

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ТА ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ

МАТЕРІАЛИ

71-ї ПІДСУМКОВОЇ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
ПРОФЕСОРСЬКО-ВИКЛАДАЦЬКОГО СКЛАДУ УЖНУ

*Факультет післядипломної освіти та
доуніверситетської підготовки*



ISBN 978-617-7404-30-8



9 786177 404308

нерідко в харкотинні (бактеріоскопічно) визначаються мікобактерії туберкульозу (МБТ), рентгенологічно — вогнища деструкції легеневої тканини. На пізніх стадіях клініка часто нагадує первинний легеневий туберкульоз, МБТ у харкотинні методом бактеріоскопії виявляються рідко, при рентгенодіагностиці — вогнища інфільтрації без розпаду. Інші автори відмічають часте втягнення в патологічний процес лімфатичних вузлів, менігеальних оболонок і плеври. Вчені дійшли висновку, що у хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-інфекцією рідше вражаються верхні сегменти легень, не так часто формуються порожнини розпаду та ателектази. Хворі з супутньою патологією частіше ніж інші мають побічні реакції на лікарські препарати, у них часто ВІЛ-інфекція ускладнюється септичним шоком з порушенням основних функцій організму. Особливістю клініки ВІЛ (СНІДу) у хворих з ТБ є зловияснений, клінічно небезпечний для життя перебіг хвороби, з блискавичним розвитком процесу в легенях, тенденцією до генералізації і летальністю (через 4-6, рідше 9-12 місяців) на фоні протитуберкульозного лікування.

Висновок. Отримані дані свідчать, що ВІЛ-інфекція у хворих на туберкульоз є однією з провідних причин смертності, що пов'язано з атиповим клінічним перебігом та неефективністю протитуберкульозного лікування при розвитку генералізованого процесу. Тому виокремлення особливостей клінічного перебігу ТБ у ВІЛ-інфікованих має важливе значення для кращої діагностики та лікування даної категорії пацієнтів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПОКАЗНИКІВ СТЕРЕОЇДНИХ ГОРМОНІВ З РІВНЕМ БРОНХООБСТРУКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Лізанець Н.В., Товт-Коршинська М.І.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії; медичний факультет №2, кафедра внутрішніх хвороб, м. Ужгород

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, бронхообструкція, кортизол.

Вступ. За даними ВООЗ у світі нараховується близько 600 млн пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ). Відбувається зростання рівня захворюваності на ХОЗЛ, зумовлене забрудненням довкілля, поширенням тютюнопаління і старінням населення. Це захворювання є найчастішою причиною інвалідизації і летальності серед усіх легеневих захворювань. Відомо, що в патогенезі ХОЗЛ важливу роль відіграє ендокринна система, особливо функція наднирників, що зумовлює доцільність подальшого вивчення взаємозв'язку між рівнем стероїдних гормонів та бронхообструкцією.

Мета. Виявити діагностичну та прогностичну роль показників стероїдних гормонів при ХОЗЛ на основі літературних даних.

Матеріали та методи. Для вирішення поставленої мети було проаналізовано ряд вітчизняних та іноземних літературних джерел.

Результати. Дані проведених комплексних досліджень стероїдних гормонів у пацієнтів з ХОЗЛ дозволили оцінити роль ендокринної системи в розвитку бронхообструкції даного захворювання. Недостатність кортизолу відіграє важливе значення в ініціації і прогресуванні захворювання. Ступінь вираженості порушень синтезу кортизолу тісно пов'язана з ступенем бронхообструкції, а саме, з показником ОФВ1 (об'єм форсованого видиху (вдоху) за першу секунду). Виявлено, що ОФВ1 знаходиться в прямій залежності від рівня стероїдних гормонів. Результати досліджень стероїдних гормонів дають змогу більш детально вивчити їх роль в патогенезі ХОЗЛ і дозволяють розглядати гормональний дисбаланс як один з ключових механізмів втрати зворотного компонента бронхообструкції.

Висновки. Аналіз літературних даних свідчить, що зміни в гормональному статусі пацієнтів з ХОЗЛ дають підстави для корекції даних показників у комплексній терапії ХОЗЛ. Актуальним є питання про комплексний вплив ендокринної системи, зокрема стероїдних гормонів, на процес хронічного запалення і втрату зворотного компоненту бронхообструкції у пацієнтів з ХОЗЛ.

ЕФЕКТИВНІСТЬ β 2-АГОНІСТІВ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

Сухан В.С.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, м. Ужгород

Ключові слова: бронхіальна астма, хронічне обструктивне захворювання легень, перехресний синдром, дозований аерозольний інгалятор сальбутамола, небулайзерна інгаляція вентоліна, функція зовнішнього дихання.

Вступ. Бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) мають певні спільні риси для обох захворювань — хронічне запалення та порушення прохідності дихальних шляхів, але відрізняються за патогенезом, клінічним перебігом, схемами фармакотерапії. Супутній перебіг БА та ХОЗЛ — перехресний синдром (АХПС) характеризується персистою обструкцією дихальних шляхів з певними ознаками як БА так і ХОЗЛ. Питання лікування синдрому неодноразово підіймалося у науковій літературі, але й нині залишається відкритим.

Мета. Проаналізувати ефективність різних видів інгаляційного лікування у хворих на бронхіальну астму з супутнім хронічним обструктивним захворюванням легень (перехресний синдром).

Матеріали та методи. Обстежено 105 хворих. Серед них 40 хворих на БА, 32 — на ХОЗЛ і 33 — з АХПС. І-група хворих (n=37) отримувала традиційне

реабілітаційне лікування і слугувала контролем. II-група (n=33) додатково до традиційного отримувала β_2 -агоніст у вигляді дозованого аерозольного інгалатора (ДАІ) салбутамолу. III-група (n=35) додатково до традиційного отримувала β_2 -агоніст у вигляді небулайзерних інгаляцій (НІ) вентоліна. Кожна група включала хворих на БА, ХОЗЛ та АХПС. Всім хворим було проведено обстеження функції зовнішнього дихання (ФЗД).

Результати. До початку реабілітаційного лікування майже у всіх хворих були виявлені різноманітні порушення ФЗД. Динаміка показників ФЗД після проведеного реабілітаційного лікування мала деякі відмінності для кожної групи хворих порівняно з контрольною. В II-групі хворих значний приріст показників ФЗД констатувався в п/групі хворих на ХОЗЛ і коливався від 13,2% до 27,9%. Приріст показників бронхіальної прохідності був найбільший в III-групі хворих. В п/групі хворих на БА приріст ФЗД за різними показниками коливався від 16,8% до 21,2%, а в п/групі хворих на АХПС – від 15,6% до 20,5%. Цікавим був факт незначного приросту показників ФЗД в контрольній групі хворих, а особливо в п/групі хворих на ХОЗЛ.

Висновки. Проведений аналіз показників функції зовнішнього дихання свідчить про ефективність запропонованих методів реабілітаційного лікування. Дозована аерозольна інгаляційна терапія найбільш ефективна у лікуванні хворих на ХОЗЛ, а небулайзерна – у лікуванні хворих на БА та АХПС.

МОТОРНІ УСКЛАДНЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА ЛЕВОДОПОЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Сабовчик А. Я., Пулик О. Р., Гирявцев М. В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, курс неврології, м. Ужгород

Ключові слова: хвороба Паркінсона, дискінезії, моторні флуктуації, леводопа.

Вступ. На пізніх стадіях хвороби Паркінсона, через 5-10 років безперервного лікування леводопою, у хворих можуть виникнути ускладнення у вигляді дискінезій чи моторних флуктуацій.

Дискінезії при хворобі Паркінсона виражаються мимовільними рухами у вигляді хореоатетозу та дистонії. Розрізняють дискінезії «піку дози», або дискінезії «включення», «двофазні» дискінезії та дистонії «виключення», або дистонії «кінця дози». Дискінезії «піку дози» проявляються гіперкінезами на висоті антипаркінсонічної дії дози леводопи. «Двофазні» дискінезії виникають на початку і в кінці дії дози леводопи. Дистонії «виключення» виникають у фазі мінімальної дії леводопи. Існують також моторні флуктуації, до яких відноситься феномен «зношування» («wearing-off»), що проявляється поновленням ознак захворювання раніше ніж через 4 години після вживання

леводопи та феномен «увімкнення-вимкнення» («on-off»), який характеризується раптовим знерухомленням, що чергується з періодами рухової активності. З огляду на вище наведене, вчасне виявлення початкових ускладнень та корекція терапії, є важливою для попередження грубих ускладнень.

Клінічний випадок. До нас звернувся пацієнт Д., 67 років, зі скаргами на мимовільні рухи в кінцівках та посмикування в м'язах тулуба і обличчя, які виникають декілька разів на день і самостійно зникають. З анамнезу відомо, що діагноз «Хвороба Паркінсона» йому встановлено в 2006 році. З того часу приймає препарати леводопи, доза яких, в міру розвитку хвороби, збільшувалася. Останні декілька років приймав левоком 1 таб. (250/25 мг) 5 разів на добу та праміпексол 1 таб. (0,5 мг) 3 рази на добу. Півроку тому, з'явилися мимовільні неkoordinовані рухи в кінцівках, посмикування в м'язах тулуба та обличчя. В неврологічному статусі хорейні гіперкінези кінцівок, тулуба та обличчя. ЧМН без особливостей. Сухожилльні та періостальні рефлекс з рук та ніг жваві, D=S. Позитивний симптом Маріонеску-Радовічі з обох боків. Патологічні стопні знаки не викликаються. М'язова сила рівномірно знижена. М'язовий тонуус визначити важко через гіперкінези. Чутливість не порушена. При зникненні гіперкінезів ходить шаркаючи, дрібними кроками з нахилом тулуба вперед. Результати лабораторних та інструментальних методів обстеження змін не виявили.

Для хворого розроблено щоденник, в якому позначався точний час прийому препаратів, а також початок і кінець гіперкінезів. Аналіз даних щоденника виявив, що гіперкінези корелюють із прийомом левокому. Таким чином встановлено, що дискінезії у даного пацієнта являються дискінезіями «піку дози». Хворому відкореговано терапію: левоком 250/25 мг 1 таб. 4 рази на добу, праміпексол 0,5 мг 1 таб. 3 рази на добу, амантадин 100 мг 1 таб. 1 раз на добу. Дана комбінація препаратів та доз значно зменшила вираженість дискінезій та їх частоту.

ВИКОРИСТАННЯ МАГНІТОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Пулик О. Р., Гирявцев М. В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, курс неврології. **Ключові слова:** півкукульний ішемічний інсульт, реабілітація, когнітивні порушення, магнітотерапія.

Вступ. Судинно-мозкові та серцево-судинні захворювання займають перше місце в структурі захворюваності населення України й обумовлюють 63-65% всіх смертельних випадків та до 30% усіх випадків інвалідності. Використання такого фізіотерапевтичного методу, яким є магнітна стимуляція, одночасно для