

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 АУТОІММУННИЙ 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 здавлення 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.

З анамнезу відомо, що 5 років тому пацієнтка перенесла важку закриту черепно-мозкову травму. Періодично проходила курси відновного лікування з приводу наслідків перенесеної ЗЧМТ з прийомом вазоактивних препаратів та нейропротекторів, але вищенаведені скарги прогресивно наростали.

Об'єктивно в неврологічному статусі: очні щілини  $s < d$ , зіниці  $d = s$ . Горизонтальний ністагм вправо. Реакція зіниць на світло жива; точки виходу V пари безболісні. Згладжена ліва носо-губна складка. Рефлекс з задньої стінки глотки збережений. Рефлекс з м'якого піднебіння збережений. Ковтання не порушене. Голос звучний. Девіація язика вліво. Гіпотрофії язика немає. Сухожильна анізорефлексія,  $s < d$ . М'язевий тонус збережений. Сила 5 б. Гіпестезія правої половини обличчя. Координаторні проби виконує з дисметрією праворуч. В позі Ромберга виражена хиткість.

При комплексному лабораторному обстеженні клінічно значимих змін не виявлено. Проведена аудіограма: AS – слухова функція в нормі, AD- ураження звуковідчувачого апарату (глухота). Пацієнтка направлена на МРТ головного мозку з контрастуванням, де було візуалізовано в мосто-мозочковому куті праворуч об'ємне новоутворення розміром  $36 \times 28 \times 30$  мм з гетерогенним накопиченням контрасту. Проконсультована нейрохірургом, рекомендовано проведення оперативного лікування. Через 1 місяць пацієнтка була успішно прооперована, в неврологічному статусі відмічається позитивна динаміка у вигляді зменшення атактичного синдрому та гіпестезії обличчя.

Наведене клінічне спостереження демонструє необхідність своєчасного та комплексного обстеження пацієнтів з однобічним прогресуючим зниженням слуху. Рання діагностика НСН дозволяє уникнути серйозних наслідків патологічного процесу з ураженням стовбуру головного мозку, мозочка, V та VII пар черепно-мозкових нервів.

## **ОСОБЛИВОСТІ БРОНХІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ НА ІНГАЛЯЦІЮ БЕТА-ДВА АГОНІСТА У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АКТИВНОСТІ КОМОРБІДНОЇ ПЕПТИЧНОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

### **FEATURES OF THE BRONCHIAL RESPONSE ON THE BETA-TWO AGONIST INHALATION IN PATIENTS WITH CHRONIC BRONCHITIS IN DEPENDENCE ON ACTIVITY OF COMORBID PEPTIC ULCER OF THE DUODENUM**

**Serhiienko N. V., Assist. Ivanytska T. A., Prof. Burmak Yu. G., M. D.**

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

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

Коморбідність є характерною ознакою більшості хронічних захворювань внутрішніх органів. Це певною мірою стосується хронічного бронхіту (ХБ) та пептичної виразки (ПВ) дванадцятипалої кишки (ДПК), котра може суттєво обтяжувати клінічні прояви бронхолегеневої патології.

Метою дослідження стало вивчення особливостей бронхіальної прохідності (“Spirosift-3000”, Японія), характеру бронхіальної відповіді (інгаляційний тест з сальбутамолом (СЛ), 400 мкг) та вмісту сироваткового туморнекротичного фактору альфа (TNF $\alpha$ ) (імуноферментний метод; “Протеиновый контур”, СПб) у 17 хворих (9 чоловіків та 8 жінок віком від 33 до 46 років) на ХБ (ремісія) у поєднанні з ПВ ДПК (загострення та ремісія). Отримані дані досліджень свідчили про відсутність у хворих на ХБ в поєднанні з ПВ ДПК (загострення та ремісія) певних розбіжностей у показниках об'єму форсованого видиху першої секунди (ОФВ $_1$ ). Проте, аналіз ОФВ $_1$  у хворих на ХБ в інгаляційному тесті із СЛ мав певні розбіжності в залежності від активності ПВ - суттєве підвищення ОФВ $_1$  спостерігалось у хворих на ХБ саме за умов наявності загострення ПВ ДПК (приріст ОФВ $_1$  перевищував такий у ремісії ПВ майже у 1,3 рази ( $p < 0,001$ ). Означене вище супроводжувалось підвищенням вмісту у крові TNF $\alpha$  у 2,1 рази ( $61,9 \pm 4,1$  пг/мл проти  $29,4 \pm 2,7$  пг/мл;  $p < 0,001$ ).

Знайдені особливості не виключають вплив запального процесу ДПК на функціональний стан бронхіального дерева у хворих на ХБ, що потребує проведення подальших досліджень.

## **АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ДЕЯКИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СТРОКОВОЇ СЛУЖБИ, УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ**

### **THE ANALYSIS OF SOME INFECTIVE DISEASES OF MILITARY MEN OF URGENT SERVICE, PARTICIPANTS OF MILITARY ACTIONS AND CIVIL POPULATION**

**Shkarupa K.O., Shevchenko E.O., Assist. Rudenko S.S., Assoc. Prof. Kotelevska T.M.**

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”

**Кафедра інфекційних хвороб з епідеміологією**

Актуальність. У сучасному світі інфекційні захворювання залишаються однією з важливих проблем практичної охорони здоров'я, що обумовлено їх широким розповсюдженням, високим рівнем захворюваності, тяжкістю ускладнень, недостатньою ефективністю профілактики та лікування. Зростання інфекційних захворювань набуває особливого значення у зонах військових конфліктів. Тому вивчення захворюваності на інфекційні хвороби у військовослужбовців із зони бойових дій є актуальним.

Мета роботи – проаналізувати захворюваність на актуальні інфекційні захворювання у військовослужбовців та учасників бойових дій.

Матеріали та методи обстеження. Матеріалами для аналізу динаміки основних показників захворюваності інфекційних захворювань в Полтавській області були дані офіційної статистичної звітної документації по окремим інфекційним захворюванням Полтавського гарнізонного військового шпиталю ВЧ-А3114 та Полтавської обласної клінічної інфекційної лікарні за 2015-2017 рр. Порівняльну характеристику захворюваності проводили серед бійців бойових дій, військовослужбовців строкової служби та цивільного населення в Полтавській області.