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

реабілітаційне лікування і слугувала контролем. II-група (n=33) додатково до традиційного отримувала β2-агоніст у вигляді дозованого аерозольного інгалятора (ДАІ) сальбутамола. III-група (n=35) додатково до традиційного отримувала β2-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 котрольній 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., Гирявець 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 прамiпексол 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. Сухожильні та періостальні рефлекси 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, прамiпексол 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, фтизіатрії 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

відновлення як когнітивних так і рухових порушень, поки не проводилася. Саме тому нами проведено наступне дослідження.

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

Матеріали і методи. Дослідження проводилось на базі відділення судинної неврології Ужгородської центральної міської клінічної лікарні протягом шести місяців 2015 року. У дослідженні взяли участь 64 хворих, жителів м. Ужгород, котрі перенесли півкульний ішемічний інсульт. Середній вік хворих склав 58,1±1,1 року. Усіх хворих шляхом довільної вибірки розподілено на дві групи по 32 хворих. Хворим основної групи в програму реабілітації включено магнітотерапію.

Всім хворим проведено загальноклінічні обстеження, нейровізуалізаційне обстеження, нейропсихологічне обстеження із використанням батареї тестів: MMSE, FAB та тест малювання годинника, 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. Статистичну обробку матеріалів проводили при допомозі стандартного статистичного пакета «Microsoft Exel 2007».

Результати. Функціональний стан пацієнтів основної групи на початку дослідження склав 49,9±0,8 бала за Скандинавською шкалою інсульта, а у пацієнтів контрольної групи – 50,0±0,7 бала. По завершенні терапії покращення спостерігалось у пацієнтів в обидвох групах, в основній групі середній бал склав 52,4±0,6 бали, в контрольній – 51,7±0,7 бали. За результатами шкали MMSE встановлено, що середній бал в основній групі перед початком дослідження склав 23±0,8 бали, а в контрольній 24±0,4 бали. Після проведеного курсу реабілітації середній бал в основній групі склав 27±0,6 бали, а в контрольній -26±0,4 бали. Результати тесту малювання годинника у пацієнтів групи, де використано магнітотерапію показав середній бал 6,63±1,1 бала перед початком реабілітаційних заходів та 7,97±0,9 бала по завершенні. В контрольній групі – 7,5±0,7 бала, та 8,5± 0,9 бала відповідно. Одночасно встановлено зменшення депресії у пацієнтів обох груп. Згідно шкали GDS на початку лікування в основній групі показник склав 6,03, а після терапії – 4,25, показники пацієнтів контрольніої групи – 5,43 та 4,31 відповідно.

Висновки. За результатами дослідження встановлено, що залучення в реабілітацію пацієнтів, після перенесеного мозкового інсульту, магнітотерапії вірогідно покращує рухову функцію та покращує когнітивні функції. Отриманий результат дозволяє рекомендувати метод загальної магнітотерапії до використання в ранньому відновному періоді мозкового інсульту.

ХВОРОБА ФРІДРЕЙХА ОПИС КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ У ДВОХ РІДНИХ СЕСТЕР

Павлюк-Карачевцева А.П., Пулик О.Р., Гирявець М.В.

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

Ключові слова: хвороба Фрідрейха, спадкові захворювання.

Вступ. Хвороба Фрідрейха -спадкове дегенеративне захворювання нервової системи, що характеризується порушенням функції ходи. Тип успадкування аутосомно-рецесивний, із неповною пенетрантністю патологічного гена. Поширеність хвороби становить 2-7 випадків на 100 000 населення. Ген хвороби Фрідрейха був картований в центромірній ділянці 9-ї хромосоми в локусі 9ql3 – q21. Передбачається, що класична і атипова форми хвороби Фрідрейха можуть викликатися різними (двома або більше) мутаціями одного гена. Патоморфологічно дегенеративні зміни проявляються у провідних шляхах задніх і бічних канатиків спинного мозку, переважно пучків Голля, меншою мірою – Бурдаха, Флексига, Говерса, волокнах пірамідного шляху, задніх корінцях, а також в клітинах кори мозочка, підкіркових гангліїв, кори великого мозку. Екстраневральними проявами хвороби Фрідрейха є ураження серця (90%), скелетні деформації («стопа Фрідрейха»), ендокринні розлади.

Клінічний випадок. Хвора Л.,1970 р.н., із 1987р. знаходиться під наглядом в ЗОКЛ ім. А. Новака. Основними скаргами при зверненні була неможливість самостійно пересуватись та слабкість і оніміння в руках, виражену слабкість в ногах. При обстеженні у хворої виявлено аортальну ваду серця та вставлено діагноз: Мозочкова атаксія Фрідрейха. Поступово стан хворої погіршувався, наростала важкість при ході, посилювалась скелетна деформація, погіршувалась мова. Неврологічний статус при останньому огляді: виражена дизартрія; сухожильні та періостальні рефлекси не викликаються; викликаються патологічні пірамідні стопні знаки; гіпотонія кінцівок; виражений верхній та грубий нижній парапарези; розлад суглобової та вібраційної чутливості; різко виражена атаксія, координаційні проби не виконує; кіфосколіоз; «Фрідрейхівська стопа» (поглиблення склепіння стопи, екстензія основних фаланг пальців). Самостійно не пересувається, не здатна до самообслуговування.

Молодша сестра хворої – Хвора Н., 1975р.н., скаржиться на слабкість ногах, порушення ходи, виражену загальну слабкість. Хворіє з 1988 р., коли вперше відмітила утруднення ходи. Обстежена в умовах ОКДЛ, підтверджено діагноз сімейна атаксія Фрідрейха. Неврологічний статус: стан хворої вкрай важкий, знаходиться в лежачому положенні, не рухає головою. Відмічаються хаотичні рухи в руках. Емоційно-лабільна. Легкий горизонтальний ністагм, виражена дизартрія. Гіпотонус усіх груп м'язів. Сухожильні рефлекси не викликаються. Наявні патологічні стопні знаки, «Фрідрейхівська стопа».