

ендоксан по 50 мг двічі на день протягом 3 місяців, а після цього дозу зменшено до 50 мг тривало. Через місяць загальний стан пацієнта покращився; аналіз крові продемонстрував білі клітини крові -  $6,8 \times 10^9$ /л, еозинофіли - 9%, ШОЕ - 16 мм/год.

Даний клінічний випадок наглядно продемонстрував труднощі діагностики СЧС. Динамічне клінічне спостереження дозволило сформулювати діагноз, незважаючи на відсутність морфологічного підтвердження. Клінічна картина СЧС характеризується великим поліморфізмом проявів залежно від стадії захворювання. В продромальний період, який може тривати до 10 років, виявляються різні алергічні прояви, включаючи алергічний риніт, поліпоз та астму. Характерна особливість другої фази хвороб - це периферична та інтерстиціальна еозинофілія з ураженнями різних органів, найчастіше легенів, шлунку та кишечника: синдром Леффлера, еозинофільна пневмонія, гастроентерит. Клінічна картина остаточної третьої фази зазвичай представлена симптомами системного некротизуючого васкуліту з ураженнями легенів, шкіри, серця, периферичних нервів, нирок. Обстеження ANCA має вирішальне значення при диференційованому діагнозі васкулітів, включаючи СЧВ. Вони виявляються у 40-60% пацієнтів із СЧС. Типовою морфологічною ознакою васкуліту є помітна інфільтрація еозинофілами стінки дрібних судин.

Таким чином, діагностика СЧС вимагає інтеграції клінічних ознак, детального аналізу анамнезу хвороби, лабораторних результатів та додаткових методів обстеження. Рання діагностика захворювання та медикаментозна терапія забезпечують профілактику незворотних змін та покращують прогноз для таких пацієнтів.

## ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ВЕРТЕБРОГЕННІ БОЛЬОВІ СИНДРОМИ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО РІВНЯ

Козьолкін О. А., Медведкова С. О., Пухальський М. П.

Запорізький державний медичний університет

**Мета дослідження.** Встановити взаємозв'язки між вираженістю неврологічних розладів та показниками якості життя у хворих на вертеброгенні больові синдроми попереково-крижового рівня (ВБС ПКР).

**Матеріали та методи.** У клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету досліджено 30 хворих на ВБС ПКР. Першу групу склали 15 пацієнтів із рефлекторними вертеброгенними больовими синдромами (РВБС), другу – 15 хворих із дискогенними радикулопатіями (ДР). Використані методи загального клініко- та вертебро-неврологічного дослідження, мануально-м'язового тестування, а також опитування за наступними клінічними шкалами та опитувальниками для оцінки якості життя хворих: PainDETECT, 5-бальною шкалою вертебро-неврологічного дефіциту (5-БШВНД), індексом м'язового синдрому (ІМС), шкалою больових відчуттів І. П. Антонова, Освестрі 2.1, візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS).

**Результати.** За результатами проведеного дослідження було виявлено, що показники були достовірно гіршими у хворих з ДР ПКР, аніж у хворих з РВБС. За шкалою PainDETECT – 55 (50; 68) та 45 (42; 52), відповідно,  $p < 0,001$ ; 5-БШВНД – 8 (8; 10) та 5 (4; 7), відповідно,  $p < 0,001$ ; ІМС – 10 (9; 13) та 8 (6; 8), відповідно,  $p < 0,013$ ; за шкалою больових відчуттів І. П. Антонова – 3 (2; 3) та 2 (2; 3), відповідно,  $p < 0,029$ ; Освестрі 2.1 – 15 (14; 17) та 10 (9; 14), відповідно,  $p < 0,002$ ; ВАШ – 5(5; 7) проти 3 (3; 5), відповідно,  $p < 0,008$ ; HADS (домен тривожності) – 8 (6; 10) та 5 (4; 7), відповідно, HADS (домен депресії) – 6 (4; 8) та 3 (2; 4), відповідно,  $p < 0,045$ .

Відмічено сильний позитивний кореляційний зв'язок між показниками шкали Освестрі 2.1 та ВАШ ( $r = 0,709$ ,  $p < 0,003$ ), а також середньої сили між показниками шкали Освестрі та ІМС ( $r = 0,629$ ,  $p < 0,012$ ).

**Висновки.** 1) Неврологічні розлади та показники якості життя були гіршими у хворих із ДР ПКР, аніж у хворих із РВБС ПКР 2) Сильніший кореляційний зв'язок між клінічними проявами та показниками якості життя спостерігається у хворих із ДР ПКР, ніж у хворих із РВБС ПКР.

## ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРТИКОСТЕРОЇДІВ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

Куліш М.В.

Полтавський державний медичний університет

Лікування мультирезистентного туберкульозу є однією з найскладніших проблем сучасної фтизіатрії, адже протокольна протитуберкульозна хіміотерапія не завжди дозволяє досягти повного вилікування хворого. Патогенетичні засоби дозволяють підвищити ефективність лікування туберкульозу, тому **метою роботи** було вивчити ефективність кортикостероїдів в комплексному лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз легень.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням перебувало 65 пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом легень, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в Комунальному закладі «Полтавський обласний клінічний протитуберкульозний диспансер Полтавської обласної Ради». За режимом лікування всі хворі були розподілені на дві групи. Основна група (37 хворих) отримувала протитуберкульозну хіміотерапію з додатковим призначенням в перші 2 місяці інтенсивної фази лікування преднізолону з урахуванням добового біоритму функції наднирників (по 20 мг через день, зранку, одноразово, з відміною препарату одноразово, без зниження фармако-терапевтичної дози). Контрольна група (28 хворих) отримувала тільки протитуберкульозні препарати. За віком, статтю і характеристикою патологічного процесу хворі обох груп були ідентичними.