

Висновок. Встановлено, що більш високий рівень соціальної експозиції асоціюється з меншим рівнем депресії та втоми у хворих на МС у популяції Вінницької області.

616.832-004.2+618.2-082+618.6

ОРИНЧАК Л.Б., НЕГРИЧ Т.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

79010, м. Львів, вул. Пекарська, 79

E-mail: lidiasened@gmail.com

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ АНАЛІЗ ПЕРЕБІГУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ У ЖІНОК ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ ТА У ПЕРШІ 3 МІСЯЦІ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

Тривалий час вважали, що вагітність негативно впливає на перебіг розсіяного склерозу (РС) (Gowers W.R., 1983). Разом із цим уже в 50-х роках минулого століття були розпочаті наукові дослідження, що повністю змінили уяву про негативні наслідки вагітності. На сьогодні багато досліджень доводять, що вплив вагітності на частоту загострень перевищує ефект усіх відомих імуномодулюючих препаратів.

Мета дослідження: дослідити особливості дебюту РС щодо до вагітності та пологів, а також імовірність розвитку загострення цього захворювання під час вагітності та у післяпологовий період.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 207 жінок, хворих на РС, жителів м. Івано-Франківська та Івано-Франківської області, із вірогідно підтвердженим діагнозом РС. Усі хворі були оглянуті у стадії ремісії. У цих пацієнтів було зібрано анамнез життя, захворювання та детально вивчено перебіг вагітностей і народження дітей, а також проведено клініко-неврологічне обстеження. Середній вік пацієнтів становив $37,91 \pm 0,72$ року, середній ступінь тяжкості за шкалою EDSS — $4,09 \pm 0,10$ бала. Середній вік початку РС у всіх оглянутих жінок становив $27,44 \pm 0,66$ року. Отримані дані були піддані статистичній обробці.

Результати і обговорення. Частина оглянутих хворих народжували дітей після дебюту РС (в однієї жінки могло бути декілька вагітностей). Порівняли кількість вагітностей у жінок, хворих на РС, під час яких були загострення цього захворювання. Виявили, що під час вірогідно більшої частини вагітностей не було загострень РС порівняно з кількістю вагітностей, під час яких були рецидиви ($t = 7,29$; $p < 0,01$). Отримані результати узгоджуються з даними літератури про те, що під час вагітності зменшується ймовірність виникнення загострень РС. Загострення демієлінізуючого процесу у жінок, хворих на РС, зустрічалися тільки у 1-му та 2-му триместрах вагітності і були майже в однакової кількості осіб

($t = 0,32$; $p > 0,05$). У 3-му триместрі вагітності не було виявлено загострень РС. Вірогідно більша частина післяпологового періоду в оглянутих жінок не супроводжувалася появою загострень РС протягом перших 3 місяців ($t = 13,66$; $p < 0,01$). Імовірність розвитку загострень РС у перші 3 місяці після пологів вірогідно не залежить від тривалості хвороби на час пологів ($r = -0,13$; $p > 0,05$), наявності рецидивів під час вагітності ($r = 0,05$; $p > 0,05$) і від грудного вигодовування ($r = 0,12$; $p > 0,05$).

Висновок. Таким чином, згідно з отриманими результатами, вагітність та перші 3 місяці після пологів не супроводжуються підвищеним ризиком виникнення загострення розсіяного склерозу.

УДК 616-071+616.832-004.2+613.95

ОРИНЧАК Л.Б., НЕГРИЧ Т.І.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

76000, м. Івано-Франківськ, вул. Галицька, 2

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

79010, м. Львів, вул. Пекарська, 79

E-mail: lidiasened@gmail.com

КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ У ЖІНОК ЗАЛЕЖНО ВІД НАРОДЖЕННЯ ДІТЕЙ

Вступ. Розсіяний склероз (РС) уражає переважно людей молодого, працездатного, соціально активного віку, внаслідок чого становить не лише медичну, а й соціально-економічну проблему в Україні та світі. Жінки хворіють у 2–4 рази частіше.

Мета дослідження: вивчити особливості перебігу РС у жінок залежно від народження ними дітей.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 207 жінок, хворих на РС, жителів м. Івано-Франківська та Івано-Франківської області, із вірогідно підтвердженим діагнозом РС. Усі хворі були оглянуті у стадії ремісії. У цих пацієнтів було зібрано анамнез життя, захворювання та детально вивчено перебіг вагітностей і народження дітей, а також проведено клініко-неврологічне обстеження. Середній вік пацієнтів становив $37,91 \pm 0,72$ року, середній ступінь тяжкості за шкалою EDSS — $4,09 \pm 0,10$ бала. Середній вік початку РС у всіх оглянутих жінок — $27,44 \pm 0,66$ року. Отримані дані були піддані статистичній обробці.

Результати і обговорення. Усіх оглянутих жінок розподілили на 3 групи. У першу групу віднесли пацієнок, які народжували дітей тільки до початку РС (53,17 %), у другу — жінок, які народжували після дебюту демієлінізуючого процесу (у цю групу входять жінки, які народжували до і після дебюту РС, а також жінки, які вперше народжували після початку захворювання) (25,85 %), а третю групу становили жінки, які не народжували дітей (20,97 %). Решта жінок на час огляду були вагітними,

тому їх не віднесли до жодної з груп. Виявили статистично вірогідну різницю між середнім балом за шкалою EDSS у хворих, які не народжували дітей, та жінок, які народжували до появи перших проявів РС ($3,71 \pm 0,22$ порівняно з $4,38 \pm 0,14$ відповідно; $t = 2,55$; $p < 0,05$). У жінок, хворих на РС, які народжували дітей після дебюту РС, бал за шкалою EDSS був вірогідно нижчим порівняно з балом у пацієнок, які народжували тільки до перших проявів демієлінізуючого процесу ($3,89 \pm 0,12$ порівняно з $4,38 \pm 0,14$ відповідно; $t = 2,59$; $p < 0,05$).

Ремітуючо-рецидивуючий тип РС найчастіше зустрічався у групі жінок, які народжували дітей після перших проявів демієлінізуючого процесу, і цей показник був вірогідно вищий порівняно з часткою осіб, які народжували тільки до початку РС. Вторинно-прогресуючий тип перебігу РС найчастіше зустрічався у жінок, які народжували тільки до початку РС. Первинно-прогресуючий тип захворювання зафіксовано у $3,67 \pm 1,80$ % хворих на РС, які народжували тільки до появи перших проявів РС, та у $4,76 \pm 3,29$ %, які взагалі не народжували дітей.

Висновки. Таким чином, отримані нами результати показали, що народження дітей після появи перших проявів РС у жінок позитивно впливає на клінічні характеристики РС. Так, жінки, які народжували після дебюту РС, мали нижчий бал за шкалою інвалідизації та вірогідно вищу ймовірність найбільш доброякісного ремітуючо-рецидивуючого перебігу патологічного процесу.

УДК 617.559-009.76:616-08

ПЕРОВА В.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56

E-mail: admission@vsmu.vinnica.ua

ДИНАМІКА ОЦІНОК ЯКОСТІ ЖИТТЯ В ПРОЦЕСІ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАГОСТРЕННЯМ ПОПЕРЕКОВОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ

Вступ. Поперековий больовий синдром має високу медичну та соціальну значущість для суспільства і хворих, оскільки займає суттєве місце у структурі захворюваності населення, є поширеною причиною втрати працездатності та зниження якості життя.

Мета дослідження: дослідити динаміку оцінок якості життя у процесі стаціонарного лікування пацієнтів із загостренням поперекового больового синдрому.

Матеріал та методи. Нами було обстежено 46 (17 чоловіків та 29 жінок) хворих із загостренням хронічного поперекового больового синдрому (середній вік — $45,2 \pm 9,3$ року), які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. академіка О.І. Ющенка. Проведено анкетування цих хворих за візуально-аналоговою шкалою оцінки інтенсивності болю (ВАШ), шкалою депресії Бека та питальником EQ-5D.

Результати. Результати проведених досліджень показали, що оцінка пацієнтами динаміки больового синдрому була доволі позитивною: середній показник за ВАШ після завершення лікування зменшився з $51,07 \pm 12,33$ мм до $27,87 \pm 7,02$ мм ($p < 0,01$). Рівень остаточного больового синдрому можна розцінювати як незначний. Результати опитування за шкалою Бека теж вірогідно покращилися (з $15,63 \pm 6,5$ бала до $12,71 \pm 5,74$ бала; $p < 0,05$), хоча і залишаються на межовому рівні, що припускає наявність депресивних розладів. Водночас оцінки можливостей самообслуговування та рівня повсякденної активності практично не змінились, незважаючи на успішне лікування. Стан мобільності вірогідно покращився, але продовжував бути обмеженим — $1,17 \pm 0,38$ бала проти $1,76 \pm 0,43$ бала на початку лікування ($p < 0,05$). Самооцінка стану власного здоров'я покращилась вірогідно — $77,11 \pm 11,26$ бала проти вихідних $65,74 \pm 13,67$ бала ($p < 0,05$), проте середня динаміка становить усього 10–12 мм за візуально-аналоговою шкалою EQ-5D (у межах 15 % від початкового рівня).

Висновок. Можна зробити висновок, що поліпшення оцінок якості життя відбулося за рахунок динамічної «гострої» складової — того, що пов'язано з фактом тимчасового загострення. Більша ж частина порушень якості життя пов'язана з самим хронічним больовим синдромом, і навіть при значному клінічному поліпшенні на момент виписки залишаються стійкі обмеження повсякденного функціонування як у фізичному, так і у психологічному вимірах.

УДК 616.853+613.95+615.213

ПІТИК М.І., ДЕЛЬВА Д.Ю., ПІТИК О.М.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

E-mail: pityk@ukr.net

РЕФРАКТЕРНІ ФОРМИ ЕПІЛЕПСІЇ У ДІТЕЙ: ПОШУКИ РАЦІОНАЛЬНОЇ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНОЇ ПОЛІТЕРАПІЇ

Незважаючи на значні успіхи у створенні ефективних стандартів лікування епілепсії, проблема фармакорезистентних форм цієї недуги, особливо у дітей, залишається актуальною і потребує подальших досліджень, зокрема, пошуку нових форм раціональної політерапії.

Матеріал і методи дослідження. З урахуванням відомих критеріїв включення і виключення з дослідження основну групу хворих становили 12 дітей віком від 1 до 12 років із рефрактерними формами епілепсії, серед яких було 4 дітей із синдромом Уеста, 2 дітей — із міоклонічною абсанс-епілепсією і 6 дітей — із симптоматичною фокальною епілепсією з вторинною генералізацією нападів. Усім хворим призначали похідні вальпроєвої кислоти у середній добовій дозі $28,0$ мг/кг, що комбінували з одним із 3 апробованих протиепілептичних препаратів (леветірацетам, топірамат і карбамазепін у