

SCI-CONF.COM.UA

PROGRESSIVE RESEARCH IN THE MODERN WORLD



**PROCEEDINGS OF III INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
DECEMBER 1-3, 2022**

**BOSTON
2022**

PROGRESSIVE RESEARCH IN THE MODERN WORLD

Proceedings of III International Scientific and Practical Conference

Boston, USA

1-3 December 2022

Boston, USA

2022

UDC 001.1

The 3rd International scientific and practical conference “Progressive research in the modern world” (December 1-3, 2022) BoScience Publisher, Boston, USA. 2022. 867 p.

ISBN 978-1-73981-125-9

The recommended citation for this publication is:

Ivanov I. Analysis of the phaunistic composition of Ukraine // Progressive research in the modern world. Proceedings of the 3rd International scientific and practical conference. BoScience Publisher. Boston, USA. 2022. Pp. 21-27. URL: <https://sci-conf.com.ua/iii-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-progressive-research-in-the-modern-world-1-3-12-2022-boston-ssha-arhiv/>.

Editor

Komarytskyy M.L.

Ph.D. in Economics, Associate Professor

Collection of scientific articles published is the scientific and practical publication, which contains scientific articles of students, graduate students, Candidates and Doctors of Sciences, research workers and practitioners from Europe, Ukraine, Russia and from neighbouring countries and beyond. The articles contain the study, reflecting the processes and changes in the structure of modern science. The collection of scientific articles is for students, postgraduate students, doctoral candidates, teachers, researchers, practitioners and people interested in the trends of modern science development.

e-mail: boston@sci-conf.com.ua

homepage: <https://sci-conf.com.ua>

©2022 Scientific Publishing Center “Sci-conf.com.ua” ®

©2022 BoScience Publisher ®

©2022 Authors of the articles

11. *Журавель В. І., Алексійчук О. Ю., Журавель В. В., Зарецький М. М., Тимошенко В. В.* 81
ПЛАНУВАННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ, ЯКА
ТЕХНОЛОГО-ФУНКЦІОНАЛЬНА ФАЗА ПРОЦЕСУ
УПРАВЛІННЯ У МЕДИЧНІЙ СФЕРІ
12. *Захарова А. О., Пацація М. М., Білопольська М. І.* 92
ПОРІВНЯННЯ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРКИ
ВІД ЖИВОГО І МЕРТВОГО ДОНОРА
13. *Копач К. Д., Мусієнко А. Ю.* 96
АНАЛІЗ РІВНЯ ЗАДОВОЛЕНOSTІ ГРОМАДИ, ЩОДО
ЗАПРОВАДЖЕННЯ МЕДИЧНИХ РЕФОРМ В ПЕРІОД
ПАНДЕМІЇ COVID-19
14. *Кошова І. П., Пилипенко А. Ю., Плисюк В. А., Довгаль Е. В.* 102
ОГЛЯД АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ ЛІКУВАННЯ ACNE
VULGARIS
15. *Рижков Б. П., Волкова О. О., Гончарова Н. М., Колесник В. П.* 107
ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ПЕРФОРАТИВНИХ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК
16. *Тімощук Д. С.* 111
МАТКОВО-ПЛАЦЕНТАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ. СУЧАСНІ
ПОГЛЯДИ НА ЕТІОЛОГІЮ. АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ
17. *Шумко Г. І., Цап М. М.* 119
ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЗАДИШКИ ПРИ РІЗНИХ
ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

CHEMICAL SCIENCES

18. *Delehan S. V., Luhosh I. I.* 126
REGULATIONS AND PLANS TO REDUCE CLIMATE CHANGE
IN UKRAINE BEFORE WAR
19. *Klimko Yu. E., Koshchii I. V., Vasilkevich O. I., Levandovskii S. I.* 133
SYNTHESIS HYDROXAMIC ACIDS WITH A CAGE FRAGMENT
AND BIOLOGICAL ACTIVITY OF THEIR COMPLEXES WITH
 Cu^{2+} AND Fe^{3+}
20. *Марзімай В. В., Марзімай Л. Г., Марзімай Д. В.* 139
ВПЛИВ ГІБЕРЕЛОВОЇ КИСЛОТИ НА ПРОРОСТАННЯ
НАСІННЯ І РІСТ ПРОРОСТКІВ HIBISCUS SYRIACUS

TECHNICAL SCIENCES

21. *Ruzudzhensk S.* 143
RESEARCH ON THE POSSIBILITY OF USING A NEURAL
NETWORK, TRAINED ON THE BASIS OF THE STRUCTURAL
INTERACTING TECHNOLOGIES SCHEME, FOR AUTOMATIC
LaTeX SCIENTIFIC PAPERS GENERATION

УДК: 616.24-008.4-079.4-092

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ЗАДИШКИ ПРИ РІЗНИХ ПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Шумко Галина Іванівна,

к.мед.н., доцент кафедри
внутрішньої медицини, клінічної
фармакології та професійних хвороб

Цап Михайлина Михайлівна,

Студент

Буковинський державний медичний університет
Чернівці, Україна

Анотація. Задишка є однією з основних причин, що змушують хворого звернутися до лікаря, викликати карету швидкої допомоги та, в більш тяжких випадках, потрапити в екстреному порядку до стаціонару. Згідно результатів епідеміологічного дослідження, проведеного Американським торакальним товариством, встановлено, що кожного року більше 17 млн. хворих звертається до лікарів у зв'язку з задишкою. Вона, поряд з болем у спині та загальною слабкістю, присутня у третини всіх госпіталізованих хворих та є найрозповсюдженішою скаргою. Слід досить ретельно проводити диференційну діагностику задишки в терапевтичній практиці, щоб вірно встановити її причину та відповідно надати адекватну допомогу пацієнту.

Ключові слова: задишка, патогенез, діагностика, диференційна діагностика.

Задишка є досить поширеним симптомом у пацієнтів терапевтичного профілю і може бути наслідком численних станів та захворювань різного генезу.

Задишка (dyspnoe) – порушення акту і частоти дихання, що характеризується порушенням ритму і глибини вдиху і видиху, підвищенням роботи дихальних м'язів та супроводжується, як правило, суб'єктивним

відчуттям “браку повітря” або утрудненням дихання, що викликає у пацієнта дискомфорт [1].

Задишка обумовлена підвищенням роботи дихальних м'язів для забезпечення змін об'єму грудної клітки при зменшенні податливості її стінок або легенів чи збільшенні опору повітряних шляхів. При інспіраторній задишці в акті дихання беруть участь м'язи грудної стінки і крил носа, а також грудинно-ключично-соскоподібний, трапецієподібний і зубчастий м'язи. При експіраторній задишці в цей процес включаються м'язи живота і попереку. Хворий часто намагається полегшити акт дихання, спираючись на щось руками для фіксації плечового поясу [1].

Вважають, що виникнення задишки пов'язане з двома факторами: інтенсивністю рефлекторної стимуляції моторного центру головного мозку (вольова стимуляція не є фактором) і ступенем, до якого механічна патологія в респіраторній системі (обструкція чи рестрикція) перешкоджає активності дихальних м'язів [2].

Задишка може виникати через інтенсивну рефлекторну стимуляцію дихання внаслідок пневмонії, раптового порушення кровоплину по гілках легеневої артерії (у разі тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА)), набряку легеневої тканини, механічних порушень в дихальній системі (наприклад, обструкція дихальних шляхів) чи патології діафрагми [3].

Головними причинами задишки є:

I. Дихальна недостатність внаслідок:

- 1) порушення бронхіальній прохідності;
- 2) дифузних захворювань легеневої паренхіми;
- 3) захворювань судин легенів;
- 4) захворювань грудної клітки або дихальних м'язів.

II. Серцева недостатність.

III. Синдром гіпервентиляції при неврозах і нейроциркуляторній дистонії.

IV. Ураження дихального центру при органічних захворюваннях мозку.

V. Деякі порушення обміну речовин [3].

Прийнято розрізняти інспіраторну задишку, тобто утруднення вдиху, і експіраторну – утруднення видиху. Проте їх чітке розмежування не завжди можливе, оскільки часто задишка носить змішаний характер. Так, навіть у здорових осіб бронхіоли на видиху вужчі, ніж на вдиху. При набуханні слизової оболонки і заповненні просвіту секретом, звуження бронхіол наростає, що в умовах пасивного видиху сприяє появі ознак порушення бронхіальної прохідності [1].

Раптовий початок задишки (деякі пацієнти можуть вказати, з якого вдиху почалась задишка) дає серйозні підстави запідозрити ТЕЛА чи пневмоторакс. Пневмоторакс є більш імовірним діагнозом у молодій здоровій людини без будь-яких захворювань в анамнезі. І, навпаки, про ТЕЛА треба подумати насамперед, якщо пацієнт має відомі фактори ризику виникнення тромбозу глибоких вен (наприклад, вимушений ліжковий режим протягом кількох днів) [4].

Причиною підгострого початку задишки може бути пневмонія, бронхіальна астма, набряк легень (серцевий чи несерцевий) чи параліч діафрагми. Кардіогенний набряк легень часто поєднується з кашлем і пінистим, з домішками крові, харкотинням. Про серцеву причину треба подумати, якщо наявні такі симптоми, як запаморочення, серцебиття і синкопе, що можуть вказувати на гострий інфаркт міокарда. Некардіогенний набряк легень поєднується з наростаючою гіпоксемією і йому, зазвичай, кількома годинами раніше передують якесь ураження легень чи нервової системи. Запаморочення в анамнезі, парестезії в навколоротовій ділянці чи дистальних відділах кінцівок і біль у грудях можуть вказувати на синдром гіпервентиляції [5].

Недавня подорож чи інша ймовірність контакту з інфекційним збудником може вказувати на діагноз пневмонії. Професійний анамнез може виявити обставини, при яких могла відбутися інгаляція органічних чи неорганічних часточок, які могли спровокувати реакцію гіперчутливості чи гостре токсичне ураження легень. Охриплість чи афонія вказують на патологію верхніх

дихальних шляхів [6].

Найбільш важливими критеріями задишки серцевого походження є ознаки міокардіальної недостатності, до яких належать:

- збільшення розмірів серця, передусім за рахунок дилатації лівого шлуночка (зміщення верхівкового поштовху в шостий міжреберний проміжок, дані рентгенографії, ехокардіографії) – це найважливіша ознака серцевої недостатності, відсутність якої вимагає перегляду діагнозу;
- наявність патологічних змін на ЕКГ – порушення ритму і провідності, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, ішемії й вогнищевих змін в міокарді;
- зміна показників насосної функції лівого шлуночка (збільшення кінцевого діастолічного об'єму, зниження фракції викиду та ін.) [4].

Диференційна діагностика задишки у разі серцевої недостатності та нейроциркуляторної дистонії (НЦД) є особливо важкою через наявність багатьох спільних ознак: кардіальні скарги (біль в ділянці серця, серцебиття, перебої), порушення ритму і реполяризації, що часто зустрічаються на електрокардіограмі. У клінічній картині НЦД на користь нейрогенної задишки свідчать часті «обтяжливі» зітхання у спокої, неритмічний характер дихання, що нормалізується уві сні. Відчуття нестачі повітря, зазвичай, з'являється у спокої і зникає, коли хворий починає рухатися і відволікається. Часто виникає відчуття грудки в горлі ("globus hystericus"). Тривале тахіпное може привести до гіпервентиляції і розвитку тетанічних судом, чого ніколи не буває при задишці серцевого і легеневого генезу [5].

Важливе диференційно-діагностичне значення мають прості проби із затримкою дихання і рахунком вголос. При нейрогенній задишці хворий може затримувати дихання не менше, ніж на 30 с і повільно порахувати вголос на одному диханні більше, ніж до 10 - 20, що неможливо при задишці органічної природи. При об'єктивному дослідженні виявляють, що нейрогенна задишка часто не супроводжується тахікардією, а розміри серця завжди знаходяться в межах норми [5].

Для уточнення діагнозу і виключення серцевої і легеневої недостатності часто необхідні досить трудомісткі додаткові обстеження з оцінкою показників насосної функції лівого шлуночка у спокої і при фізичному навантаженні, функції зовнішнього дихання і газового складу артеріальної крові, які при функціональній задишці не змінюються [6].

Задишка часто спостерігається при тяжкій анемії та інших порушеннях киснево-транспортної функції гемоглобіну - метгемоглобінемії, сульфогемоглобінемії, при отруєнні чадним газом та ін. У таких випадках тахіпноє, як і тахікардія і звуження судин шкіри, є компенсаторними.

Задишку центрального походження визначають при органічному ураженні мозку із залученням до процесу дихального центру – інсульт, пухлини мозку, енцефаліт й інші тяжкі захворювання. Така задишка часто супроводжується брадикардією [6].

Труднощі в діагностиці виникають у пацієнтів, які вже мали серцеві чи легеневі захворювання, адже більшість з них вже мають певний ступінь задишки в спокої чи при навантаженні. Виникнення нового захворювання може посилити задишку, тому необхідно буде диференціювати цю нову причину.

Завжди треба пам'ятати про можливість ТЕЛА у пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, які є факторами ризику виникнення емболії. Виявлення тромбозу глибоких вен (неінвазивними чи інвазивними методами) робить цей діагноз більш імовірним. Радіоізотопне вентиляційно - перфузійне сканування легень не допомагає встановити діагноз ТЕЛА в пацієнтів, що мають серцево - судинні захворювання і для підтвердження або виключення цієї ургентної патології необхідно проводити ангіографію легеневої артерії [4].

Наявність пневмотораксу буде очевидною при рентгенографії у пацієнтів з серцево - судинними захворюваннями, проте розрізнити пневмонію та набряк легень у цих хворих досить складно. Гнійне харкотиння, лихоманка, лейкоцитоз вказують на пневмонію, проте діагноз вимагає детальніших методів обстеження, що включають рентгенографію легень, бронхоальвеолярний лаваж,

бактеріологічне, вірусологічне дослідження та дослідження на грибки матеріалу, взятого щіточкою при бронхоскопії [6].

У деяких випадках найшвидшим діагностичним методом є визначення тиску заклинювання в легневих капілярах під час епізоду задишки (за допомогою катетера Свана-Ганза). Якщо тиск є підвищеним (нормальним вважають тиск менше 12 см водяного стовпчика), найбільш вірогідною причиною раптової задишки є серцева патологія. Цей метод є інвазивним, проте при виконанні досвідченим спеціалістом займає менше 30 хвилин, а ускладнення і смертність, пов'язані з ним, трапляються вкрай рідко [6].

Вказати на первинну основну причину, яка лежить в основі раптової задишки, може пробна терапія, при якій лікар послідовно намагається оптимізувати лікування в напрямку серцевої та легеневої системи. Наприклад, спочатку він призначає діуретик, серцевий інотропний препарат або периферичний вазодилататор в оптимальних дозах. Якщо задишка триває, тоді переходить на пульмонологічні препарати, а саме бронходилататори та кортикостероїди.

Оскільки викликати задишку можуть захворювання дихальної та серцево-судинної системи, анемія, алергія або психічний розлад, то і лікування буде залежати від причини. Лікувати при цьому потрібно не симптом, а основне захворювання. Тому терапія задишки у кожного пацієнта відрізняється [5].

Щоб запобігти виникненню задишки, необхідно виявити її причину та провести лікування основного захворювання. Якщо у пацієнта є шкідливі звички (куріння, неправильний режим харчування), то необхідно відмовитися від них.

Профілактика при хронічних захворюваннях серця та легенів полягає в постійному прийомі ліків, які покращують стан пацієнта, запобігають прогресуванню патології [6].

Отже, слід досить ретельно проводити диференційну діагностику задишки в терапевтичній практиці, щоб вірно встановити причину її

виникнення та відповідно надати адекватну допомогу пацієнту.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Ведення хворого з хронічною серцевою недостатністю (сучасна практика внутрішньої медицини з невідкладними станами): методичні вказівки для студентів та лікарів-інтернів / упоряд.: О. Я. Бабак, М. І. Кліменко, Е. Ю. Фролова [та ін.] ; Міністерство охорони здоров'я України, Харківський національний медичний університет. – Харків: ХНМУ, 2019.
2. Ведення хворих в кардіологічній клініці : навч.-метод. посіб. / В. Д. Сиволап [та ін.]. – вид. 2-ге доповн. та доопрац. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2016.
3. Хухліна О.С. Внутрішня медицина та професійні хвороби: діагностика та лікування: Навчальний посібник. Вид. 4-те перероблене. Чернівці: БДМУ, 2020.
4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю.М. Мостового. – 28-ме вид., змін. та доповн. – Київ: Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
5. Chandy G. M., Sathyendra S., Pichamuthu K., Hazra D., Abhilash KPP. Differentiating Cardiac and Pulmonary Causes of Dyspnea Using Ultrasonography and Dyspnea Discrimination Index. Indian J Crit Care Med. 2021.
6. Stevens J. P., Dechen T., Schwartzstein R., et al. Prevalence of Dyspnea Among Hospitalized Patients at the Time of Admission. J Pain Symptom Manage 2018.