

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

## ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених та студентів

## МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ



м. Харків - 2016

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ЗБІРНИК ТЕЗ**  
**міжвузівської конференції молодих вчених**  
**та студентів**  
**МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ**

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016

УДК 61.061.3 (043.2)

ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)  
Харків, 2016. – 518 с.*

***За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО***

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ  
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.

преподавателей, иная система оценивания, а также обучения), о чем свидетельствуют высокие показатели агрессивности и враждебности, но у девушек они будут переходить из скрытого состояния в явно выраженное, а у парней - наоборот (из явно выраженного в более скрытое).

**<sup>1</sup>Тверезовская И.И., <sup>2</sup>Тверезовский В.М.  
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА  
ТИРОЗИНГИДРОКСИЛАЗЫ**

**<sup>1</sup>Кафедра неврологии № 2,  
<sup>2</sup>Кафедра внутренней медицины и профессиональных болезней,  
Харьковский национальный медицинский университет,  
г. Харьков, Украина**

**Научный руководитель: к.мед.н., асс. Каук О.И.**

Актуальность. Ключевой фермент биосинтетической цепи дофамина – тирозингидроксилаза (ТН), фактически контролирует нейрохимические процессы в дофаминергических нейронах и структурах мозга, что может объяснить появление специфической неврологической симптоматики при изменении уровня ее содержания в организме.

Цель исследования. Рассмотреть клиническое течение заболевания на клиническом примере пациентки с дефицитом тирозингидроксилазы.

Материалы и методы. Выписки из истории болезни, история развития ребенка, консультативные заключения специалистов.

Результаты. Пациентка Ф., 6 лет, поступила в Областной дом малютки №3 по направлению ХГДП №23 для проведения реабилитации с жалобами на отсутствие самостоятельной возможности сидеть, ходить, отсутствие речи и навыков самообслуживания. Болеет с рождения, диагноз при выписке из роддома – врожденная патология носовых ходов. В возрасте 4 мес. госпитализирована в ХДБ №16. Диагноз – эписиндром, синдром тонусных нарушений, задержка темпов психомоторного развития, митохондриальная болезнь (под вопросом). В 2010 г. Обследована в Харьковском медико-генетическом центре, поставлен диагноз митохондриальная болезнь, дефицит фолатного цикла, оформлена группа инвалидности.

Пациентка в течение жизни была обследована многими специалистами, и ей на разных этапах обследования были выставлены разные диагнозы: дефицит фолатного цикла, синдром Ангельмана, митохондриальная патология и другие.

После этого в 2015 году ребенок был консультирован в Клинике для детей и молодежи, г. Висбаден, Германия. При обследовании было выявлено повышение 17-ОН-прогестерона (1,5 нг/мл, N = до 1,1 нг/мл) и пролактина (61,5 мкг/л, N = 2,6-21 мкг/л). Из специфических изменений было отмечено значительное уменьшение концентрации гомованиллиновой кислоты при нормальном содержании 5-гидроксииндолуксусной кислоты. Данный результат свидетельствует о нарушении допаминергической нейротрансмиссии в результате нарушенного синтеза дофамина. Выявленные изменения в совокупности с отсутствием изменений серотонинергического обмена и содержания птеринов в большей степени свидетельствует о дефиците тирозингидроксилазы в организме.

По результатам исследования были исключены: эпилепсия, синдром дисморфизма и митохондриальное заболевание, и выставлен окончательный на тот момент диагноз: дефицит тирозингидроксилазы.

Выводы. Дефицит тирозингидроксилазы является редким состоянием, однако приводит к тяжелым неврологическим нарушениям. В связи с этим необходимо глубокое лабораторно исследование, включающее широкий спектр инструментальных исследований и анализов для выявления данного биохимического дефицита у детей со статико-кинетическими нарушениями неясного генеза. Лечение подобных заболеваний только симптоматическое, но в любом случае, максимально раннее начало лечения позволяет отсрочить и практически избежать развития тяжелой неврологической симптоматики.

**Тесленко А.С.**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

**Кафедра неврологии № 1**

**Харьковский национальный медицинский университет,**

**Харьков, Украина,**

**Научный руководитель к.мед.н., доц. Резниченко Е.К.**

В первые часы после ишемического инсульта нужно положить больного набок, чтобы рвотные массы не попали в дыхательные пути. Затем, необходимо подложить ему под голову, плечи и лопатки две-три подушки. Пострадавший не должен вставать или двигаться.

В следующие 3-4 недели проводится ранняя реабилитация. Основная цель ранней реабилитации - это профилактика образования устойчивых патологических систем (контрактур, артралгий, патологических двигательных стереотипов и поз) или уменьшение степени их выраженности. Наиболее эффективным методом восстановления является лечение положением (ЛП).

ЛП – это придание парализованным конечностям и телу правильного положения (корректирующие позы) в течение того времени, когда больной находится в постели или в положении сидя.

ЛП включает: укладку парализованных конечностей на одном уровне, в горизонтальной плоскости при положении пациента на здоровом боку, положение на парализованной стороне, укладку в положении противоположной позы Вернике-Манна, положение на животе без подушки, положение на животе с опорой на предплечья и кисти.

Нами было проведено сравнение выраженности двигательного дефицита и спастичности у 6 пациентов, перенесших ишемический инсульт с развитием гемипареза. Трое из них проводился метод ЛП с первых дней мозговой ишемии. Отмечено, что через месяц от начала заболевания у этих пациентов спастичность в сгибателях руки и разгибателях ноги была значительно меньше выражена, чем у пациентов, которым метод ЛП не применялся.

Выводы: правильное выполнение ЛП способствует снижению мышечной спастичности, выравниванию асимметрии мышечного тонуса, восстановлению схемы тела, нормализации глубокой чувствительности, снижению патологической активности с тонических шейных и лабиринтных рефлексов, предупреждению развития контрактур, болевого синдрома, патологических установок в конечностях и туловище. Так как положение больного меняется каждые 2-3 ч, то ЛП выполняет также функции профилактики пролежней, тромбозов, пневмонии.

<b>ВПЛИВ КОЛИВАНЬ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ НА ВЕГЕТАТИВНУ РЕАКТИВНІСТЬ У ПІДЛІТКІВ .....</b>	<b>360</b>
<b>Некрасова Н.А., Бортновская В.С.....</b>	<b>361</b>
<b>ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ И СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА СО СПОНДИЛОГЕННОЙ ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ .....</b>	<b>361</b>
<b>Олефир А.С. ....</b>	<b>362</b>
<b>КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КАК ПРОВОЦИРУЮЩИЙ ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ СИТУАТИВНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ.....</b>	<b>362</b>
<b>Петрук Б.Ю.....</b>	<b>363</b>
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ КАК ОСНОВА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО И ГЕМОРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТОВ.....</b>	<b>363</b>
<b>Писаренко Г.Н.....</b>	<b>364</b>
<b>СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА.....</b>	<b>364</b>
<b>Плехова О.А., Калюжка В.Ю. ....</b>	<b>365</b>
<b>СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У МОЛОДЫХ.....</b>	<b>365</b>
<b>Поликов Г.О. ....</b>	<b>366</b>
<b>ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА ....</b>	<b>366</b>
<b>Поляков О.В. ....</b>	<b>368</b>
<b>ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ НА ІНСУЛЬТ .....</b>	<b>368</b>
<b>Постолаки М.А.....</b>	<b>369</b>
<b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО ШКАЛАМ EQ-5D .....</b>	<b>369</b>
<b>Samoilova Hanna, Anmalugsi Pius .....</b>	<b>370</b>
<b>CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL INDICATORS IN THE PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS IN THE BACKGROUND OF STRUCTURAL CHANGES IN THE THYMUS.....</b>	<b>370</b>
<b>Ситникова Н. Ю. ....</b>	<b>371</b>
<b>ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ АСТЕНИИ У СТУДЕНТОВ .....</b>	<b>371</b>
<b>Смородская О.Н.....</b>	<b>372</b>
<b>ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ .....</b>	<b>372</b>
<b>Соколова Ю.А. ....</b>	<b>372</b>
<b>ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И СОЦИАЛЬНУЮ АДАПТАЦИЮ СТУДЕНТОВ, КОТОРЫХ ПЕРЕВЕЛИ В ХАРЬКОВ .....</b>	<b>372</b>
<b><sup>1</sup>Тверезовская И.И., <sup>2</sup>Тверезовский В.М. ....</b>	<b>374</b>
<b>НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕФИЦИТА ТИРОЗИНГИДРОКСИЛАЗЫ.....</b>	<b>374</b>
<b>Тесленко А.С. ....</b>	<b>375</b>
<b>ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНОГО ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ .....</b>	<b>375</b>
<b>Тесленко И.И. ....</b>	<b>376</b>
<b>КОМПЛЕКС СОБСТВЕННОЙ НЕПОЛНОЦЕННОСТИ .....</b>	<b>376</b>
<b>Тимченко И.И.....</b>	<b>376</b>
<b>КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРИГЕМИНАЛЬНОЙ НЕВРАЛГИИ кафедра неврологии №1 .....</b>	<b>376</b>
<b>Тригуб Ю.В., Косенко А.М. ....</b>	<b>377</b>
<b>ПЕНТОКСИФИЛЛИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВЕРТЕБРОГЕННОЙ ПОЯСНИЧНОЙ РАДИКУЛО-ИШЕМИЕЙ.....</b>	<b>377</b>
<b>Ульванский Д.В .....</b>	<b>378</b>
<b>ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА .....</b>	<b>378</b>
<b>Федорченко С.В. ....</b>	<b>379</b>
<b>КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ .....</b>	<b>379</b>
<b>Фельдман Д.А., Михайлов В.Б.....</b>	<b>380</b>
<b>ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ОСІБ-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОНИ АТО .....</b>	<b>380</b>