

Результати дослідження виявили: середній термін перебування хворих основної групи в стаціонарі становив – 27,2±3,4 дні, а в групі контролю – 12,4±3,7 дні (p=0,000). Розвиток післяопераційних ускладнень, таких як почервоніння післяопераційної рани спостерігався у всіх 5 пацієнтів основної групи, порівняно із 1 хворим групи порівняння (p=0,044). Гіпертермія в основній групі тривала в середньому 18,2 дні, в групі контролю – 4,2 дні (p=0,000). В основній групі відмічалось значне зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, а також відносналейкопенія, що невідповідала тяжкості хірургічної патології.

Висновок: Репаративні можливості у ВІЛ-інфікованих пацієнтів значно зниженні, а тому при виборі виду операції перевагу необхідно надавати мало травматичним втручанням. Часті випадки поліорганності ураження і поліінфекційності патологічних станів потребують від хірурга всебічного детального обстеження пацієнта із залученням лікарів різних спеціальностей.

## **КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ГАРЯЧКИ ЗАХІДНОГО НІЛУ В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

### **CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF THE WEST NILE VIRUS IN POLTAVA REGION**

**Koval A.V., Sadovska A.V., Assoc. Prof. Iziumska O.M., Assoc. Prof. Kotelevska T.M.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

#### **Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією**

Вступ. Вірус Західного Нілу (ВЗН) – це вірус, заражений комарами, що має глобальне значення. За останні два десятиліття він несе відповідальність за значне число випадків захворювання людей і тварин у багатьох частинах світу, в т.ч. в країнах Східної Європи. В Україні інфекції ВЗН у людей і птахів вперше були зареєстровані більше 25 років тому, проте нинішній епідеміологічний статус досить неясний. Вперше захворювання – гарячка Західного Нілу (ГЗН) серед мешканців Полтавського регіону діагностовано та серологічно підтверджено у вересні 2011 р. Тому вивчення клініко-епідеміологічних особливостей ГЗН в нашому регіоні є актуальним.

Мета дослідження – проаналізувати епідеміологічні та клінічні прояви гарячки Західного Нілу в Полтавській області.

Матеріали і методи дослідження. Проведено ретроспективний аналіз 14 історій хвороб пацієнтів з ГЗН, які знаходилися на лікуванні в ПОКІЛ в 2011-2012 рр. Діагноз підтверджений виявленням у крові хворих специфічних антитіл класу IgG до вірусу ЛЗН методом ІФА та наростанням їх в динаміці в 4 рази. Для статистичного аналізу результатів використовували критерій  $\chi^2$ .

Результати дослідження. Аналіз даних епіданамнезу показав, що серед хворих жителів сільської та міської місцевості було порівну; шестеро з них проживали поблизу водоймищ; лише один з пацієнтів протягом інкубаційного періоду ЛЗН виїздив за межі області; жоден – не заперечував укуси комарів. Захворюваність мала чіткий сезонний характер: більшість випадків реєструвалися в червні-серпні (78,6%). Переважна більшість хворих госпіталізована з попереднім діагнозом гарячка неясного генезу (42,8% ) та ГРВІ (35,7%), решта – з діагнозом гострий гастроентероколіт (21,4%). В усіх пацієнтів (100%) захворювання перебігало в середньо-тяжкій формі. Гострий початок хвороби реєструвався у 85,7%, поступовий – у 14,3% хворих. Гарячка мала місце в усіх пацієнтів (100%) та тривала від 5 до 30 днів, у 50% хворих зберігалася більше 10 днів. Клінічними формами ЛЗН були: грипоподібна (50,0%), нейроінфекційна (14,3%), екзантематозна (35,7%). Поряд із зазначеними проявами реєструвалися лімфаденопатія (28,6%), гепатолієнальний синдром (14,3%), пронос (21,4%), ознаки ураження органів дихання у вигляді бронхіту (14,3%).

Висновки. В Полтавській області сформувався природний осередок ГЗН. Клінічний перебіг випадків ГЗН, підтверджених лабораторно, перебігав з поліморфізмом клінічних проявів (загально-інтоксикаційний синдром з тривалою гарячкою, катаральні явища, екзантема, діарея, ураження нервової системи), що слід знати та враховувати практичним лікарям при постановці діагнозу.

## **КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРЕСУЮЧОГО НАД'ЯДЕРНОГО ПАРАЛІЧУ (СИНДРОМ СТИЛА-РІЧАРДСОНА-ОЛЬШЕВСЬКОГО)**

### **CLINICAL-DIAGNOSTIC FEATURES OF PROGRESSIVE SUPRANUCLEAR PALSY (STIL- RICHARDSON-OLSHEVSKY SYNDROME)**

**Lavrinet S.V., Assoc. Prof. Kryvchun A. M.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

#### **Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою**

Прогресуючий над'ядерний параліч (ПНП), відноситься до групи нейродегенеративних захворювань, що займає вагомe місце серед патологій нервової системи. Вони є причиною розвитку рухових і когнітивних порушень, які призводять до швидкої інвалідизації та летального наслідку. Вперше, як окрему нозологічну форму, дану патологію було описано в 1963 році, а до цього ПНП помилково діагностували як синдром паркінсонізму.

Мета: поглибити знання про нейродегенеративні захворювання та провести клініко-параклінічний аналіз випадку рідкісного захворювання -ПНП (синдром Стила –Річардсона - Ольшевського).

Матеріали та методи дослідження: Нами спостерігався пацієнт Т. 57 років, який знаходився на обстеженні та лікуванні в неврологічному відділенні ПОКІЛ. Проведено збір скарг, анамнезу, оцінку неврологічного статусу, психологічне тестування за шкалою MMSE, аналіз даних МРТ головного мозку та літературних даних.

Результати дослідження: Вважає себе хворим біля 2 років, коли з'явилися порушення рівноваги тіла з частими падіннями, потім приєднались порушення ходи, мови, письма, зниження пам'яті, що призвело до втрати працездатності (пацієнт працював водієм).

При обстеженні неврологічного статусу в пацієнта виявлено параліч вертикального погляду вгору та вниз, виражений псевдобульбарний синдром, легку деменцію, апраксію письма, за тестом MMSE когнітивні порушення 20 балів, ригідність м'язів та патологічну установку шиї, брадікінезію, дизбазію, постуральні розлади. На МРТ виявлено атрофічні зміни кори лобно-тім'яної доли та мозолистого тіла.

Аналізуючи скарги, анамнез, клінічну картину та дані МРТ, був встановлений діагноз ПНП (рубрика МКБ-10: G23.1), що відповідає критеріям NINDS-SPSP.

Висновок: Таким чином, критеріями діагностики ПНП є: прогресуючий перебіг, початок після 40р, виражена поступальна нестійкість з частими падіннями на першому році захворювання, над'ядерний парез вертикального погляду, симетрична акінезія чи ригідність в проксимальному відділі, ретроколіс, псевдобульбарний синдром і когнітивні порушення.

Не зважаючи на правильну постановку діагнозу, на сьогоднішній день існує лише симптоматична терапія, захворювання має швидко прогресуючий перебіг. Прогноз несприятливий, в середньому діапазон від появи симптомів до смерті — 5–9 р.

## ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИРЕОЇДНОГО КРОВОТОКУ У ХВОРИХ НА АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ

### FEATURES OF ARTERIAL THYROID BLOOD FLOW IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS

**Matyashova L.M., Assoc. Prof. Chekalina N.I.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

**Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики (сімейної медицини)**

Останнім часом у світі відмічається зростання захворюваності на аутоімунний тиреоїдит (АІТ), що обумовлено впливом на організм техногенних факторів навколишнього середовища, надлишком ксенобіотиків, хроніостресом. Хронічне аутоімунне запалення призводить до апоптозу тиреоїдних клітин з розвитком фіброзу і втратою функціональної активності щитоподібної залози (ЩЗ). Причиною 70-80% випадків гіпотиреозу є АІТ. Вищевказане зумовлює актуальність пошуку ефективних методів ранньої діагностики АІТ з метою проведення своєчасних профілактичних і лікувальних заходів.

Мета: вивчити взаємозв'язки між швидкісними показниками кровотоку у артеріях щитоподібної залози, структурно-функціональним станом сонних артерій і системним артеріальним тиском у хворих на аутоімунний тиреоїдит у стадії еутиреозу.

Матеріали і методи. Проведено обсерваційне дослідження, в якому взяли участь 110 осіб обох статей у віці 29-60 років: 50 хворих на АІТ у стадії еутиреозу, 30 з яких мали, також, артеріальну гіпертензію (АГ) I-II стадії і нестенозуючий атеросклероз сонних артерій (СА), 30 хворих на АГ I-II стадії з нестенозуючим атеросклерозом СА і 30 практично здорових осіб. Всім учасникам дослідження проводили вимірювання швидкісних показників кровотоку в СА і нижніх тиреоїдних артеріях (НТА) за допомогою ультразвукової імпульсно-хвильової доплерографії і реєстрацію системного артеріального тиску (АТ).

Результати. У пацієнтів з АІТ, як і у пацієнтів з АІТ в поєднанні з АГ і атеросклерозом СА, індекс резистентності (IR) НТА становив  $0,66 \pm 0,04$  ум. од., пікова систолічна швидкість (ПСШ) кровотоку у НТА -  $0,28 \pm 0,03$  м/с. Значення вказаних показників були достовірно вище, ніж у здорових осіб або пацієнтів з АГ й атеросклерозом СА (ПСШ у НТА -  $0,17 \pm 0,03$  м/с, IR -  $0,55 \pm 0,05$ ) ( $p < 0,05$ ).

Наявність у пацієнтів атеросклерозу СА не супроводжувалося підвищенням IR і ПСШ у НТА. Підвищення системного АТ відзначалося тільки у пацієнтів з АГ і атеросклерозом СА, а також, АГ в поєднанні з АІТ, без достовірних відмінностей між групами ( $p > 0,05$ ).

Висновки. Таким чином, значення швидкісних показників тиреоїдного кровотоку не залежать від системного АТ та структурно-функціонального стану периферичного судинного русла, зокрема, нестенозуючого атеросклерозу загальних СА. Підвищення IR та ПСШ у НТА визначалося у пацієнтів з АІТ ще у стадії еутиреозу, що дозволяє вважати ці показники ранніми діагностичними маркерами АІТ і рекомендувати для активного впровадження в клінічну практику.

## НЕВРИНОМА СЛУХОВОГО НЕРВУ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

### NEURINOMA OF THE AUDITORY NERVE (CLINICAL SURVEILLANCE)

**Pinchuk V.V., Assoc. Prof. Pinchuk V.A.**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»

**Кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою**

Невринома (вестибулярна шванома, акустична невринома) слухового нерву (HCH) є пухлиною мосто-мозочкового кута доброякісного характеру, яка розташовується всередині мієлінової оболонки слухового нерву. Імовірно, її розвиток можуть спровокувати: вплив радіації; серйозне отруєння, руйнування мієлінової оболонки отрутами і токсинами. Симптоми залежать від стадії процесу: перша стадія – пухлина до 2-2,5 см., спостерігається ураження слухового і вестибулярного апарату, є легкий парез обличчя; друга стадія – пухлина до 3,5 см., симптоми більш виражені, до них приєднуються ознаки здавлювання стовбура головного мозку; третя стадія – пухлина більше 4 см., є грубі порушення роботи нервової системи.

Ми наводимо власне клінічне спостереження HCH.

Пацієнтка В., 63 роки, звернулась до невролога зі скаргами на виражене зниження слуху на праве вухо, яке прогресує, шум у вусі, оніміння правої половини обличчя, хиткість при ході, переважно вправо.