

кишечника, степень нарушения сократительной способности стенки кишки, определяемая при УЗИ, является критерием выбора способа декомпрессии кишечника. Послеоперационная летальность составила 11,9%.

Ультразвуковой метод исследования является неинвазивным, доступным и высокоинформативным в диагностике толстокишечной непроходимости опухолевого генеза.

Ключевые слова: острая толстокишечная непроходимость, ультразвуковое исследование, декомпрессия кишечника, гнойные осложнения.

DEPENDENCE OF THE TREATMENT TACTICS OF THE PATIENTS WITH ACUTE COLONIC OBSTRUCTION ON THE ULTRASOUND RESEARCH RESULTS

Tamm T. I., Nepomnyaschy V. V., Barduck A. Ya.

Abstract. The treatment results of the patients with ACO are unsatisfactory because of both high figures of post-operative complications (40-60%) and post-operative mortality up to 30-60%. Surgeons have not yet reached consensus about treatment tactics of the patients with obstructive ileus because of their serious condition.

The aim of the work is to set objective criteria among patients with ACO which determine the choice of the terms and volume of operative intrusion.

Results. The results of the treatment of 168 patients with acute colonic obstruction having been in the hospital from 2014 to 2019 are presented in the work. There were 76 (45,2%) men, 92 (54,8%) women at the age from 37 to 85 years old. The patients over 60 were more than 65%. In 4-5 days from the beginning of the disease 85% of the patients were hospitalized with sub-compensated and decompensated clinical picture of acute colonic obstruction. The diagnosis of the disease was defined on the basis of anamnesis data, objective examination, clinic-biochemical marks, radiation research methods (USR and abdominal x-ray), rectoscopy and colonoscopy. Advantage of USR was demonstrated in sub-compensated and decompensated colonic obstruction diagnostics. The diagnostics and treatment tactics of the disease was based on USR data. The conservative therapy among patients with ACO was stated to be carried out in the absence of peritonitis signs and positive dynamics of local changes in the colon according to USR data, urgent operative intrusions in patients with ACO were carried out in presence of free fluid in the abdominal cavity and negative dynamics of ultrasound criteria from outside the intestine, degree of impaired bowel contractility determined with the help of USR is the criteria of the choice of intestine decompression method. Post-operative mortality was 11,9%.

Ultrasound research method is not invasive, available and highly informative in diagnostics of colonic obstruction of tumor genesis.

Key words: acute colonic obstruction, ultrasound research, intestinal decompression, purulent complications.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 10.05.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-170-174

УДК 616.858.616.833-07

Таряник К. А.

ОЦІНКА ПЕРИФЕРИЧНИХ УРАЖЕНЬ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

tkapolt@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана стаття є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри нервових хвороб із нейрохірургією та медичною генетикою Української медичної стоматологічної академії на тему «Клінічні, молекулярно-генетичні та нейрофізіологічні особливості перебігу різних форм хвороби Паркінсона» (№ державної реєстрації 0119U102848).

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) – хронічне прогресуюче захворювання головного мозку, переважно пов'язане з дегенерацією дофамінергічних нейронів чорної субстанції з накопиченням у них білка α -синуклеїну та утворенням особливих внутрішньоклітинних включень (тілець Леві), яке проявляється поєднанням гіпокінезії з ригідністю, тремором спокою та постуральною нестабільністю, а також широким спектром немоторних проявів [1,2,3]. Немоторним симптомам (НМС) хвороби Паркінсона почали приділяти багато уваги в останні кілька років, оскільки вони значною мірою сприяють на якість життя пацієнтів і є частою причиною інвалідизації пацієнтів [4-9].

Частота та вираженість НМС при ХП призвели до класифікації хворобливих відчуттів на одну або кілька з декількох категорій: біль при проблемах опорно-рухового апарату, радикулярний або невропатичний біль, біль, пов'язаний із дистонією, дискомфорт внаслідок акатизії, первинний, центральний паркінсонічний біль [8,9]. Проведено чимало досліджень, які вивчали зміни м'язового тону, включаючи згинання шиї, нахил тулуба з опусканням плечей і згинанням в зап'ястях, пальцях, ліктях, стегнах, колінах при хворобі Паркінсона. Ці зміни прогресують із часом і ведуть до зміни постави, загальної рухливості пацієнта [8,9].

Крім дегенеративних змін, однією з причин рухового неспокою в кінцівках можуть бути периферичні нейропатії (ПНП) [10]. Хоча патогенез захворювання залишається незрозумілим, деякі дослідження розглядають ПН як нейродегенеративний процес, в якому беруть участь як центральна, так і периферична нервова системи. Серед причин виникнення виділяють такі симптоми, як ригідність, тремор, вимушена постава [10-12]. Це дуже вагомий фактори, які підкреслюють асиметричну вираже-

ність симптомів у пацієнтів із ХП. Тремор, як найчастіший симптом, який спостерігається приблизно у 80% пацієнтів, може бути фактором ризику виникнення синдрому зап'ястного каналу через повторювані травми [11,13]. Результати щодо співвідношення синдрому зап'ястного каналу та стану тремору у пацієнтів є важливим доказом підтвердження цієї гіпотези [11-13]. Найчастіше, синдром зап'ястного каналу зачіпає лише одну руку, але він може вражати обидві одночасно, викликаючи симптоми у всій кисті, головним чином, при певних положеннях, таких як водіння, тримання книги чи інша повторювана діяльність руками, особливо ті, що вимагають тривалого тримання в одному положенні або розгинання (згинання) зап'ястя.

З іншого боку, згинання та розгинання пальців разом з аддукцією та абдукцією великого пальця, що викликають класичний тремор за типом «катання таблеток», вражає переважно фалангові суглоби, а не зап'ястний канал, тому може мати меншу ймовірність виникнення повторюваних травм у цій ділянці [14].

Іншою гіпотезою, яка досліджується, є ригідність та брадикінезія як заплутані фактори в патогенезі виникнення тунельного синдрому серединного нерву в ділянці променево-зап'ястного суглобу. І хоча ці два симптоми впливають на рухові розлади при ХП, однак, не має чітких даних стосовно взаємозв'язку між ригідністю-брадикінезією та синдромом зап'ястного каналу [15].

Досить мало досліджень проведено стосовно ураження ліктьового нерву в ліктьовому (кубітальному) каналі при ХП, хоча причинами виникнення даної патології є теж проблема із повторюваними рухами в ліктьовому згині, вимушеним положенням тіла [15-17].

Метою нашого дослідження було – дослідити частоту виникнення та перебіг тунельних нейропатій верхніх кінцівок у пацієнтів із хворобою Паркінсона.

Об'єкт і методи дослідження. Нами було обстежено 2 групи пацієнтів різної статі, із ХП: 1 група (14 хворих) із акінетико-ригідною формою, 2 група – (12 пацієнтів) із змішаною акінетико-ригідно-тремтячою формою. Всі пацієнти знаходились на обстеженні та лікуванні в Центрі для хворих із хворобою Паркінсона та іншими нейродегенеративними захворюваннями на базі неврологічного відділення комунального підприємства «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради».

Крім загальноклінічного та неврологічного обстеження, проводилась оцінка рухових функцій за Уніфікованою шкалою оцінки ХП (UPDRS). Тяжкість захворювання оцінювали за Хеном та Яром, оцінка когнітивної функції – за допомогою короткої шкали обстеження психічного статусу (MMSE), ступінь повсякденної активності визначали за Швабе-Інглендом (табл. 1).

Для оцінки больового синдрому використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ) та опитувальник Мак-Гілла. Для оцінки стану периферичних нервів проводили стимуляційну ЕНМГ периферичних нервів верхніх кінцівок методом коротких проміжків. Оцінювали амплітуду м'язової відповіді

Таблиця 1 – Основні анамнестичні показники пацієнтів обох груп із хворобою Паркінсона

Групи пацієнтів	Вік (роки)	Тривалість ХП	Стадія по Хен та Яр
1 група (n=14)	56,4±9,1	5,4±3,7	2,8±0,3
2 група (n=12)	55,7±8,4	4,7±3,2	2,4±0,4

(М-відповідь), моторну та сенсорну швидкість, резидуальну латентність по серединному та ліктьовому нервам.

Статистичний аналіз проводився за допомогою програми IBM SPSS Statistics. Результати вважали статистично значимими за умови $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. Діагноз хвороби Паркінсона встановлювався у відповідності до клініко-діагностичних критеріїв банку мозку Британського товариства хвороби Паркінсона. Згідно цих критеріїв паркінсонізм діагностували при наявності акінезії (брадикінезії) та одного із симптомів: ригідності м'язів, тремору спокою чи постуральної нестійкості, яка не пов'язана з первинним враженням зору, вестибулярною, мозочковою, пропріоцептивною дисфункцією.

Критеріями виключення захворювання були повторні інсульти із прогресуванням паркінсонічних симптомів, повторні травми голови, енцефаліти в анамнезі, окулогірні кризи, лікування нейролептиками до початку появи паркінсонізму, наявність більш ніж одного родича із ХП, тривала ремісія, одностороннє ураження через впродовж 3 років від початку захворювання, прогресуючий над'ядерний параліч, мозочкові симптоми, рання важка вегетативна дисфункція, рання важка деменція, симптом Бабінського, наявність пухлини мозку або гідроцефалії на КТ, негативна реакція на великі дози леводопи.

Показник когнітивних порушень склав MMSE – 24,1±2,7 бали. Середній бал за шкалою UPDRS склав – 48,5 (32,5-62,5), за шкалою Шваба-Інгленда – 90,0 (90-97,5).

Більшість пацієнтів відмічали дискомфорт у кистях у вигляді печії, відчуття «повзання мурашок», переважно в ділянці долонної поверхні I-III та V пальців, що посилюються у вимушеному положенні, вночі. Рівень больового синдрому на який вказували пацієнти, був легкий 2,82 (2,5-4,0) у першій групі та помірний – 4,0 (2,25-5,0). Ранговий індекс болю за опитувальником Мак-Гілла показник склав – 6,0 (3,5-13,75), індекс числа обраних дескрипторів – 10,5 (9,0-22,75) та евалюативна оцінка – 2,0 (1,0-2,0).

При проведенні стимуляційної ЕНМГ методом коротких проміжків було виявлено підвищення резидуальної латентності, падіння амплітуди м'язової відповіді та моторної швидкості по серединному нерву на рівні вище зап'ястка, по ліктьовому нерву – на рівні ліктьового згину.

Критерії ЕМГ для діагностики тунельної нейропатії серединного нерву включали падіння амплітуди м'язової відповіді (М-відповіді) на рівні +1 см вище зап'ястка (для серединного) (таблиця 2), підвищення резидуальної латентності (РЛ) вище 2,5 мс. (таблиця 3), зниження швидкості проведення по моторним волокнам (ШПІм) нижче 50 м/с (табл. 4) та сенсорної провідності (ШПІс) нижче 40 м/с для серединного та ліктьового нервів.

Таблиця 2 – Показники амплітуди М-відповіді при стимуляції *m.abductor pollicis brevis* у пацієнтів обох груп методом коротких проміжків

Показник	1 група (n=14)	2 група (n=12)	Контрольна група (n=10)
Амплітуда М-відповіді (мВ) на рівні зап'ястка	4,07±0,32 [^]	4,45±0,26 [^]	13,7±0,3
Амплітуда М-відповіді (мВ) на рівні +1см вище зап'ястка	4,63±0,28 [^]	2,10±0,14* [^]	13,3±0,2
Амплітуда М-відповіді (мВ) на рівні ліктьового згину	5,32±0,34 [^]	2,37±0,24* [^]	12,6±0,3

Примітка: * – $p < 0.05$ в порівнянні між М-відповіддю на рівні зап'ястка, вище зап'ястка та на рівні ліктьового згину у пацієнтів 2 групи. [^] – $p < 0.05$ в порівнянні між М-відповіддю у групах пацієнтів та контрольною групою.

Таблиця 3 – Резидуальна латентність (мс) М-відповіді під час стимуляції *m.abductor digiti minimi* і *m.abductor pollicis brevis* у пацієнтів обох груп

Показник	1 група (n=14)	2 група (n=12)	Контроль (n=10)
РЛ на рівні зап'ястка	2,7±0,3	3,4±0,4	3,4±0,6
РЛ на рівні +1 см вище зап'ястка	3,6±0,2	5,6±0,7*	5,1±0,4
РЛ на рівні ліктьового згину	5,3±0,7	7,9±0,5**	6,5±0,7

Примітка: * – $p < 0.05$ в порівнянні між РЛ на рівні зап'ястка та вище зап'ястка; ** – $p < 0.05$ в порівнянні між РЛ на рівні зап'ястка та на рівні ліктьового згину.

Таблиця 4 – Швидкість поширення збудження (м/с) під час стимуляції *m. abductor pollicis brevis* у групах пацієнтів

Показник	1 група (n=14)	2 група (n=12)	Контроль (n=10)
зап'ясток/+1 см вище зап'ястка	42,4±2,3	40,2±3,8	60,3±5,3
+ 1 см вище зап'ястка/ліктьовий згин	43,5±3,7	29,1±1,3*	60,2±4,6
ліктьовий згин/нижня третина плеча	40,78±0,46	23,14±0,11**	58,7±6,3

Примітка: * - $p < 0.05$ в порівнянні між ШПІм на рівні зап'ясток/+1 см вище зап'ястка-ліктьовий згин; ** - $p < 0.05$ в порівнянні між ШПІм на рівні +1 см вище зап'ястка/ліктьовий згин – ліктьовий згин/н/третина плеча.

В обох групах пацієнтів спостерігалось зниження амплітудних показників при стимуляції короткого відвідного м'яза великого пальця (*abductor pollicis brevis*) в дистальній точці стимуляції. У пацієнтів з

акінетико-ригідно-тремтячою формою ХП (2 група) виявлені ознаки тунельної нейропатії середнього нерву у вигляді падіння амплітуди М-відповіді на рівні +1 см вище зап'ястка та збереження низьких амплітудних показників у проксимальних точках стимуляції (ліктьовий згин).

При оцінці резидуальної латентності спостерігається її підвищення в проксимальних відділах, з акцентом у другій групі пацієнтів.

У пацієнтів першої групи із акінетико-ригідною формою захворювання спостерігалось зниження швидкісних показників, з акцентом в проксимальних відділах по середньому нерву, а у другій групі пацієнтів – падіння швидкостей на рівні +1 см вище зап'ястка-ліктьовий згин (**табл. 4**).

У семи, із загальної кількості обстежених, пацієнтів обох груп були виявлені ознаки тунельної нейропатії ліктьового нерву (кубітальний тунельний синдром), а саме: падіння амплітуди м'язової відповіді на рівні ліктьового згину, зниження моторної швидкості.

Висновки. Таким чином, виявлено, що крім основних ознак хвороби Паркінсона – тремору спокою, бради- або акінезії, ригідності, в клінічній картині переважають ознаки периферичної нейропатії верхніх кінцівок. Характер неврологічних порушень залежить від форми хвороби, їх потрібно враховувати при веденні пацієнтів на будь-якій стадії захворювання. Так, у пацієнтів із акінетико-ригідною формою переважають ознаки порушення нервово-м'язової провідності по середньому та ліктьовому нервам демієлінізуючого характеру. Це може бути пояснено переважанням в клінічній картині брадикінезії, перебування тривалий час у вимушеному положенні. У групі пацієнтів із акінетико-ригідно-тремтячою формою захворювання діагностовано переважання ознак тунельної нейропатії середнього нерву на рівні карпального каналу, що може вказувати на травматичні ураження зап'ястного каналу внаслідок частих повторюваних рухів при треморі.

Перспективи подальших досліджень. Враховуючи частоту виникнення нейропатії у пацієнтів із різними формами хвороби Паркінсона, цікавим є вивчення та аналіз впливу препаратів леводопатерапії на розвиток периферичних нейропатій, тяжкість їх перебігу.

Література

1. Karaban IM. Khvoroba Parkinsona: patohenetychni aspekty medykamentoznoi terapii ta klinichnoho perebihu. Naukovyi zhurnal MOZ Ukrainy. 2014;2(6):60-70. [in Ukrainian].
2. Bolezn' Parkinsona (etiologiya, patogenez, klinika, diagnostika, lechenie, profilaktika). M.: Medicina; 2002. 335 s. [in Russian].
3. Shtok VN. Bolezn' Parkinsona. Ekstrapiramidnye rasstrojstva. Rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu. M.: Medpress-inform; 2002. s. 87-124. [in Russian].
4. Barone P, Antonini A, Colosimo C. The PRIAMO study: a multicenter assessment of nonmotor symptoms and their impact on quality of life in Parkinson's disease. *Movement Disorders*. 2009;24(11):1641-9.
5. Stacy MA. Dopamine agonists. *Handbook of Parkinson's disease*. 4th edition. NY, London: Informa Healthcare; 2007. p. 335-8.

6. Karaban' IN, Shalenko OV, Krizhanovskij SN. Nemotornye simptomy v klinicheskoy kartine bolezni Parkinsona. Mezhdunarodnij nevrologicheskij zhurnal. 2017;1(87):58-63. [in Russian].
7. Levin OS. Bolezn' Parkinsona: sovremennye podhody k diagnostike i lecheniyu. Prakticheskaya medicina. 2017;1(102):45-51. [in Russian].
8. Ha AD, Jankovic J. Pain in Parkinson's disease. Mov. Disord. 2012 Apr;27(4):485-91.
9. Ford B. Pain in Parkinson's disease. Mov Disord. 2010;25(1):98-103.
10. Cossu G, Melis M. The peripheral nerve involvement in Parkinson Disease: a multifaceted phenomenon. Parkinsonism & Related Disorders. 2016;25:17-20.
11. Yang SN, Kang HJ, Yoon JS, Won SJ, Seo WK, Koh SB. Is median nerve enlargement at the wrist associated with tremor in Parkinson disease. Journal of Ultrasound in Medicine. 2014;33(12):2079-83.
12. Cingoz M, Kandemirli SG, Can Alis D, Samanci C. Evaluation of median nerve by shear wave elastography and diffusion tensor imaging in carpal tunnel syndrome. Research article. 2018 Apr;101:59-64.
13. Mengi-Ozsarac G. Erratum to "Carpal tunnel syndrome in Parkinson's disease". European Journal of Radiology. 2008;67(3):503-50.
14. Anouti A, Koller WC. Tremor disorders. Diagnosis and management. West J Med. 1995 June;162:510-3.
15. Yardimci N, Cem Eroglu O, Oz Turk E, Gürlü G, Şahin E, Bozkurt S, Cengiz T. Median and Ulnar Neuropathy Assessment in Parkinson's Disease regarding Symptom Severity and Asymmetry. Parkinson's Disease. 2016;2016:4958068.
16. Werner CO, Ohlin P, Elmqvist D. Pressures recorded in ulnar neuropathy. Acta Orthopaedica. 1985;56(5):404-6.
17. Van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. Rheumatology. 2009;48(5):528-36.

ОЦІНКА ПЕРИФЕРИЧНИХ УРАЖЕНЬ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Таряник К. А.

Резюме. Стаття присвячена вивченню чинників розвитку невропатій при хворобі Паркінсона та їх впливу на перебіг, тяжкість захворювання. Виявлено, що крім основних ознак хвороби Паркінсона – тремору спокою, бради- або акінезії, ригідності, в клінічній картині переважають ознаки периферичної нейропатії верхніх кінцівок. Характер неврологічних порушень залежить від форми хвороби.

Метою нашого дослідження було – дослідити частоту виникнення та перебіг тунельних нейропатій верхніх кінцівок у пацієнтів із хворобою Паркінсона.

За допомогою електронейроміографічного обстеження периферичних нервів верхніх кінцівок проведений аналіз порушення нервово-м'язової провідності на різних рівнях. Так, у пацієнтів із акінетико-ригідною формою переважають ознаки порушення нервово-м'язової провідності по серединному та ліктьовому нервам демієлінізуючого характеру. Це може бути пояснено переважанням в клінічній картині брадикінезії, перебування тривалий час у вимушеному положенні. У групі пацієнтів із акінетико-ригідно-тремтячою формою захворювання діагностовано переважанням ознак тунельної нейропатії серединного нерву на рівні карпального каналу, що може вказувати на травматичні ураження зап'ястного каналу внаслідок частих повторюваних рухів при треморі.

Особливості перебігу різних форм захворювання потрібно враховувати при веденні пацієнтів на будь-якій стадії захворювання.

Ключові слова: хвороба Паркінсона, тунельний синдром, нейропатія, електронейроміографія.

ОЦЕНКА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Таряник Е. А.

Резюме. Статья посвящена изучению факторов развития невропатий при болезни Паркинсона и их влияния на ход, тяжесть заболевания. Выявлено, что кроме основных признаков болезни Паркинсона – тремора покоя, бради- или акинезии, ригидности, в медицинской картине преобладают признаки периферической нейропатии верхних конечностей. Характер неврологических нарушений зависит от формы болезни.

Целью исследования стало изучение частоты возникновения и течение туннельных нейропатий верхних конечностей у пациентов с болезнью Паркинсона.

С помощью электронейромиографического обследования периферических нервов верхних конечностей проведен анализ нарушений нервно-мышечной проводимости на разных уровнях. Так, у пациентов с акинетико-ригидной формой преобладают признаки нарушения нервно-мышечной проводимости по срединному и локтевом нервам демиелинизирующего характера. Это может быть объяснено преобладанием в клинической картине брадикинезией, пребывание длительное время в вынужденном положении. В группе пациентов с акинетико-ригидно-дрожащей формой заболевания диагностировано преобладание признаков туннельной нейропатии срединного нерва на уровне карпального канала, что может указывать на травматические поражения запястного канала вследствие частых повторяющихся движений при треморе.

Особенности течения различных форм заболевания нужно учитывать при ведении пациентов на любой стадии заболевания.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, туннельный синдром, нейропатия, электронейромиография.

EVALUATION OF PERIPHERAL LESIONS IN PARKINSON'S DISEASE

Tarianyk K. A.

Abstract. The frequency and severity of non-motor symptoms in CP have led to the classification of painful sensations into one or more of several categories: pain in musculoskeletal problems, radicular or neuropathic pain, pain associated with dystonia, discomfort due to akathisia, primary, central parkinsonic pain.

In addition to degenerative changes, one of the causes of motor restlessness in the extremities may be peripheral neuropathy. Among the causes are symptoms such as rigidity, tremor, forced posture. These are very important factors that emphasize the asymmetric severity of symptoms in patients with Parkinson's disease.

The article is devoted to the study of factors in the development of neuropathies in Parkinson's disease and their impact on the course and severity of the disease. The nature of neurological disorders depends on the form of the disease.

The aim of our study was to investigate the incidence and course of tunnel neuropathy of the upper extremities in patients with Parkinson's disease.

We examined 2 groups of patients with akinetic-rigid form and mixed forms of the disease, who were examined and treated at the Center for Patients with Parkinson's disease and other neurodegenerative diseases on the basis of the neurological department of the utility company «Poltava Regional Clinical Hospital named after MV Sklifosovsky of the Poltava regional council».

In addition to general clinical and neurological examination, motor function was assessed according to the Unified Scale of CP Assessment. The severity of the disease was assessed by Hoehn and Yahr, the assessment of cognitive function – using a short scale of mental status, the degree of daily activity was determined by Schwabe-England. A visual analog scale and a McGill questionnaire were used to assess pain. To assess the condition of the peripheral nerves performed stimulation electoneuromyography peripheral nerves of the upper extremities by the method of short intervals.

Electroneuromyographic examination of the peripheral nerves of the upper extremities was performed to analyze the violation of neuromuscular conduction at different levels. Criteria for electromyographic examination for the diagnosis of tunnel neuropathy of the median nerve included a decrease in the amplitude of the muscular response above the wrist (for the median), increased residual latency, decreased conduction velocity on motor fibers and sensory conductivity for median and ulnar nerves.

Thus, in patients with akinetic-rigid form, signs of impaired neuromuscular conduction along the median and ulnar nerves of demyelinating nature predominate. This can be explained by the predominance in the clinical picture of bradykinesia, staying in a forced position for a long time. In the group of patients with akinetic-rigid-trembling form of the disease, the predominance of signs of tunnel neuropathy of the median nerve at the level of the carpal tunnel was diagnosed, which may indicate traumatic injuries of the carpal tunnel due to frequent repetitive movements with tremor.

Peculiarities of the course of various forms of the disease should be taken into account when managing patients at any stage of the disease.

Key words: Parkinson's disease, tunnel syndrome, neuropathy, electroneuromyography.

Рецензент – проф. Литвиненко Н. В.

Стаття надійшла 02.05.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-174-178

УДК 616.12-005.4-008.46-036.1+616.36-003.826:616.61-008.6-07

¹Ханюков О. О., ¹Сапожниченко Л. В., ¹Смольянова О. В., ²Ковтун О. В., ¹Дорошенко А. М.

УРАЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ СЕРЦЕВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ІШЕМІЧНОГО ГЕНЕЗУ ТА СТЕАТОЗ ПЕЧІНКИ

¹Державний заклад «Дніпропетровська медична академія
Міністерства охорони здоров'я України» (м. Дніпро)

²Комунальне підприємство «Дніпропетровський обласний клінічний центр
кардіології та кардіохірургії» ДОР» (м. Дніпро)

s.lyuda@i.ua

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР кафедри внутрішньої медицини З «Особливості структурно-функціональних змін серцево-судинної системи у хворих на артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця в поєднанні з коморбідними станами», № державної реєстрації 0117U004729.

Вступ. Хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією з найбільш поширених, прогресуючих та прогностично несприятливих патологій серцево-судинної системи, що стала однією із найбільш частих причин госпіталізації. За даними Фремінгемського дослідження, частота ХСН подвоюється кожне десятиліття. ХСН різко погіршує якість життя хворих і в 4 рази підвищує ризик смерті – рівень смертності хворих протягом року складає 15-50%. Ризик раптової смерті у хворих на ХСН в 5 разів перевищує цей показник у людей без ХСН [1].

Наявність коморбідних станів значно погіршує прогноз пацієнтів із ХСН. Практично у кожного третього пацієнта з ХСН в анамнезі 5 та більше супутніх захворювань [2]. За даними останніх досліджень, серцева недостатність призводить до розвитку хронічної хвороби нирок (ХХН), а патологія нирок, у свою чергу, погіршує клінічний перебіг серцево-судинного захворювання (ССЗ) та функціональний клас ХСН. Такий самий взаємозв'язок характерний і для поєднання ХСН та стеатоза печінки. Однак, особливості клінічного перебігу ССЗ в комбінації з одночасним ураженням нирок і печінки є менш вивченими.

Так, у дослідженні, результати якого були опубліковані в 2010 році, було проведено ультразвукове обстеження печінки 1361 людини з ХСН. Визначено, що у пацієнтів, які мали неалкогольну жирову хворобу печінки (НАЖХП), вірогідно частіше виявлялась мікроальбумінурія, ніж у хворих без НАЖХП [3]. У