

шифру МКХ-10 показав, що реабілітаційне втручання було проведено одній пацієнтці з хворобою Гентінгтона (0,5%), синдром інсульту в стовбурі головного мозку діагностували у - 2 (1,0%), ураження променевого нерва, ураження бічного підколінного нерва – у 2 (1,0%), спастичну геміплегію- у 183 (94,3%), параплегію та тетраплегію, м'яву параплегію по - 1 (0,5%), спастичну параплегію- у 5 (2,7%).

Висновки: таким чином в структурі неврологічного стаціонару, серед пацієнтів, яким було здійснено реабілітаційне втручання було найбільше пацієнтів з наслідками ГРМК по шифру МКХ-10 G81.1 – спастична геміплегія, рідше спостерігалися периферичні нейропатії, пара та тетраплегії.

ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВОК У ПАЦІЄНТІВ З ГЕМІПАРЕЗОМ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРИЙ РОЗЛАД МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Баблюк Л.А., Нестерак Р.В., Тимошук О.В., Кобзей М.В., Федяєва С.І.

*Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, Львів
Комунальне некомерційне підприємство «Центральна міська клінічна лікарня
Івано-Франківської міської ради»
labablyuk@ukr.net*

Гострий розлад мозкового кровообігу (ГРМК) є другою за частотою причиною смерті й головним чинником інвалідності в усьому світі. Одним із провідних чинників обмеження життєдіяльності людей є порушення рухових функцій верхньої кінцівки внаслідок перенесеного ГРМК, що спостерігається майже у 75% пацієнтів. Внаслідок порушення моторної функції верхньої кінцівки, виникає дефіцит діяльності та участі, що призводить до різкого погіршення якості життя пацієнта та його родини.

Мета: дослідити функціональну активність верхньої кінцівки у пацієнтів з геміпаретичними наслідками ГРМК.

Матеріали та методи: в дослідженні взяли участь 35 пацієнтів, які перенесли ГРМК та мали порушення рухової функції кінцівок. Серед обстежених було 26 (74,3%) чоловіків та 9 (25,7%) жінок. Середній вік пацієнтів складав $54,06 \pm 2,8$ років. Обстеження проводили на базі відділення відновного лікування та реабілітації КНП ЦМКЛ ІФМР. Оцінку функціональної активності верхньої кінцівки здійснювали за оціночною шкалою «Функціональний індекс верхньої кінцівки» (UEFI). Статистичний аналіз здійснювався за допомогою параметричних критеріїв Ст'юдента. Результати розцінювалися як достовірні при $p < 0.05$.

Результати: аналізуючи обстежених пацієнтів, виявили, що в 16 (45,7%) пацієнтів діагностовано правобічний геміпарез, а у 19 (54,3%) – правобічний. За домінуванням ураження моторної функції кінцівок у 21 (60,0%) пацієнтів наслідком ГРМК, був геміпарез виражений у верхній кінцівці та помірний у

нижній кінцівці, що відповідало $21,5 \pm 1,57$ балам UEFI, та меншим ніж у здорових у 3,6 рази ($78,01 \pm 1,23$ бали), $p < 0,001$, у 9 (25,7%) пацієнтів – порушення мобільності верхньої та нижньої кінцівок було в однаковій мірі, що відповідало $47,81 \pm 2,54$ балам за індексом UEFI, що в 1,6 балів було менше ніж у здорових, $p < 0,001$, а в 5 (14,3%) пацієнтів – помірний геміпарез у верхній кінцівці та виражений у нижній кінцівці - $66,93 \pm 1,82$ балів за індексом UEFI, що в 1,2 рази було меншим, ніж у здорових, $p < 0,01$.

Висновок: таким чином «Функціональний індекс верхньої кінцівки (UEFI) є валідною та доступною оціночною шкалою, яку можна використовувати для реабілітаційної оцінки порушень моторної функції верхньої кінцівки, для подальшого встановлення реабілітаційних цілей та застосування реабілітаційного втручання.

ЗМІНИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ЗА КОМОРБІДНОГО ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО НЕКАМЕНЕВОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ТА ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ II СТАДІЇ

Антонів А.А., Антонів Н.А.

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
antonivalona@ukr.net*

Актуальність проблеми. Функціональні захворювання жовчовивідних шляхів (ФЗ ЖВШ) є клінічним симптомокомплексом, що розвивається внаслідок моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура (ЖМ), жовчовивідних шляхів (ЖВШ) та їх сфінктерного апарату без ознак органічного ураження (запалення, каменеутворення) і є найпоширенішою патологією серед уражень травної системи: посідають друге місце після хронічних гастритів та дуоденітів. Розвиток дискінезій ЖМ та ЖВШ пов'язаний зі змінами співвідношення тону симпатичної і парасимпатичної іннервації як на рівні ЦНС, так і на периферійному рівні за рахунок змін співвідношення адрено- та холінорецепторів на користь останніх. Таким чином, функціональні та органічні захворювання ЖМ та ЖВШ можуть бути пов'язані із первинними розладами нейро-ендокринної, цитокінової, рецептор-опосередкованої та паракринної регуляції тону та релаксації непосмугованих м'язів, що, можливе за умов соматоформної вегетативної дисфункції та гіпертонічної хвороби її стадії.

Мета дослідження: встановити зміни функціонального стану вегетативної нервової системи за коморбідного перебігу хронічного некаменевого холециститу, соматоформної вегетативної дисфункції та гіпертонічної хвороби II стадії.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 138 хворих: 98 хворих на хронічний некаменевий холецистит у фазі загострення із супровідною