

Міністерство освіти та науки, молоді та спорту України  
Міністерство охорони здоров'я  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Topical Issues of Clinical and Theoretical  
Medicine

**Збірник тез доповідей**  
III Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 23-24 квітня 2015 року)

Суми  
Сумський державний університет  
2015

## СТАТИНИ У ПРОФІЛАКТИЦІ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ ГОЛОВИ

*Личко В.С., асистент, к. мед. н.*

*Конопльова А.Ю., лікар-інтерн*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Цереброваскулярна патологія (ЦВП) є однією з основних причин захворюваності, інвалідності та смертності в Україні. Близько 40 % населення країни має ознаки ЦВП. Щорічно в Україні фіксується 120-130 тис. інсультів. Основною причиною їх є церебральний атеросклероз, що зустрічається з найбільшою частотою у чоловіків у віці 50-60 років та у жінок старше 60 років.

Метою дослідження було вивчення впливу тривалого застосування статинів (аторвастатину) на динаміку атеросклеротичного процесу в магістральних артеріях голови.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 74 пацієнта (39 жінок і 35 чоловіків) віком від 49 до 75 років (середній вік  $64,8 \pm 7,65$  років). Всі пацієнти знаходилися на амбулаторному лікуванні в поліклініці. Гіпертонічною хворобою страждали 62 (83,8 %) особи, ІХС – 69 (93,2 %), інфаркт міокарда перенесли 3 (4,1 %) пацієнта, ознаки недостатності мозкового кровообігу були виявлені у 62 пацієнтів (83,8 %), цукровий діабет 2 типу – у 11 (14,9 %). Всім хворим було проведено ультразвукову доплерографію судин шиї та голови.

В результаті проведеного дослідження були отримані дані, що тривале (протягом одного року) застосування аторвастатину в малій терапевтичній дозі 10 мг/добу призводило до стабілізації атеросклеротичного процесу, відсутності негативної динаміки когнітивних функцій головного мозку, вираженості загальнономозкової симптоматики, а також до зниження частоти виникнення порушень мозкового кровообігу.

У пацієнтів із атеросклеротичним ураженням сонних артерій на тлі застосування аторвастатину 10 мг / добу стабілізація атеросклеротичного процесу в сонних артеріях була достовірно більш вираженою, ніж у групі пацієнтів, у схему лікування яких не були включені статини.

Таким чином, тривале застосування аторвастатину (навіть у малій терапевтичній дозі) для профілактики атеросклерозу магістральних судин голови достовірно знижує ризик виникнення гострих ускладнень.

## БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

*Личко В.С., асистент, к. мед. н.*

*Паньків І.М., студ. 4-го курсу*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

Хвороба Альцгеймера (ХА) – нейродегенеративне захворювання, що характеризується накопиченням у тканинах мозку сенильних бляшок і нейрофібрилярних клубків. Це найбільш поширена причина деменції у світі, яка виявляється у людей старше 65 років. Загальносвітова захворюваність на 2014 рік оцінювалася в 26,6 млн. осіб, а до 2050 року число хворих може зрости вчетверо. Середня тривалість життя після встановлення діагнозу становить близько 7 років, менше трьох відсотків хворих живуть більше 14 років. Зважаючи на високу соціальну значущість проблеми ХА, з'являється необхідність в застосуванні додаткових методів діагностики, що дозволять покращити її ще на початкових етапах хвороби і тим самим підвищать ефективність лікування. Одним із таких методів може стати визначення біохімічних маркерів ХА.

Основним компонентом сенильних бляшок є бета-амілоїдний пептид (А $\beta$ ) – продукт протеолізу білка попередника амілоїду (APP), а ключовими нейротоксичними пептидами є А $\beta$ 40 і А $\beta$ 42. Тому сьогодні дані пептиди розглядаються як потенційні біологічні маркери ХА.

Клінічно діагноз ХА ставиться в результаті аналізу аутопсійного матеріалу по наявності в тканинах мозку сенильних бляшок, що містять нерозчинні  $\beta$ -амілоїдні пептиди, і нейрофібрилярних клубків, які складаються з гіперфосфорильорованного  $\tau$ -білка (для цього використовують ПЕТ-сканування з введенням в організм Пітсбургського складу В (Pittsburgh compound В, РіВ), який накопичується в мозку, вказуючи на відкладення  $\beta$ -амілоїду). У лікворі хворих із ХА спостерігається зниження рівня А $\beta$ 42 порівняно з контрольною групою без ознак деменції. Це зниження можливо пов'язане з акумуляцією амілоїдогенних пептидів в амілоїдних бляшках в мозку. Показано також, що об'єктивним маркером хвороби може бути вміст  $\beta$ -амілоїду або  $\tau$ -білка в лікворі.

Враховуючи наведені дані, можна зробити висновок про доцільність і необхідність застосування представлених біохімічних маркерів для своєчасного підтвердження діагнозу ХА.

## СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ МОЖЛИВОСТІ РИТМІЧНОЇ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ В ЛІКУВАННІ ІНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

*Личко В.С., асистент, к. мед. н.*

*Федак А.В., студ.4-го курсу*

*Сумський державний університет*

*Медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології*

У зв'язку із значним відсотком некурабельних захворювань неврологічного профілю і високим ступенем інвалідизації після перенесених станів (інсульт, травма та ін.) вкрай актуальним є вирішення питання відновлення втрачених функцій. У сучасній медицині все більш широке поширення набуває транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) – метод, що дозволяє неінвазивно стимулювати кору головного мозку за допомогою коротких магнітних імпульсів.

В останнє десятиріччя в клінічну практику увійшла нова технологія – ритмічна ТМС (рТМС) – вид ТМС, при якій генерується відразу серія імпульсів частотою від 1 до 100 Гц. Використовується два основні режими рТМС: низькочастотна стимуляція (<1 Гц), що знижує активність зон головного мозку, на які здійснюється вплив і високочастотна стимуляція (> 5 Гц), навпаки, їх активує.

Теоретичне обґрунтування використання неінвазивної стимуляції мозку при реабілітації після інфаркту головного мозку (ІМ) полягає в можливості даної методики змінювати збудливість окремих регіонів кори. Відомо, що у хворих із ІМ значною мірою змінюється взаємовідношення первинної моторної кори (М1), премоторної кори (РМС) і додаткової моторної кори (SMA) обох півкуль. Змінюючи збудливість цих областей, стає можливим впливати на перебіг нейропластичних процесів, які відбуваються в зоні ішемії.

На сьогодні обговорюється вплив неінвазивної стимуляції мозку на 3 основних симптоми ІМ: моторний дефіцит, афазію і просторове ігнорування. Основною стратегією є збільшення збудливості ураженої півкулі й / або зниження збудливості неуразеної.

Значна сукупність досліджень дозволила групі Європейських експертів присвоїти застосуванню низькочастотної стимуляції зони М1 неуразеної півкулі у пацієнтів у ранньому відновному періоді ІМ клас доказовості В і рівень С – високочастотної стимуляції зони М1 ураженої півкулі для хворих у гострій і підгострій стадіях захворювання. На даний час ще недостатньо даних і великих досліджень для однозначного твердження про ефективність рТМС у мовній реабілітації після ІМ.

Таким чином, на сьогоднішній день переконливо доведена ефективність рТМС у хворих із ІМ, що дозволяє рекомендувати використання її в практичній роботі. Але залишається досить значна кількість невирішених питань, які потребують подальших досліджень.