



Такий підхід дозволяє досить точно локалізувати рівень ураження та візуалізувати морфологічний субстрат, який спричинив клінічну симптоматику. Проте, в сучасній медицині відбувається домінування додаткових „Платних” методів дослідження над клінічними методами обстеження пацієнтів, яке створює надлишкове (не завжди обгрунтоване в діагностичному плані) фінансове навантаження на пацієнта. Зважаючи на вище наведене, метод мануального м'язового тестування (ММТ) при проведенні клінічної діагностики ШР є актуальним і розширює діапазон клінічних та доклінічних методів діагностики. Методика проведення ММТ полягає в ручному методі діагностики активності міотатичного рефлексу досліджуваного м'язу в процесі виконання ним ізометричного навантаження та інтерпретації результатів дослідження.

Цей метод використовує наявність взаємозв'язку між певними м'язами та корінцями, які їх іннервують. Оцінка стану м'язів відбувається шляхом ММТ конкретних м'язів в процесі їхнього скорочення (оцінюємо рефлекс руху м'яза агоніста). Ослаблення тону м'яза (гіпорексія), під час рефлексу руху, свідчить про зниження активності рефлексу руху та можливу компресію корінця на певному рівні хребцево-рухових сегментів. Повторне ММТ, на фоні механічної провокації положенням (латерофлексія / флексія / екстензія / ротація) або рухом (тракція / компресія) у шийному відділі хребта, яке усуває гіпорексію м'язу та сприяє зменшенню больового синдрому, дає змогу визначити ймовірний рівень ураження корінця й вибрати нетравматичний напрямок корекції хребцево-рухового сегмента.

ММТ м'язу дає можливість оцінити рефлекторну активність м'язу при виконанні заданого руху (оцінюємо здатність нервової системи підтримувати активність рефлексу в умовах навантаження). У такий спосіб вдається виявити найбільш слабку ланку (гіпоректорний м'яз) опірно-рухового апарату. Приймаючи до уваги взаємозв'язок між досліджуваними м'язами та анатомічним рівнем корінців, можна визначити ймовірний рівень ураження корінця. Застосування методу механічних провокацій через зміну положення тіла або певного анатомічного регіону - дає змогу визначити те положення при якому тону м'язу відновлюється (гіпоректорний м'яз стає норморефлекторним). Відновлення тону м'язу, після проведеної провокації, свідчить про зменшення впливу компрометуючого фактору на стан корінця, а відповідне положення анатомічного сегмента можна вважати атравматичним та лікувальним. Доказовим фактором правильно визначеного рівня ураження корінця методом ММТ слід вважати функціональну гіпорексію двох м'язів, які він іннервує.

Таким чином, діагностичне дослідження методом ММТ різноманітних груп м'язів, які іннервуються корінцями шийного відділу хребта, допомагає виявити гіпоректорні м'язи та визначити анатомічний рівень компресії корінця. Діагностичним ключем під час визначення рівня ураження корінця методом ММТ слід вважати функціональну гіпотонію двох м'язів, які він іннервує. Норморефлекторність м'язів вище та нижче від ймовірного рівня радикулопатії є додатковим порівняльним критерієм в оцінці досліджуваних м'язів та визначенні рівня радикулопатії. Провокації рухом або положенням в поєднанні з ММТ допомагають визначити оптимальний напрямок мануальної корекції та найменш травматичне положення для шийного відділу хребта. Мануальне м'язове тестування рефлексу руху, як спосіб оцінки стану периферичної нервової системи, доцільно включати в протоколи клінічного дослідження пацієнтів з радикулопатіями та іншими захворюваннями периферичної нервової системи.

Яремчук О.Б.

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Хвороба Паркінсона (ХП) є залежним від віку нейродегенеративним захворюванням, яке уражає 1 – 2% осіб віком понад 60 років. Нейро-психіатричні зміни при ХП мають серйозний вплив на якість життя пацієнтів, ефективність догляду за ними і перебіг самого захворювання. Їх оцінка, дослідження і лікування також важливі в сенсі забезпечення розуміння базисної нейробіології нейро-психіатричних змін, котрі виникають у контексті неврологічного захворювання. За останні роки різко підвищився інтерес до нейропсихіатрії ХП. Тривожність визнана поширеним психіатричним супутнім порушенням при ХП, що сприяє значним погіршенням функціональної, моторної, соціальної та пізнавальної діяльності. Відповідно тривожність призводить до зменшення рівня якості життя та спричинює чи посилює залежність від догляду пацієнтів з ХП.

З метою вивчення поширеності та феноменології тривожності при ХП проведено обстеження 42 хворих на ХП. Діагноз виставляли згідно МКБ-10 (1995) у відповідності з загальноприйнятими критеріями Британського банку мозку. Середній вік хворих склав $58,3 \pm 13,5$ років, середня тривалість захворювання – $5,6 \pm 3,1$ років. Середня важкість рухової симптоматики за частиною III Уніфікованої рейтингової шкали оцінки ХП (UPDRS) склала $25,9 \pm 8,4$ бали, важкість за шкалою Хел-Яра – $2,05 \pm 0,6$. Непсихотичні психічні розлади та деякі моторні розлади при ХП оцінювались із застосуванням таких методик: Unified Parkinson's Disease Rating Scale розділ 1, 2, 3 (UPDRS, версія 2008); для виявлення й оцінки тяжкості депресії і тривоги – Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); особистісну тривожність визначали за шкалою Дж. Тейлор.

При обстеженні у всіх наших хворих на ХП були виявлені тривожно-депресивні розлади - 63,6%. При проведенні оцінки особливостей немоторних проявів ХП у віковому аспекті, відмічено статистично значуще погіршення у хворих на ХП старше 60 років в порівнянні з молодшими пацієнтами лобових регуляторних функцій за шкалою БТЛД на 12,94%, загальної когнітивної продуктивності за шкалою MMSE – на 12,39%,



якості життя за шкалою PDQ-39 – на 16,39%. Слід зазначити, що середнє значення сумарного балу когнітивних функцій у пацієнтів молодше 60-ти років достовірно не відрізнялося від контролю, бал в групі пацієнтів старше 60-ти років відповідав вираженню когнітивним порушенням.

Статистично значущих відмінностей за основними немоторними проявами ХП між чоловіками та жінками не було виявлено ($p > 0,05$), окрім тривожного стану за шкалою HADS, вираженість якого була вірогідно більшою у чоловіків на 20,4%, і якістю життя за шкалою PDQ-39, яка була вірогідно гіршою у жінок на 14,8%. Зі збільшенням тривалості ХП спостерігалось наростання кількості неспсихотичних порушень, що знайшло відображення в значущому погіршенні майже усіх результатів опитування за відповідними шкалами. Середній бал за шкалою MMSE у хворих на ХП до 5-ти років хвороби становив $25,24 \pm 0,35$ балів, у пацієнтів більше 5-ти років хвороби – $23,34 \pm 0,25$ балів ($p < 0,05$), а бал за шкалою NRS у пацієнтів до 5-ти років хвороби становив $4,09 \pm 0,29$ балів і змінився на $5,35 \pm 0,41$ балів ($p < 0,05$).

При дослідженні було встановлено, що неспсихотичні психічні порушення при ХП достовірно поглиблюються з прогресуванням захворювання. Так, кількість балів становила за БТЛД в 1 стадії – $16,17 \pm 0,34$, а у хворих 2 стадії – $14,31 \pm 0,26$, $p < 0,05$, за MMSE у хворих 1 стадії – $28,24 \pm 0,46$ балів, а 2 стадії – $26,48 \pm 0,67$ балів, $p < 0,05$, за розділом 2 шкали UPDRS в 1 стадії хвороби $10,83 \pm 0,86$ балів, 2 стадії – $13,58 \pm 0,45$ балів, $p < 0,05$ та за розділом 3 шкали UPDRS в 1 стадії – $19,28 \pm 0,72$ балів, у 2 стадії – $28,74 \pm 0,94$ балів, $p < 0,05$.

Таким чином, у хворих на хворобу Паркінсона із зростанням віку, стадії і тривалості захворювання має місце значне тривожно-депресивної симптоматики і якості життя. Найгірші показники немоторних проявів спостерігаються при акінетико-ригідній та змішаній формах і швидко прогресуючому перебігу ХП. Отримані дані свідчать про необхідність врахування неспсихотичних психічних розладів при постановці функціонального діагнозу та обов'язковій їх медикаментозній чи немедикаментозній корекції.

Bilous I.I.

THE DYNAMICS OF THE PARAMETERS OF LIPID PEROXIDATION, THE OXIDATIVE MODIFICATION OF PROTEINS AND THE STATE OF THE BLOOD ANTIOXIDANT SYSTEM 3 AND 6 MONTHS AFTER TREATING DIABETIC POLYNEUROPATHY

*Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology
Higher State Educational Establishment
«Bukovinian State Medical University»*

One of the most common and the most widespread neurological complications of diabetes mellitus (DM) is diabetic polyneuropathy (DPN) (the incidence according to various literary sources ranges from 20% to 93% depending on the type of diabetes and diagnostic methods). It is one of the most common diseases, and it remains one of the most difficult health and social problems. There are nearly 1 million diabetic patients in Ukraine, and it is believed that approximately the same number has undiagnosed DM. Thus, the real number of cases is around 2-2.5 million of people. Over the last 10 years, the incidence of diabetes has increased more than 1.5 times, and mortality has increased twice. The economic and social damage caused by this disease is enormous because of its prevalence and disability it leads to.

To study the effect of the mildronat and thioctiazolin on the processes of lipid peroxidation, proteins oxidative modification and the state of the blood antioxidant system 3 and 6 months after multimodality treatment in diabetic patients with DPN.

We examined 32 patients with type II diabetes, who were hospitalized in Chernivtsi Regional Clinical Endocrinology Dispensary. Among the patients there were 20 women and 12 men, the age of the patients ranged from 36 to 65. Moderate diabetes was observed in 30 patients whereas 2 patients were in critical condition. 9 patients were in to compensation stage of the 23 had subcompensation. Patients were divided into 2 groups. Group I consisted of patients receiving basic therapy; it included diet № 9, 5 mg of maninil twice a day or insulin (2/3 of daily dose in the morning and 1/3 of dose in the evening, 0.7 - 1.0 U / kg of body weight), pentoxifylline taken intravenously 5 ml per 250 ml of the isotonic sodium chloride, vitamins B6, B12 (14 patients); Group II consisted of patients that along with basic treatment received TTZ (2 ml of intramuscularly 2.5% solution once a day for two weeks) and MD (5 ml of bolus intravenous solution 10% once a day) (18 patients). The control group comprised 20 almost healthy individuals.

Patients with DPN who took basic treatment had the activation of lipid peroxidation and protein and inhibition of the blood antioxidant system 3 months after treatment which was shown by reduction of glutathione content, HS-groups, increasing activity of ceruloplasmin, malonic aldehyde content, decreased activity of catalase, G-6-PD and increase in the content of ketones and aldehydes of neutral character (λ 370) and main character (λ 430). 6 months after treatment, these figures hardly differed from the corresponding parameters the patients had shown before taking treatment.

3 months after treatment with the addition of MD and TTZ in patients with DPN there was no significant alteration of lipid peroxidation and protein indicators and the state of the blood antioxidant system in comparison with the patients after the discharge. Thus, there was only a tendency for increasing the activity of ceruloplasmin, content of malonic aldehyde, a slight decrease of glutathione, HS-groups, catalase activity, G-6-FDG and increasing of ketones and aldehydes of neutral character (λ 370) and the main character (λ 430) in comparison with the patients after discharge. 6 months after treatment with simultaneous use of MD and TTZ there was an increase in activity of ceruloplasmin by 59.5%, malonic aldehyde content by 20.3%, a decrease of glutathione content by 37.8%, HS-groups by 24.5 %, catalase activity reduction by 18.8%, G-6-FDG by 20.5% and an increase of ketones and aldehydes of neutral character (λ 370) by 66.1% and ketones and aldehydes of the main character (λ 430) is by 48.2%.