

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

## ВПЛИВ АНТИЛЕЙКОТРИЄНОВИХ ПРЕПАРАТІВ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ АСОЦІЙОВАНУ З ОЖИРІННЯМ

Фоміна В.О.

*Науковий керівник – професор, д.м.н. Л.Н. Приступа*

*Сумський державний університет, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти*

**Актуальність:** Одним з найпоширеніших видів коморбідності є поєднання бронхіальної астми (БА) і ожиріння. Поширеність БА складає в середньому від 7 до 15% у різних країнах, більше 30% населення страждає на ожиріння. У пацієнтів з коморбідністю БА та ожиріння залишаються досить низькими показники контролю БА та якості життя (ЯЖ). Тому актуальною є розробка диференційованих підходів до лікування хворих з даним фенотипом БА.

**Мета дослідження:** Дослідити вплив антилейкотрієнових препаратів на показники ЯЖ хворих на БА з ожирінням.

**Матеріали і методи:** Обстежено 90 хворих на БА 4 ступеня, неконтрольовану або частково контрольовану та ожиріння, з них 30 хворих (І група) протягом 4 тижнів отримували базисну терапію середніми дозами інгаляційних глюкокортикоїдів (ІГКС) та  $\beta_2$ -агоністів тривалої дії у комбінації з холінолітиками тривалої дії; інші 30 хворих (ІІ група) отримували таку ж базисну терапію у комбінації з антилейкотрієновими препаратами. Контрольну групу склали 30 хворих на БА 4 ступеня та ожиріння, що протягом вказаного терміну отримували базисну терапію високими дозами ІГКС та  $\beta_2$ -агоністів тривалої дії. Ожиріння діагностували шляхом обчислення ІМТ ( $\geq 30 \text{ кг/м}^2$ ). Для визначення ЯЖ хворих використовували загальний опитувальник SF-36.

**Результати дослідження:** Оцінка показників ЯЖ у динаміці після 4-тижневої терапії виявила підвищення сумарної кількості балів у кожній з груп порівняно з початковими даними, проте у І та ІІ групі спостерігалися кращі результати порівняно з контрольною. У ІІ групі порівняно з І групою відбулося статистично значиме підвищення балів за такими розділами: «фізична активність» ( $63,9 \pm 5,72$ ), «загальне здоров'я» ( $68,8 \pm 5,42$ ), «життєздатність» ( $62,3 \pm 5,87$ ), «соціальна активність» ( $58,6 \pm 5,72$ ), «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» ( $53,6 \pm 4,31$ ), «психічне здоров'я» ( $63,3 \pm 5,11$ ) ( $p < 0,05$ ). У ІІ групі також виявлено зв'язок показників ЯЖ з віком пацієнтів (у хворих віком менше 40 років показники виявилися достовірно кращими ( $p < 0,05$ )).

**Висновки:** Комбінація базисної терапії середніми дозами ІГКС та  $\beta_2$ -агоністів тривалої дії з антилейкотрієновими препаратами виявилася ефективною у хворих на БА з ожирінням.

## ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА АТИПОВИХ ФОРМ ІНСУЛЬТУ (АКЦЕНТ НА ПСЕВДОІНСУЛЬТ).

*Хрип'як Х.Є., Ціфриниць О.І.*

*Науковий керівник – доц. Малярська Н.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Кафедра неврології*

**Актуальність:** Псевдоінсульт – патологічний стан, що за клінічною картиною нагадує гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК), а на аутопсії головного мозку не виявляються морфологічні зміни, які могли б пояснити вогнищеві неврологічні прояви. Частота псевдоінсульту серед ГПМК коливається від 3,6 до 6,3% випадків. Розвиток псевдоінсульту можуть зумовити захворювання легень, серця, печінки, нирок.

**Мета дослідження:** визначити основні клінічні особливості, диференціально-діагностичні критерії синдрому псевдоінсульту при соматичних захворюваннях на основі аналізу історій хвороб.

**Матеріали та методи:** Дослідження проводилося на базі неврологічного відділення ЛОКЛ протягом року. За час спостереження та аналізу історій хвороб, пацієнтів з ГПМК було 312 осіб, з них 30 історій хвороб проаналізовано після аутопсії.

Результати : У багатьох пацієнтів в анамнезі були дані про наявність серцево-судинної патології : артеріальна гіпертензія ( 38% ), ішемічна хвороба серця ( 26% ), інфаркт міокарду (ІМ) ( 10% ), перенесені раніше інсульти ( 26% ). Під час обстеження пацієнтів в неврологічному відділенні як основне захворювання було діагностовано : тромбози та тромбоемболії легеневих артерій (ТЕЛА) ( 20% ), ІМ (6.7%), рак внутрішніх органів ( 16,6% ), апостематозний нефрит ( 10% ), гіпертонічна хвороба ( 10% ) та ГПМК за геморагічним типом ( 36,7% ). При аутопсії у 24 пацієнтів були підтверджені морфологічні вогнищеві зміни тканин мозку у вигляді геморагічного та ішемічного інсульту, ще у двох пацієнтів виявлені субарахноїдальні крововиливи, а у 4 – розбіжності із встановленим діагнозом. Згідно з паталогоанатомічним діагнозом причиною смерті у хворих були : серцева недостатність ( 3,3% ), ТЕЛА ( 23,3% ), рак внутрішніх органів ( 16,7% ), інфаркт мозку ( 10% ) та набряк головного мозку із вклиненням у потиличний отвір ( 46,7% ).

Висновки :

1. Соматичні захворювання є пусковим механізмом розвитку псевдоінсульту.
2. Поставити діагноз псевдоінсульту, спираючись тільки на клінічні прояви неможливо.
3. Характер ураження головного мозку можна визначити лише за допомогою КТ, МРТ. Інформативність цих методів становить 70-100% протягом 1-2 доби.

### **РОЗВИТОК "ІШЕМІЧНОГО КАСКАДУ" ПРИ ІНСУЛЬТАХ ТА ЧЕРЕПНО-МОЗКОВІЙ ТРАВМІ (СПІВВІДНОШЕННЯ КЛІНІКИ ТА НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЇ). СТРАТЕГІЇ ІНТЕНСИВЕОЇ ТЕРАПІЇ**

*Ціфринець О.І., Хрип'як Х.Є.*

*Науковий керівник-доц. Малярська Н.В.*

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

*Кафедра неврології*

Актуальність. Загальна смертність при легкій черепно-мозковій травмі (ЧМТ) становить 4-5%, а при важкій – 68-70%. Віддалені наслідки при ЧМТ спостерігаються у 50-100% випадків залежно від важкості травми. За даними "Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2008" інсульт займає друге місце серед захворювань з фатальним наслідком, а також є найбільш поширеною причиною втрати працездатності.

Мета. Ретельно дослідити клініку та нейровізуалізаційні зміни на комп'ютерній томографії(КТ), магнітно-резонансній томографії (МРТ) при ЧМТ та інсультах та показати кореляційний зв'язок між ними.

Методи та матеріали. Проведено обстеження 11 хворих віком від 19 до 55 років: серед них 10% з ЧМТ, 50% з ГПМК, 40% з хронічною ішемією мозку(ХІМ), внаслідок перенесених ГПМК раніше. Зібрано скарги, анамнез хвороби, життя, проведено неврологічне обстеження пацієнтів, проаналізовано параклінічні та інструментальні методи дослідження (доплерографія судин шиї, КТ та МРТ головного мозку).

Результати. Особливості перебігу патофізіологічних процесів («ішемічного каскаду») при інсульті та травмі свідчать, що в основі пошкодження цілісності клітин та тканин при різних формах ураження мозку лежать подібні механізми. Екзойотоксичні фактори активуються при ЧМТ та інсультах, що спричиняє вторинне пошкодження мозку. Встановлено, що на початку захворювання між вираженістю клінічної картини і змінами на КТ є непрямий кореляційний зв'язок, на піку і по завершенні - прямий кореляційний зв'язок.

Висновки. Лікування має бути спрямоване на "сповільнення" розвитку "ішемічного каскаду" завдяки відновленню адекватної перфузії мозку та нейропротекторній терапії шляхом:

1. Усунення гіпоксії (РаО<sub>2</sub> більше 60 мм.рт.ст.)
2. Попередження розвитку артеріальної гіпотензії (систоличний АТ більше 90 мм.рт.ст., у хворих на артеріальну гіпертензію – не менше 110-120 мм.рт.ст.), чи артеріальної гіпертензії, при перевищенні систоличного АТ 180-200 мм.рт.ст.
3. Підтримання адекватного церебрального перфузійного тиску (більше 70 мм.рт.ст.)