

Міністерство охорони здоров'я України
Буковинський державний медичний університет

Студентське наукове товариство
Рада молодих вчених

ХИСТ

2013, випуск 15

Всеукраїнський медичний журнал молодих вчених
Заснований у 2000 році

Головний редактор

д. мед. н., проф. Т. М. Бойчук

Заступник головного редактора

к. мед. н., доц. О.А. Тюленєва

Відповідальні секретарі:

А.М. Барбе,

І.В. Кривецький,

д. мед. н., проф. І.С. Давиденко,

д. мед. н., проф. Ю.Є. Роговий,

д. мед. н., проф. В.К. Тащук,

д. мед. н., проф. О.І. Федів,

д. мед. н., проф. О.С. Федорук,

д. мед. н., проф. Р.Є. Булик,

д. мед. н., проф. Н.В. Пашковська,

к. мед. н., доц. М.П. Антофійчук.

Адреса редакції: 58002, Чернівці, пл. Театральна, 2, СНТ БДМУ.

Тел./факс: (03722) 3-52-62; (0372) 55-17-39. **E-mail:** snt@bsmu.edu.ua

Повнотекстова версія журналу представлена на сайті: <http://snt.bsmu.edu.ua/>

Чернівці, 2013

Зорій І.А.

КЛІНІЧНО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИСТАЛЬНОЇ СИМЕТРИЧНОЇ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ТИПУ 2 ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології
(науковий керівник - д.мед.н. Пашковська Н.В.)

Проблема цукрового діабету (ЦД) визначається не тільки невпинним зростанням кількості хворих, а й головним чином ускладненнями, які з часом виникають у переважній більшості хворих та призводять до передчасної смерті й втрати працездатності. Розповсюдженість ураження периферичних нервів при ЦД типу 2 значна і, за даними різних авторів, коливається від 15,5 до 77,6%.

Мета дослідження: удосконалення критеріїв діагностики дистальної симетричної полінейропатії (ДСП) відповідно ступеню тяжкості у хворих на цукровий діабет типу 2.

Матеріал і методи. Обстежено 60 хворих на ЦД типу 2, які знаходились на лікуванні в Чернівецькому обласному ендокринологічному центрі. Показники вуглеводного обміну визначали за глікемічним та глюкозуричним профілем та рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA1c). Всім пацієнтам здійснювалося неврологічне обстеження за шкалами Невропатичного Симптоматичного Розрахунку (НСР), Невропатичного Дисфункціонального Розрахунку (НДР). У 12 (20%) пацієнтів діагностовано легкий ступінь ДСП, у 39 (65%) хворих – середній та у 9 (15%) хворих діагностовано тяжкий ступінь ДСП. Проводилось електронейрографічне (ЕНМГ)

обстеження, при цьому вивчали: амплітуду потенціалів максимальної рухової відповіді, швидкість проведення збудження (ШПЗ).

Результати. При ЕНМГ тестуванні функції моторних нервів встановлено: 1) при легкому ступені ДСП переважали зміни сенсорних нервів та незначне зниження амплітуди моторної відповіді при стимуляції в проксимальній точці; 2) при середньому ступені тяжкості відмічалось зниження амплітуди моторної відповіді при тестуванні малоомілкового та великогомілкового нервів на 30,59% ($p < 0,005$) та вірогідне зниження швидкості проведення збудження на 22,3%; 3) при тяжкому ступені ДСП реєстрували вірогідне зниження амплітуди моторної відповіді нервів на 60% та ШПЗ по рухових волоках нервів на 29,7%. Виявлені зміни поглиблювалися із погіршенням компенсації захворювання та позитивно корелювали з показником глікемії натще, постпрандіальної глікемії та рівнем показника HbA1c.

Висновки. 1. У хворих на дистальну сенсорну полінейропатію встановлено зміни електронейрографічних показників, які поглиблюються прогресивно клінічним стадіям захворювання. 2. Ступінь виявлених змін зростає із погіршенням компенсації цукрового діабету.

Кривецький І.В., Шваб А.М.

ОЦІНКА СПАСТИЧНОСТІ ТА ЇЇ КОРЕКЦІЯ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна
Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка
(науковий керівник - к.мед.н. Кривецька І.І.)

У хворих на розсіяний склероз (РС) переважають рухові порушення за типом центрального парезу або паралічу кінцівок, які зазвичай супроводжуються підвищенням м'язового тону за типом спастичності, яка погіршує рухові функції.

Метою нашого дослідження було вивчити ефективність терапії спастичності у хворих на РС з використанням комбінації тизанідину та баклофену в середніх терапевтичних дозах у порівнянні з монотерапією тизанідином. У дослідження були включені 20 хворих з РС, серед них 12 жінок та 8 чоловіків. Середній вік хворих склав 43 роки. Хворі були розподілені на дві групи гомогенні за віком, статтю та за ступенем спастичності, яку оцінювали за модифікованою шкалою спастичності Ешурта (ModifiedAshworthScaleforGradingSpasticity) – до кожної з груп увійшли по 5 хворих із спастичністю 3 бали та 4 бали – по 30 балів в кожній. Хворі I групи отримували тизанідин в дозі 12 мг/добу в три прийоми, хворі II групи – тизанідин 12 мг/добу в три прийоми та баклофен в дозі 20 мг/добу в три прийоми. Всі пацієнти почали терапію тизанідином в дозі 4 мг/добу, яку за сім днів,

поступово підвищуючи на 2 мг/добу, довели до середньої терапевтичної – 12 мг/добу. З 17 дня пацієнти II групи почали приймати в комбінації з тизанідином баклофен в дозі 2,5 мг/добу, яку за сім днів, поступово підвищуючи на 2,5 мг в день, довели до 20 мг/добу. Пацієнти кожної групи продовжили лікування ще 10 днів. Оцінку спастичності проводили перед призначенням терапії, на 17-й та 34-й дні.

Через 17 днів у I і в II групі хворих спастичність зменшилась на 4 і 3 бали відповідно, тривалість хвороби в яких була не більше п'яти років, через 34 дні – спастичність зменшилась в I групі ще на 2 бали, в II групі – на 7 балів. Таким чином, в результаті терапії в I групі хворих спастичність зменшилась на 6 балів, в II групі – на 10 балів від вихідних 30 балів. Ефект лікування підтвердив припущення, що в розвитку спастичності у хворих на РС задіяні церебральні та спинальні механізми регуляції м'язового тону і тому більш ефективним є комбіноване лікування міорелаксуючими препаратами, дія яких направлена на їх корекцію.