

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

ЗБІРНИК ТЕЗ

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«СУЧАСНІ АСПЕКТИ
КЛІНІЧНОЇ НЕВРОЛОГІЇ»**

1 березня 2013 року

Івано-Франківськ
2013

**Павлович Л. Б., Білоус І. І.,
Васильєва Н. В., Яремчук О. Б.**

*Буковинський державний медичний університет
58013, м. Чернівці, Театральна площа, 2*

ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ З ДОДАТКОВИМ ПРИЗНАЧЕННЯМ КОКАРНІТУ

Цукровий діабет (ЦД) залишається однією з основних проблем сучасної системи охорони здоров'я. Наявність тяжких пізніх ускладнень обумовлює високу смертність у хворих на ЦД, що у 2–4 рази перевищує смертність у популяції. Нами обстежено 28 хворих на ЦД II типу, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному ендокринологічному диспансері. Серед хворих було 18 жінок та 10 чоловіків, вік хворих становив від 36 до 65 років. ЦД середнього ступеня тяжкості спостерігався у 12 хворих, у 6 хворих – важкий. 2 хворих знаходилися в стані компенсації захворювання, 26 – в стані субкомпенсації. Пацієнти були розподілені на 2 групи: I група – пацієнти, які отримували базисну терапію (12 хворих); II група – хворі, які на фоні базисного лікування отримували кокарніт (по 1 ампулі внутрішньом'язово 1 раз на добу впродовж двох тижнів) (16 хворих). Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб. Дослідження функціонального стану периферичних нервів проводили методом стимуляційної електронейроміографії (ЕНМГ) на апараті Нейро-МПВ-4 (Нейрософт, Росія). Визначали амплітуду М-відповіді периферичних нервів верхніх кінцівок (серединного та ліктьового) шляхом проведення стимуляційної ЕНМГ. У хворих відмічалось зниження амплітуди М-відповіді п. medianus на 32% порівняно з контролем ($p < 0,05$), що свідчить про аксональне ураження периферичних нервів. Амплітуда М-відповіді п. medianus після базисного лікування майже не змінилась (на 0,82%); після додаткового призначення кокарніту відмічалась тенденція до збільшення на 17,1% ($p > 0,05$). У хворих відмічалось зниження амплітуди М-відповіді п. ulnaris на 26,3% порівняно з контролем ($p > 0,05$). При проведенні ЕНМГ дослідження в динаміці виявлено, що у хворих I групи відмічалось незначне збільшення амплітуди М-відповіді після базисного лікування на 6,8%; після додаткового призначення кокарніту на 23,5% ($p < 0,05$). Таким чином,

у пацієнтів, які додатково на фоні базисного лікування отримували кокарніт, відмічалось вірогідне зростання амплітуди М-відповіді п. ulnaris порівняно з хворими до лікування. Таким чином під впливом базисного лікування амплітуда М-відповіді збільшується невірогідно. Після додаткового призначення кокарніту відмічалось вірогідне збільшення амплітуди М-відповіді у хворих на діабетичну полінейропатію. Подальші дослідження у цьому напрямку дозволять значно покращити лікування хворого на діабет, ускладнений полінейропатією.

Паєнок А. В., Кухленко Р. В.

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького,
кафедра невропатології та нейрохірургії ФПДО*

ВПЛИВ ТЕРАПІЇ КОРТЕКСИНОМ ТА ПАРОКСЕТИНОМ НА ДИНАМІКУ ПОКАЗНИКІВ ГУМОРАЛЬНОЇ ЗАПАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ У ПАЦІЄНТІВ З РАННЬОЮ ПІСЛЯНСУЛЬТНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ

Метою роботи було встановити стан системи гуморальної запальної відповіді у пацієнтів після первинного церебрального ішемічного інсульту (ІІ) з післяінсультною депресією (ПД) та без неї та вивчити вплив 68 комбінованого лікування кортексином та пароксетином на динаміку цих змін.

Матеріали та методи. Обстежено 46 пацієнтів з первинним ІІ, які обстежені в гострий (3 та 14 добу) та ранній відновний період (3 місяці після ІІ). Згідно лікувальної тактики пацієнти з ПД були розділені на 3 групи: група порівняння (n=16) – пацієнти, які в гострий період ІІ отримували базисну терапію; основна група I (n=17) – пацієнти, які з 14 дня ІІ додатково отримували пароксетин (20 мг/добу протягом 3 міс.), основна група II (n=17) – пацієнти, які додатково до базисної терапії отримали курсове лікування кортексином в дозі 10 мг/д дом'язово та пароксетином з 14 дня (20 мг/добу протягом 3 міс.). Контрольна група (n=11) – пацієнти з ІІ, які не мали клінічно значущих депресивних розладів. Оцінку рівня депресивних розладів проводили за шкалою Гамільтона. Лабораторні імунологічні обстеження передбачали визначення рівня