

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)

**ТОМ 2**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

**МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ВТОМИ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ**

*Личко В.С., доцент, к. мед. н., Картава Ю.О., студ. 4-го курсу  
Медичний інститут Сумського державного університету  
кафедра нейрохірургії та неврології*

Розсіяний склероз (РС) – це хронічне прогресивне захворювання, що виникає переважно у людей віком від 16 до 45 років і призводить до інвалідизації та швидкого вилучення їх із числа працездатного населення. У зв'язку з ураженням захворюванням молодих людей, прогресуючим типом перебігу із подальшими втратою працездатності та інвалідизацією є потреба в детальному розумінні патофізіологічних механізмів для вдосконалення методів діагностики, патогенетичного та симптоматичного лікування.

Одним із симптомів РС є втома, яка виявляється у 75-92 % хворих, значно впливає на якість життя та поглиблює інвалідизацію. Вона характеризується прямою залежністю від навантаження будь-якої модальності, але, на відміну від втоми здорових людей, неадекватна рівню навантаження. Суб'єктивно симптом сприймається як прогресуюче зниження можливості до будь-якої діяльності.

Дослідження останніх років з використанням новітніх методів діагностики – функціональної магнітнорезонансної томографії, позитронної емісійної томографії, електроенцефалографічного картування – свідчать про гетерогенність механізмів розвитку втоми у хворих на РС.

У зв'язку з посиленням проявів втоми у хворих на РС під час екзацерації захворювання, є припущення, що дисфункція імунної системи з вивільненням прозапальних цитокінів значним чином впливає на розвиток даного симптому. Також певна роль належить підвищенню проникності та руйнуванню гематоенцефалічного бар'єра, що виникає під впливом матриксних металопротеїназ-7 і -9, які продукуються астроцитами, макроглією, внаслідок дії на них прозапальних цитокінів.

Завдяки можливості проведення нейровізуалізаційних досліджень виявлено, що втома найчастіше виникала у разі поєданого патологічного впливу демієлінізуючого процесу на перивентрикулярні, субкортикальні ділянки і мозолисте тіло, лобові частки півкуль та стовбур мозку. Було виявлено достовірну кореляцію між тяжкістю симптому втоми у хворих на РС і атрофією у ділянці центральної борозни і прецентральної звивини.

Враховуючи багатокомпонентність патофізіологічних механізмів втоми у пацієнтів із РС, підходи до корекції цього симптому мають бути суттєвою складовою частиною комплексної терапії захворювання.

**СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ДОСЛІДЖЕННЯ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЇ СПАСТИЧНОСТІ**

*Личко В.С., доцент, к. мед. н., Федак А.В., студ. 5-го курсу  
Медичний інститут Сумського державного університету  
кафедра нейрохірургії та неврології*

Мозковий інсульт (МІ) є найтяжчою формою судинних захворювань. Щорічно в Україні фіксується від 100 до 120 тис. хворих. Смертність від МІ сягає 85-90 випадків на 100 тис. населення. 38 % епізодів сталися у людей працездатного віку, до праці повертаються не більше 15 % пацієнтів, а 20-25 % хворих потребують догляду до кінця життя.

Найчастіше МІ ускладнюється спастичним парезом, що проявляється обмеженням рухомості кінцівок, м'язовою скутістю, втомою, деформацією м'язів та суглобів. Спастичність не є абсолютно стаціонарним явищем і може варіювати у відповідь на подразнення, які активують аферентну гілку сегментарного рефлексу. Тому, необхідно виявляти такі стимули у кожного пацієнта, який має спастичний парез, і за можливості зменшити чи виключити їх вплив до початку специфічної терапії.

Постановка діагнозу у таких пацієнтів повинна поєднувати використання як фізичних, так і інструментальних методів дослідження. Необхідне проведення детального неврологічного огляду, що передбачає визначення м'язової сили та функціональної активності спастичних кінцівок. З цією метою використовують відповідні шкали та тести.

Для визначення м'язового тонусу користуються модифікованою шкалою Ашворта, шкалою Тардье, шкалою тонусу привідних м'язів, шкалою частоти м'язових спазмів Пен. Функціональну здатність кінцівки визначають за допомогою шкали Комітету медичних досліджень, шкали Френха, шкали Брансторма, шкали функціональної незалежності та тесту дев'яти отворів і стержнів.

Кінцевою метою та основним критерієм успішності реабілітаційних заходів є поліпшення локомоторних функцій. Безумовно, класичний неврологічний огляд не дає належних критеріїв для оцінки покращення втраченої функції. Саме тому, використання зазначених вище шкал і тестів має надзвичайне значення, адже вони ґрунтуються на якісних і кількісних критеріях, що нівелює суб'єктивні чинники. До того ж, запропоновані варіанти діагностики мають не лише клінічну, а й реабілітаційну спрямованість, що дає змогу правильно планувати відновні заходи та оцінювати їх ефективність. Це, в свою чергу, має вирішальне значення у лікуванні та реабілітації хворих із спастичними парезами.

## **ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ**

*Лілевська А.А.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова,  
кафедра внутрішньої медицини №1*

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) на теперішній час є проблемою, що має тенденцію до стрімкого зростання у всьому світі. Оцінка якості життя (ЯЖ) є важливим показником контролю перебігу захворювання та визначає здатність пацієнта адаптуватися до проявів хвороби.

Мета роботи: дослідити якість життя пацієнтів з різним перебігом ХОЗЛ та при поєднанні з серцево-судинною патологією.

Матеріали і методи. Обстежено 89 пацієнтів з ХОЗЛ, які знаходились на стаціонарному лікуванні в пульмонологічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім.М.І.Пирогова. Середній вік хворих  $56,1 \pm 3,7$ р. Відповідно до наказу МОЗ України №555 від 27.06.2013 хворі розподілені на групи згідно зі ступенем тяжкості захворювання та на групи відповідно до класифікації GOLD. В кожній групі були виділені пацієнти без кардіальної патології та з поєднаним перебігом ХОЗЛ та ішемічною хворобою серця (ІХС), стабільна стенокардія напруги I-II ФК за медичною документацією. ЯЖ оцінювали за допомогою опитувальника «St. George's Respiratory Questionnaire for COPD» (SGRQ-C) та тесту оцінки ХОЗЛ (CAT).

Висновки. Аналіз опитувальників CAT і SGRQ-C в залежності від тяжкості ХОЗЛ в комбінації з ІХС виявив погіршення ЯЖ з наростанням тяжкості ХОЗЛ. Виявлено статистично достовірні відмінності за шкалою CAT та 4 основними шкалами опитувальника SGRQ-C між ХОЗЛ II стадії в поєднанні з ІХС та відповідно ХОЗЛ III і IV з ІХС, що вказує на значне поглиблення тяжкості захворювання коморбідним станом. Аналіз кореляційних зв'язків між шкалами опитувальника SGRQ-C та основними показниками функції зовнішнього дихання (ФЗД), виявив негативний зв'язок, по відношенню до ОФВ1: до шкали «симптоми»  $r = -0,23$ ; шкали «фізична активність»  $r = -0,21$ ; шкали «функціональна активність»  $r = -0,35$ . У хворих зі значним порушенням ФЗД пропорційно збільшується вплив хвороби, з тенденцією на обтяження при коморбідному стані. Патологічні зміни, виявлені при обстеженні хворих на ХОЗЛ, ведуть не лише до втрати працездатності, але й істотно змінюють як фізичний, так і психологічний стан пацієнтів, що в цілому проявляється значним зниженням їх ЯЖ.