

ускладненъ

ЦД.

Висновки. З метою попередження прогресування хронічних ускладненъ ЦД у всіх пацієнтів з лабільним перебігом слід проводити ІЗС-ОДТ для визначення моторно-евакуаторну активність шлунку.

Харькова М.О., Орлова Н.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕБЕНКА Н. С ДИАГНОЗОМ: ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ II СТЕПЕНИ, СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ. ВТОРИЧНАЯ (ТИРЕОТОКСИЧЕСКАЯ) КАРДИОМИОПАТИЯ. ХЗП I СТ. ПОДКОВООБРАЗНАЯ ПОЧКА С УДВОЕНИЕМ ЧЛС, ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ (ЭХОСКОПИЧЕСКИ). КИСТА ПРАВОГО ЯИЧНИКА. МАСТОПАТИЯ.

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии

Научный руководитель: Чайченко Т.В.

Актуальность: Диффузный токсический зоб (ДТЗ) - заболевание, вызванное избыточной секрецией тиреоидных гормонов (ТГ) под влиянием тиростимулирующих антител диффузно увеличенной щитовидной железы. Цель работы: Описание клинического случая ребенка Н. с диагнозом: Диффузный токсический зоб II степени, средней тяжести. Вторичная (тиреотоксическая) кардиомиопатия. ХЗП I ст. Подковообразная почка с удвоением ЧЛС, правой половины (эхоскопически). Киста правого яичника. Мастопатия.

Клинический случай: Ребенок Н. доставлен в ОДКБ с жалобами на плаксивость, раздражительность, учащенное сердцебиение, быструю утомляемость, чувство «кома» в горле, тремор рук, тремор всего тела, потеря веса, выпадение волос, повышение АД до 140/50, потеря сознания, головные боли. Анамнез болезни: Вышеуказанные жалобы появились 2,5 года назад. Известно, что девочка была консультирована эндокринологом в 2015 году, где было выявлено: гипоталамический синдром пубертатного периода, диффузный зоб 1-2 ст. Были даны рекомендации: исследовать анализ крови на тиреоидный статус. Несмотря на выявленные изменения в гормональном обследовании: ТТГ -0,05 мкМЕ/мл (N 0,23-3,4), ант к ТПО 46,5 ЕД/мл (N до 30), повторно к эндокринологу ребенок не обращался. Состояние ребенка резко ухудшилось 2 месяца назад. Девочка госпитализирована в ЦРБ, где получала лечение по ВСД, без должного эффекта. В дальнейшем была направлена в ОДКБ для обследования и лечения. Объективно при поступлении: ЧСС 130 уд. в 1 мин., АД-110/50 мм.рт.ст. Общее состояние тяжелое. Физическое развитие дисгармоничное, астеничное. Кожные покровы бледные, белые стрии на молочных железах, бедрах, диффузный гипергидроз, периорбитальная гиперпигментация, пастозность век. Обращает внимание пастозность стоп. Хореоидные подергивания мышц рук. Щитовидная железа увеличена до 4 степени (по Николаеву), плотная, при пальпации

безболезненная, подвижная. Увеличены подчелюстные лимфоузлы. Тоны сердца – выраженная тахикардия. Стул 3-4 раза в сутки. Половая формула: Ах3 Р5 Ма4 Ме3 (гиперменорея).

Результаты проведенных исследований: УЗИ ЩЖ: резкая гиперплазия 4 степени, повышение эхоплотности паренхимы, линейные фиброзные септы паренхимы (при ЦДК феномен «тироидного ада», УЗИ признаки аутоиммунного тироидита, гипертрофическая форма); УЗИ ОБП, почек: подковообразная почка с признаками удвоения ЧЛС правой половины. Киста правого яичника; УЗИ грудных желез: незначительные фиброзные изменения в паренхиме грудных желез с обеих сторон; ЭКГ: синусовая тахикардия, гипертрофия или гиперфункции левого желудочка и предсердия, Ps 109 уд. в мин; анализ крови на гормоны: ТТГ - 0,12 мкМЕ/мл (N 0,23-3,4); Т3 (св) - 9,98 пмоль/мл (N до 2,5-5,8); ант к ТПО - 496,6 Ед/мл (N до 34); Т4 (св) - 49,8 пмоль/мл (N до 10,0-23,2); ант к рецепторам ТТГ – 13,84 (N до 1,75 МЕ/л). Получала лечение: эспа-карб (20 мг/сут., затем - 25 мг/сут), анаприлин, кардонат, глицин, аспаркам. На фоне проводимой терапии, состояние ребенка значительно улучшилось: в покое ЧСС 80-86 в 1 мин., АД 120/60 мм рт. ст. Выводы: На примере представленного клинического случая мы видим сочетание различной симптоматики, которая проявляется под различными видами «масок». В связи с этим постоянно должны проводиться профилактические осмотры для раннего выявления патологии ЩЖ и своевременного старта медикаментозной терапии.

Хмаин С.

**АРТ-ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РИСУНОЧНАЯ ТЕХНИКА «ВНУТРЕННЯЯ
КАРТИНА БОЛЕЗНИ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С
БОЛЬШИМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии

Научный руководитель: проф., д.мед.н. Коростий В.И.

Введение. Актуальность темы обусловлена трудностями понимания собственной болезни, собственных симптомов больными с депрессивным расстройством, а также предоставление возможности углубленно изучить свою болезнь и ее причинно-следственные связи возникновения для повышения терапевтического эффекта.

Целью нашего исследования являлось выяснить влияние арт-терапевтической рисуночной техники «Внутренняя картина болезни» в комплексном лечении больных с большим депрессивным расстройством.

В данном исследовании были применены методы исследования: 1 – клинико-диагностический; 2 – шкала определения уровня ангедонии SHARPS; 3 – шкала депрессии и тревоги Гамильтона; 4 – шкала оценки качество жизни