УДК 616.858-008.6-071

Таряник К.А.

ОЦІНКА ПЕРИФЕРИЧНИХ УРАЖЕНЬ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

tkapolt@gmail.com

Актуальність. Хвороба Паркінсона – хронічне прогресуюче захворювання нервової системи пов'язане з дегенерацією дофамінергічних нейронів, в клінічній картині якого переважають моторні та немоторні розлади, які передують початку захворювання. Вагомий відсоток серед немоторних розладів посідають сенсорні порушення, а саме, больовий синдром, який у пацієнтів із хворобою Паркінсона носить ноцицептивний, нейропатичний, змішаний характер. Однією з причин виникнення больового синдрому є тунельні нейропатії, пов'язані із компресією периферичних нервів у місцях фізіологічних згинів.

Мета: дослідити частоту виникнення та перебіг на фоні прогресування захворювання тунельних нейропатій верхніх кінцівок у пацієнтів із хворобою Паркінсона.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 26 пацієнтів з хворобою Паркінсона, що перебували на стаціонарному лікуванні у неврологічному відділенні КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфософського ПОР». Клінічну оцінку пацієнтів проводили згідно універсальної шкали оцінки хвороби Паркінсона (UPDRS). Тяжкість захворювання оцінювали за Хеном та Яром, ступінь повсякденної активності за Швабом-Інглендом. Для оцінки больового синдрому використовували візуально-аналогову шкалу (ВАШ) та опитувальник Мак-Гілла. Для оцінки провідності по периферичним нервам верхніх кінцівок проводили стимуляційну електронейроміографію методом коротких відстаней. Оцінювали латентний час, амплітуду та швидкість проведення моторної та сенсорної відповіді по серединному та ліктьовому нервам. Статистична обробка результатів проводилася за допомогою програми IBM SPSS Statistics. Результати вважали статистично значимими за умови $p<0,05$.

Результати. Середній бал за шкалою UPDRS складав – 48,5 (32,5-62,5), за Хеном та Яром – 2,75 (2,5-3), а за шкалою Шваба-Інгленда – 90,0 (90-97,5). Пацієнти відмічали рівень больового синдрому переважно як помірний – 4,0 (2,25-5,0). Ранговий індекс болю за опитувальником Мак-Гілла показник складав – 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 дослідженні провідності було виявлено падіння амплітуди моторної відповіді у вигляді блоку проведення по серединному нерву на рівні ліктьового згину (15% пацієнтів) та по лік-

тьовому нерву (синдром кубітального каналу) – у 30% досліджуваних, зниження швидкості проведення імпульсів по чутливим та моторним волокнам на стороні початку симптомів захворювання.

Висновки. Немоторні симптоми потрібно враховувати при веденні пацієнтів на будь-якій стадії хвороби Паркінсона, оскільки їх частота підвищується разом із тривалістю та тяжкістю захворювання. Встановлено переважання у пацієнтів із хворобою Паркінсона кубітального туннельного синдрому, вірогідніше пов'язаного із дегенеративними змінами та вимушеною позою згиначів на рівні ліктьового згину.

УДК 616.12-008.331.1:575

Хайтович М.В.[1], Потаскалова В.С.[1], Селюк М.М.[2], Бурлака А.П.[3]

ЕПІГЕНЕТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ПЕРВИННОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ЧОЛОВІКІВ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ: РОЛЬ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕСУ

[1]Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
[2]Українська військово-медична академія, м. Київ,
[3]Інститут експериментальної патології, онкології та радіобіології імені Р.Є. Кавецького НАН України, м. Київ
nik3061@gmail.com

Актуальність. Як відомо, епігенетика вивчає особливості експресії генів при сталому генетичному коді за рахунок зміни третинної структури ДНК-ланцюга і, таким чином, доступності ДНК для молекул. До епігенетичних впливів відносяться метилювання ДНК, посттрансляційна модифікація гістонів, РНК-інтерференція тощо. Останнього часу отримано багато нових даних щодо ролі епігенетичних механізмів регуляції судинного тонусу в нормі, а також при серцево-судинних захворюваннях, зокрема – при артеріальній гіпертензії. Описано порушення серцево-судинної системи при тривалому впливі електромагнітного випромінювання надвисокочастотного діапазону (ЕМВ НВЧ). Водночас вивчається ефективність застосування епігенетичних напрямів (модулювання змін навколишнього середовища, корекція способу життя, дієти, вживання антиоксидантів тощо) для корекції підвищеного АТ. Одним з дієтологічних підходів для корекції оксидативного стресу є збільшення у раціоні кількості фруктів та овочів, в яких міститься кверцетин.

Метою дослідження було визначення ролі оксидативного стресу в механізмі розвитку АГ у пацієнтів, які працюють в умовах впливу ЕМВ НВЧ.