

реабілітаційне лікування і слугувала контролем. II-група (n=33) додатково до традиційного отримувала β 2-агоніст у вигляді дозованого аерозольного інгалятора (ДАІ) сальбутамола. 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 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., Гирявєць 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 некоординовані рухи в кінцівках, посмикування в м'язах тулуба та обличчя. В неврологічному статусі хореїчні гіперкінези кінцівок, тулуба та обличчя. ЧМН без особливостей. Сухожилльні та періостальні рефлексії 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 тонус 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., Гирявець М.В.

ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра пульмонології, фізіотерапії та фізіотерапії, курс неврології.
Ключові слова: півкульний 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