

ний артеріальний тиск. Дані неврологічного статусу: орієнтований у місці, часі та власній особі, свідомість ясна; із боку черепно-мозкових нервів – очні шідлини D=S, зіниці D=S, рух очних яблук у повному об'ємі, фотореакція та конвергенція збережені; лице симетричне, язик по середній лінії, фонація та ковтання не порушені; сухожилі та періостальні рефлексії із рук та ніг знижені симетрично; порушень у сфері чутливості не виявлено, м'язова сила в кінцівках збережена; патологічних рефлексів не виявлено, менингеальні знаки та симптоми натягу відсутні, в позі Ромберга – легке похитування, пальце-носову та колінно-п'яточну проби виконує задовільно.

Хворого обстежено за допомогою додаткових методів. Дуплекс сканування екстра-краніальних артерій атеросклеротичних бляшок не виявило, але швидкісні показники системно знижені. За результатами нейрон-сонографічного скринінгового обстеження – у пацієнта ознаки синдрому обструктивного апноє і він потребує підбору лікувального апарату для методу СИПАП-терапії. ЕхоКС дослідження виявило гіпертрофію лівого шлуночку, дилатацію лівого передсердя, дегенеративні зміни аорти, аортального та мітрального клапанів, диастолічний розлад лівого шлуночку по I типу, СЗМ – збережена.

На ЕЕГ картина типова для СОАС. Відмічаються регулярні епізоди зупинки дихання 20-30сек за рахунок обструкції верхніх дихальних шляхів. ЕЕГ без епілептичних феноменів. МРТ головного мозку – ознаки церебральної мікроангіопатії, із явищами порушення ліквородинаміки головного мозку помірного ступеня вираженості. За допомогою лабораторних методів обстеження виявлено симптоматичний еритроцитоз. Хворому рекомендовано дієтотерапію для зниження маси тіла, прийом гіпотензивних, гіполіпемічних препаратів, а також підбір лікувального апарату для методу СИПАП терапії.

МІОТОНІЯ ТОМСЕНА: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Павлюк-Карачевцева А.П., 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: міотонія Томсена, спадкові захворювання

Вступ. Міотонія Томсена – спадкове ураження поперечно-позмурованої мускулатури, проявом якого є пролонговане розслаблення м'язів після їх скорочення, гіпертрофією уражених м'язів. У хворих із даним видом міотонії прослідковується домінуючий тип успадкування патологічного аутосомного

гену. Поширеність хвороби становить 3-7 випадків на 1 млн. населення. Міотонія Томсена відноситься до спадкових каналопатій. Захворювання пов'язане із дефектом 7-ї хромосоми, а саме гену CLCN1, що детермінує синтез білка хлорних іонних каналів міофібрил скелетної мускулатури. Відмічаються порушення міоневральної провідності і патологія внутрішньоклітинних мембран, що викликані зниженням проникності плазмолемі для іонів хлору у м'язеві волокна. Дефект проковує іонний дисбаланс: іони хлору накопичуються на верхній міофібрилі, не проникаючи всередину, що призводить до біоелектричної нестабільності у м'язевій мембрані. У м'язах таких хворих підвищений рівень ацетилхоліну. Морфологічні зміни: централізація ядер сарколеми, збільшення площі перерізу міофібрил, що свідчить про їх гіпертрофію. Електронна мікроскопія виявляє гіпертрофію саркоплазматичного ретикулума, збільшення розмірів мітохондрій і зміну їх форми, потовщення теломатри.

Клінічний випадок. Хвора І., 1960 р.н. поступила в ЗОКЛ ім. А.Новака. Основними скаргами при зверненні були стискаючий біль голови, утруднення розмикання повік, утруднення ходи, особливо на початку руху. Вперше прояви захворювання почала помічати в школі – з'явилося утруднення рухів у руках. Обстежена дитячим неврологом, встановлено діагноз: міотонія Томсена. З часом стан погіршився, з'явилися біль голови, утруднення при жування та ходи. Направлена на обстеження в Закарпатську ОКЛ ім. А.Новака. У неврологічному статусі атлетична тілобудова, гіпертрофія усіх груп м'язів, тонічні спазми при розкритті повік, долоні, жувальних рухах, різкому початку ходи; розладів поверхневої та глибокої чутливості не виявлено, міотонічні симетричні сухожилісні рефлексії, м'язевий «валік» при постукуванні долоні; гіпотонія м'язів у стані спокою; легка дифузна м'язова слабкість. На основі анамнезу, клінічної картини, даних лабораторних та інструментальних методів обстеження (в т.ч. МРТ головного мозку – органічного ураження не виявлено), хворій підтверджено діагноз «Міотонія Томсена». Рекомендовано дієту зі зниженим вмістом калію, препарати калцію, мускамед, сечогінну терапію калійуретичними діуретиками, масаж, ЛФК.

ПОЄДНАННЯ ДЗЕРКАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ТА 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: півкульний ішемічний інсульт, реабілітація, когнітивні порушення, магнітотерапія, дзеркальна терапія.

Вступ. Рухові розлади займають одне з головних місць серед наслідків перенесеного мозкового інсульту. Геміпарез зустрічається у 85 % хворих, відразу після перенесеного інсульту, а 75% пацієнтів продовжують зазнавати труднощів при використанні руки протягом 1 року після інсульту. Реабілітація хворих з мозковим інсультном базується на немедикаментозних методах впливу. Самим відомим традиційним немедикаментозним методом впливу є метод фізіотерапії, зокрема магнітотерапії. Дзеркальна терапія, залучає візуальну стимуляцію за допомогою демонстрації нормального функціонування кінцівки, активуючи не тільки фізичну, а й когнітивну сферу. Поєднання в період реабілітаційного "вікна" дзеркальної терапії та магнітної стимуляції, одночасно для відновлення як когнітивних так і рухових порушень, поки не проводилася. Саме тому нами проведено наступне дослідження.

Мета. Прискорити відновлення рухового дефіциту у хворих після перенесеного ішемічного інсульту шляхом використання дзеркальної терапії та магнітотерапії.

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом шести місяців 2016 року. У дослідженні взяли участь 44 хворих, жителів м. Ужгород, що перенесли півкульний ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав $59,1 \pm 1,1$ року. Хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи по 22 хворих. Ураження правої півкулі в основній групі виявили у 58,3% хворих, лівої – у 41,7%, а в контрольній групі 37,5% та 62,5% – відповідно. Всім хворим проведено загальноклінічне обстеження, нейрофізіологічне обстеження, нейропсихологічне обстеження з використанням батареї тестів: MMSE, функціональне обстеження із використанням Скандинавської шкали інсульту, геріатричної шкали депресії – GDS для визначення емоційного стану.

Для магнітотерапії нами використано апарат Viofor JPS із змінним магнітним полем низької частоти за програмою M2 P2 на великому аплікаторі тривалістю 12 хв протягом 10 днів в 3 підходи. Дзеркальну терапію проводили 3 рази в тиждень по 20 хв, спочатку на базі відділення далі амбулаторно протягом 3 місяців.

Результати. Функціональний стан пацієнтів основної групи на початку дослідження склав $48,9 \pm 0,8$ бала за Скандинавською шкалою інсульту, а у пацієнтів контрольної групи – $49,0 \pm 0,7$ бала. По завершенні терапії покращення спостерігалось у пацієнтів в обидвох групах, в основній групі середній бал склав $51,4 \pm 0,6$ бали, в контрольній – $50,7 \pm 0,7$ бали. По шкалі MMSE встановлено, що середній бал в основній групі перед початком дослідження склав $25 \pm 0,8$ бали, а в контрольній $26 \pm 0,4$ бали. Після проведеного курсу реабілітації середній бал основній групі склав $26 \pm 0,6$ бали,

а в контрольній – 27 балів $\pm 0,4$ бали. Одночасно встановлено зменшення депресії у пацієнтів обох груп. Згідно шкали GDS на початку лікування в основній групі показник склав 6,04, а після терапії – 4,28, показники пацієнтів контрольної групи – 5,43 та 4,31 відповідно.

Висновки. За результатами дослідження встановлено, що залучення в реабілітацію пацієнтів, після перенесеного мозкового інсульту послання магнітотерапії з дзеркальною терапією покращує рухову функцію та когнітивні функції. Для вірогідності результатів необхідною є більша вибірка пацієнтів.

ОСОБЛИВОСТІ КЛАСТЕРУ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ З СУПУТНИМ ОЖИРІННЯМ

Сухан В.С.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фтизіатрії та фізіотерапії, м. Ужгород
Ключові слова: бронхіальна астма, ожиріння, індекс маси тіла.

Вступ. Серед супутніх захворювань у хворих на бронхіальну астму (БА) значне місце займає ожиріння різного ступеня. Встановлена пряма кореляційна залежність між підвищенням індексу маси тіла (ІМТ) та збільшенням частоти розвитку, тяжістю перебігу БА. У пацієнтів з коморбідністю БА та ожиріння зменшується показник астма-контролю. В GINA 2013 року ожиріння виділено як головний фактор ризику розвитку та погіршення контролю БА. Поєднання БА та ожиріння може формувати «порочне коло» до якого приєднуються інші патогенетичні механізми, які погіршують перебіг БА. **Мета.** Проаналізувати особливості кластеру хворих на бронхіальну астму з супутнім ожирінням.

Матеріали та методи. Було обстежено 58 хворих на БА із супутнім ожирінням, які лікувались в ДУ НПМЦ «Реабілітація» МОЗ України. Критерієм включення слугував ІМТ = 30 кг/м^2 . У всіх хворих ретельно збирався анамнез захворювання та життя. Проведено діагностичне та загальноклінічне обстеження.

Результати. Середній вік хворих кластеру БА з супутнім ожирінням склав $53,7 \pm 0,95$. Із них переважна більшість були жінки – 50 хворих (86,2%). Середній ІМТ був на рівні $36,4 \pm 0,79 \text{ кг/м}^2$. Збір алергологічного анамнезу іспитив обтяженість спадковості у 21 хворого (36,2%), частіше по материнській лінії. Давність захворювання на БА становила $3,8 \pm 0,22$ роки. В групі 36 жінок пов'язували розвиток БА з початком клімаксу, а 24% – з оперативним втручанням з приводу гінекологічного захворювання. Погіршення пе-