

інфекційним ендокардитом помирають протягом кількох днів чи тижнів, незважаючи на лікування. Час є вирішальним чинником, бо часто запалення може проходити безболісно, у той час як сама патологія буде встановлена вже на пізніх стадіях, що значно зменшить шанс на повну реабілітацію та відновлення ушкодженої тканини. Макро- та мікропрепарати ушкодженого органу свідчать про патоморфологічні зміни внаслідок прогресування осередку інфекції в організмі. При інфекційному ендокардиті збудники різноманітні. Ендокардит нативних, але пошкоджених або аномальних клапанів у 50-60% випадків викликає *Staphylococcus viridans*, представник нормальної мікрофлори ротової порожнини. Більш вірулентний *Staphylococcus aureus*, який зазвичай присутній на шкірі, здатний інфікувати як здорові, так і аномальні клапани (10-20%). *Staphylococcus aureus* є основною причиною інфекційного ендокардиту у ін'єкційних наркоманів. До факторів, що сприяють його розвитку, насамперед відносять ті, що викликають бактеріємію. Джерелом зараження можуть бути інфекції, що локалізуються в різних областях організму, стоматологічні та хірургічні процедури, забруднені голки, що неодноразово використовуються для внутрішньовенних ін'єкцій. Гістологічна картина проявляється вегетаціями з великою кількістю запальних клітин і фібрину. Бактерії виявляють за допомогою фарбування тканини за Грамом. Ревматична хвороба серця характеризується деформуючим фіброзним ураженням клапанів, зокрема мітральним стенозом. Захворюваність і летальність при ревматичній лихоманці та ревматичній хворобі серця знизилася в багатьох країнах внаслідок покращення соціально-економічного стану, а також внаслідок швидкої діагностики та ефективної терапії стрептококового фарингіту. В епідемічному аспекті найбільш небезпечними є діти з ураженням носа, ротоглотки та бронхів (скарлатина, ангіна, назофарингіт, бронхіт), що відвідують навчальні заклади. Велику роль у поширенні інфекції відіграють пацієнти з легкими, атиповими формами стрептококових захворювань (типу "трохи болить горло"), і навіть носії стрептокока, що мають хронічні захворювання (аденоїдити, тонзиліти, фарингіти). Таким чином інфекція майже безсимптомно уражує судини та серце. Патології серця та судин, що розвиваються внаслідок ураження інфекцією, не слід відокремлювати, оскільки найчастіше захворювання прогресують одночасно, бо органи структурно взаємозв'язані. Локальний артеріїт може бути спричинений інвазією інфекційних агентів, зазвичай бактерій або грибів, зокрема родини *Aspergillus* та *Mucor*. Судинна інвазія буває частиною осередкової тканинної інфекції (наприклад, бактеріальної пневмонії або запалення тканини біля абсцесу). Інфікування судин може призвести до слабкості стінки артерій, а в результаті мікотичної анеризми навіть індукувати тромбоз та інфаркт.

Висновки. Отже, інфекційні захворювання часто ускладнюються ураженнями клапанів серця, міокарду, навколосерцевої сумки, коронарних судин. Численні патології серцево-судинної системи є наслідками перенесених «на ногах» та недолікованих вірусних і бактеріальних інфекцій.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Крилевська К.А.

Науковий керівник: Чікіткіна В.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

krylevska196763@gmail.com

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) – поволі прогресуюче дегенеративне захворювання центральної нервової системи, що проявляється, головним чином, руховими порушеннями у

вигляді гіпокінезії, ригідності м'язів, тремору спокою і постуральних розладів, а також вегетативними, когнітивними, афективними та іншими розладами. ХП є одним з найпоширеніших дегенеративних захворювань в осіб літнього віку. Поширеність захворювання має значні коливання в різних країнах і в середньому складає 0,3%, приблизно 12 на 100 000 населення в рік. Показники поширеності проявляють прямий зв'язок з віком, досягаючи 1% серед осіб старше 60 років. Чоловіки в порівнянні з жінками хворіють дещо частіше. У ряді випадків ХП починається в молодому (від 21 до 40 років) або в юнацькому (до 20 років) віці. Останній варіант називають ювенільною формою хвороби. Дотепер справжня етіологія ХП залишається невідомою. Вважається, що взаємодія генетичної схильності і чинників зовнішнього середовища запускає дегенеративний процес в нейронах, що містять пігменти, а потім й інших нейронах стовбура головного мозку. Згідно з сучасними даними, ХП вважають хворобою нейромедіаторного обміну. Специфічною біохімічною особливістю захворювання є недостатність продукції дофаміна (ДА) в базальних гангліях і розвиток ДОФА-дефіцитного нейромедіаторного дисбалансу. Клінічні ознаки ХП з'являються при втраті не менше 70% дофаміна в стріатумі (хвостате ядро і шкаралупа). Виникаючі рухові порушення є результатом зменшення гальмівного дофамінового контролю, який здійснюється нігростриатною системою і гіперактивацією стріатних холінергічних нейронів. Недостатність ДА-трансмисії, яка розвивається внаслідок дегенерації значної частини дофамінсинтезуючих нейронів, приводить до підвищення активності ферментів катаболізму ДА-моноамінооксидази (МАО-Б) і катехоламінтрансферази (КОМТ), зміни функціональних взаємин між ДА і збудливим медіатором глутаматом. У свою чергу, гіперактивація глутаматних рецепторів підсилює кальцієвий потік і накопичення кальцію в ДА-нейроні, сприяючи індукції механізмів пошкодження і загибелі нігростриатних нейронів. В основі розвитку ХП лежать необоротні пошкодження і загибель нігростриатних дофамінсинтезуючих нейронів, що призводить до дефіциту дофаміна в стріатумі та розвитку екстрапірамідних розладів. В клінічній картині захворювання виділяють тетраду симптомів: гіпокінезія, ригідність, тремор і порушення постуральної регуляції. Специфічні рухові порушення при паркінсонізмі з неоднаковим ступенем проявляються в різних ланках моторної експресії у того самого хворого. Такі складні психомоторні функції, як мімічна експресія, мова, хода тощо, відчують на собі вплив з боку всіх трьох типів порушень моторики. Всі рухи порушуються не тільки через гіпокінезію, а й у зв'язку з ригідністю і тремтінням. При цьому тремтіння, гіпокінезія і ригідність різко розрізняються клінічними проявами, патогенезом і тим, як кожен з цих симптомів пов'язаний з психомоторною дезорганізацією. На ранніх етапах захворювання нерідко виявляється тенденція до різної локалізації тремтіння (переважно дистальні відділи) і ригідності (переважно проксимальні відділи) у руках. У міру наростання ступеня тяжкості захворювання ці відмінності поступово зменшуються.

Мета дослідження. Висвітлити застосування методів фізичної реабілітації у комплексному лікуванні людей з хворобою Паркінсона.

Матеріали та методи. У процесі дослідження використано методи аналізу та синтезу сучасних джерел інформації

Результати дослідження. Реабілітація хворих на ХП складний і довготривалий процес, який передбачає не тільки відновлення повноцінної динаміки рухів, але й значне покращення повсякденного життя та створення комфортних умов для життя хворого в суспільстві. Доведено, що фізіотерапія та додаткові вправи покращують рухову продуктивність та функціональну рухливість у хворих на ХП. Додаткові вправи лікувальної фізкультури включають в себе тренування ходи з сигналами, тренування ходи з біговою доріжкою, скандинавську ходьбу, швидку ходьбу, тренування рівноваги, втручання віртуальної реальності і танці. Усі ці лікувальні

втручання дають короткостроковий позитивний ефект, а деякі втручання демонструють довгострокову користь. Тренування ходи на біговій доріжці покращує ефективність ходьби, а ефект зберігається протягом 3-6 місяців. Тренування на рівновагу покращують функцію рівноваги, зменшують швидкість падінь, і цей ефект триває 12 місяців після закінчення тренування. Танцювальна терапія протягом 12 місяців, прогресивне резистивне тренування протягом 24 місяців полегшує моторні симптоми ХП, припускаючи, що вони можуть уповільнити прогресування ХП. Ґрунтуючись на цих доказах, осіб з ХП заохочують продовжувати тренування з метою покращення/підтримки своїх фізичних здібностей та боротьби з прогресуванням ХП.

Висновки. Таким чином, застосування фізичної реабілітації з використанням танцювальної терапії, прогресивним резистивним тренуванням та тренуваннями на рівновагу в реабілітації людей з хворобою Паркінсона є більш вагомими при тривалому застосуванні, що підтверджується їх впливом на нормалізацію м'язового тону.

ПСИХОГЕННА ПРОВОКАЦІЯ ЗАГОСТРЕННЯ ПСОРІАЗУ

Литвинова М.І.

Науковий керівник: Чікіткіна В.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

mashulalitinova069@gmail.com

Вступ. Псоріаз – це хронічне запальне рецидивне захворювання, яке характеризується утворенням на поверхні шкіри епідермодермальних папул і сріблясто-білих лусочок. На сьогоднішній день псоріаз є одним з найпоширеніших дерматозів і залишається однією з найважливіших медико-соціальних проблем. Серед усіх дерматитів, які характеризуються хронічним перебігом з періодами загострень і ремісій, псоріаз заслуговує окремої уваги, адже, незважаючи на багатовіковий досвід його вивчення, серед вчених до цих пір ведуться суперечки щодо ймовірних причин виникнення цієї патології. Більшість спеціалістів-дерматологів вважає псоріаз загальним захворюванням організму, яке супроводжується функціональними й органічними змінами в багатьох органах і системах. В основі псоріазу лежить патологічне прискорення проліферації кератиноцитів, яке супроводжується порушенням процесу їх диференціації та зроговіння. Дотепер відомо, що шкіра людини оновлюється кожні 28-30 днів – старі непрацездатні клітини десквамуються, їм на зміну "приходять" нові. У разі псоріазу процес поновлення клітин відбувається раніше, за 4-5 днів. В результаті цього ороговілі клітини нашаровуються одна на одну, утворюючи червоні симетричні плями, вкриті щільними лусочками (ороговілі клітини). Нові клітини не встигають дозрівати, цей процес називається порушенням кератинізації. Під час псоріазу імунні клітини замість того, щоб захищати організм, атакують його, що призводить до розвитку запального процесу. У 90% випадків діагностується бляшковий або, як його ще називають, вульгарний псоріаз. Значно рідше зустрічається ексудативні та пустульозні форми захворювання.

Мета дослідження. Проаналізувати вплив психічних факторів рівень тривожних розладів на загострення псоріазу.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети було проведено розгляд джерел літератури і підведення підсумків.

Результати дослідження. Псоріаз є однією з найпоширеніших хронічних патологій шкіри, від якої страждають 2-7% жителів усієї планети. Ця хвороба може проявитися як у чоловіків, так