24]. Ведь позвоночник имеет тесную анатомическую связь с образованиями вегетативной и периферической нервной системы.

Цель: изучение влияния патологий позвоночного столба на внутренние органы человека.

Материалы и методы: анализ и обобщение научной и методической литературы, результатов клинической и практической деятельности.

Вертеброгенные висцеропатии имеют значительное распространение среди жителей Украины, ведь до 80% населения страдает различными заболеваниями позвоночника. В зависимости от локализации патологического процесса выделяют кардиальные, дыхательные и желудочно-кишечные нарушения. По характеру клинических проявлений вертеброгенные висцеропатии подразделяют на висцералгические, висцеро-дисфункциональные и висцеро-дистрофические [5, с. 25]. Висцералгические синдромы, главным образом, связаны с развитием болевого синдрома, который обусловлен раздражением корешковых структур и симпатических ганглиев. Боли могут иметь различный характер: ноющие, колющие, режущие, жгучие и тупые. Висцеро-дисфункциональные синдромы характеризуются изменением функции органа, но органических нарушений нет. Этот синдром содержит в себе секреторные и двигательные расстройства, которые обусловлены раздражением симпатических стволов. Висцеро-дистрофические синдромы обусловлены изменением нейтротрофической функции вегетативной нервной системы. Является самым тяжелым вариантом проявления висцерогенных висцеропатий [5, с. 25]. Характер течения и проявления будут зависеть, в основном, от уровня повреждения позвоночного столба.

При остеохондрозе шейного отдела позвоночника развиваются кардиальные нарушения [2, с. 21]. Они характеризуются приступообразными болями в области сердца и за грудиной, которые не купируются нитроглицерином и не связаны с физическими нагрузками [1, с. 27]. Также отмечаются боли в спине и межлопаточной области. Пациенты отмечают их в вечернее время или же утром после сна. Боль часто возникает вследствие

пребывания человека в некомфортной для него позе и в положении лежа на левом боку. Эти явления значительно нарушают сон пациента. После угасания болей остается скованность в области плеча и предплечья левой верхней конечности, а также шеи с той же стороны.

Дыхательные симптомы развиваются при поворотах туловища, наклонах, при длительном поддержании неудобной позы [3, с. 86]. Проявляются болью, частой потребностью в глубоком вдохе на фоне поверхностного дыхания. У пациентов наблюдается ограниченная экскурсия ребер и снижение подвижности диафрагмы. Эти явления могут привести к застойным явлениям в легких и формированию пневмонических очагов. При пальпации пораженного отдела позвоночного столба отмечается усиление болевых ощущений и появление кашля [2, с. 241].

Патологии позвоночника могут вызывать нарушения и в желудочно-кишечном тракте. От уровня поражения будет зависеть локализация боли. Поражение шейного или грудного отдела позвоночника проявляется дискинезией пищевода – эзофагоспазмом. Отмечается нарушение глотания, чувство боли и жжения за грудиной [4, с. 35]. Пальпацией пораженных отделов позвоночного столба можно спровоцировать появление или усугубление симптомов [2, с. 269]. Нарушение функции желудка наблюдается при поражении средних грудных корешков, кишечника – нижних грудных. При повреждении этих отделов желудочно-кишечного тракта боли будут иметь различный характер: ноющие, колющие, режущие и простреливающие. Остеохондроз позвоночника будет сопровождаться секреторными и двигательными нарушениями в разных отделах пищеварительного тракта, что характеризуется вздутием живота, тошнотой, запорами или диареей, что может привести к развитию органических дистрофических изменений в органах. Возможно возникновение язвенной болезни желудка на фоне прогрессирования патологии позвоночного столба. Также отмечается нарушение функции желчного пузыря, которое проявляется спазмом сфинктера Одди и пузырного протока, что приводит к застою желчи. Эти явления в дальнейшем могут привести к развитию хронического холецистита [4, с. 78].

Вывод: патологии позвоночного столба встречаются достаточно часто и могут иметь различные проявления. Необходимо помнить, что комплексное обследование должно предшествовать лечению, ведь указанные проявления могут развиваться и при других патологических состояний.

Список использованных источников:

1. Абдрахманов В.Р., Гапонова Н.И. Вертеброгенные кардиалгии в амбулаторной практике // Медицина критических состояний, № 4. – 2004. – С. 26–30.
2. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. 2-е издание. Казань, – 2010. – 344 с.
3. Романова А.Р. Роль вегетативных структур и позвоночника в формировании различных заболеваний // Вертеброневрология, №1, – 1998. – С. 84-89.
4. Скрябин Е.Г. Дизонтогенетические и дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника у детей и подростков с хронической неспецифической патологией органов пищеварительной системы. Дис. канд. мед. наук. Тюмень, – 1996. – 159 с.

5. Болотнова Т.В., Решетникова Ю.С., Скрыбин Е.Г., Тюрина Е.В. Анатомо-физиологические предпосылки, механизмы формирования и особенности клинических проявлений вертеброгенных висцеропатий // Вестник новых медицинских технологий, № 4. – 2010. – С. 24-26.

Іванова А.М., Саакян Т.Е.

студенти;

Сенаторова А.В.

асистент,

Харківський національний медичний університет

ГЕСТАЦІЙНИЙ ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ВАГІТНИХ

В основі захворювання лежить порушення обміну вуглеводів, а саме зниження толерантності до глюкози в організмі вагітної жінки. Незважаючи на досягнення акушерської діабетології, загальна частота ускладнень вагітності і захворюваність новонароджених при ГЦД не знижується нижче 80% [1, с. 41]. Гестаційний діабет, що почався в друго-третьому триместрах вагітності, стає причиною розгодовування і надмірного зростання плоду [2, с. 25]. Це призводить до гіперінсулінемії: після пологів, коли дитина вже не отримуватиме від матері таку кількість глюкози, показники цукру в його крові знижуються до дуже низьких відміток. Якщо ж це захворювання не виявити і не лікувати, воно може привести до розвитку діабетичної фетопатії – ускладнення у плоду, що розвивається із-за порушення вуглеводного обміну в організмі матері [3, с. 348].

У зв'язку з тим, що у більшості вагітних захворювання протікає з невираженою гіперглікемією і відсутністю явних клінічних симптомів, однією з особливостей ГЦД є труднощі діагностики та пізніє виявлення. У ряді випадків діагноз ГЦД встановлюється ретроспективно після пологів по фенотипічним ознакам діабетичної фетопатії у новонародженого. Своєчасна діагностика і адекватне лікування ГЦД дозволять зменшити частоту і тяжкість ускладнень, гестації, знизити частоту передчасних пологів, оперативних пологів (особливо шляхом екстреного кесаревого розтину) і родового травматизму, пов'язаних з вираженими ознаками макросомії новонародженого, а також проводити комплекс лікувальних заходів у вагітних з цією патологією [2, с. 25].

Мета: вивчити ускладнення, які розвиваються у жінок з ГЦД під час пологів і в післяпологовому періоді у дітей.

Матеріали та методи: нами було оброблено 30 історій хвороби жінок з гестаційним цукровим діабетом.

Течія вагітності при ГЦД ускладнюється розвитком гестозу в 61,6%, дистоція плічок при ГЦД досягає 6,3%, перелом ключиці у новонародженого – 19%, параліч Ерба – 7,8%, важка асфіксія – 5,3. Порушення мозкового кровообігу травматичного генезу має місце у 20-70 % новонароджених, функціональні зміни