

високою летальністю, а також внаслідок вираженого неврологічного дефекту і психічних розладів, що зумовлює стійку втрату працездатності та залежність від сторонньої допомоги в повсякденному житті. Оцінка якості життя (ЯЖ) після перенесеного ІІ надає не тільки інформацію про різноманітні аспекти стану здоров'я хворого, але й дозволяє лікарям краще оцінити процес відновлення після інсульту та має суттєве значення для збільшення ефективності лікування.

Мета: оцінити показники якості життя хворих на ішемічний інсульт через рік після події та визначити фактори, які мають найбільший вплив на якість життя після інсульту.

У когортному дослідженні було обстежено 116 хворих, 58 чоловіків та 58 жінок, віком від 40 до 84 років (середній вік $63,62 \pm 9,67$ роки) у гострий період та через 12 місяців після ІІ. Тяжкість інсульту визначали за шкалою NIHSS. Оцінку даних функціонального статусу проводили за допомогою індексу Бартеля, модифікованої шкали Ренкіна, якість життя хворих оцінювалась з використанням шкали SF-36 та Індексу ЯЖ, інсультної версії — ІІІ (ІЯЖ), наявність депресії, тривоги та стресу визначали за шкалою DASS, когнітивний статус — за шкалою MMSE. Взаємозв'язок соціодемографічних та клінічних даних із показниками ЯЖ оцінювали за допомогою множинного регресійного аналізу.

Загальна оцінка ЯЖ через рік після ІІ була знижена, хоча показники неврологічного статусу та рівень функціонального дефіциту достовірно покращились, порівняно з гострим періодом ($p < 0,001$). Гірші показники ЯЖ асоціювались з старшим віком пацієнтів, жіночою статтю, наявним цукровим діабетом, більш вираженою тяжкістю інсульту та більшим функціональним дефіцитом, афазією, дизартрією, наявними когнітивними порушеннями та депресивними розладами. Чинниками, що найбільше визначали погіршення оцінки ЯЖ, були виражений функціональний дефіцит та депресивні розлади ($p < 0,001$), які визначали як фізичні, так і психічні складові ЯЖ. Ступінь тяжкості інсульту була детермінантою психічного компонента здоров'я та його складових за SF-36 ($p = 0,003$) та загальної оцінки за ІЯЖ ($p < 0,001$). Когнітивні порушення також переважно впливали на показники ЯЖ, пов'язані із психічним здоров'ям ($p < 0,001$). Старший вік хворих визначав складові ЯЖ, що відповідали загальному стану здоров'я та соціальному функціонуванню пацієнтів ($p = 0,006$).

Через рік після ІІ спостерігалось зниження оцінки ЯЖ за більшістю показників на тлі покращання неврологічного статусу та зменшення ступеня інвалідизації. Найбільше погіршували показники ЯЖ такі чинники, як виражений функціональний дефіцит, депресія, ступінь тяжкості ІІ, когнітивні порушення та похилий вік хворих. Визначення чинників, які можна модифікувати за допомогою лікування, надає нові можливості для реабілітації хворих після ІІ.

УДК 616.831:616.379-008.64-06-08

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТИКОЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Н. В. Пащковська, В. М. Пащковський

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: діабетична енцефалопатія, лікування, цитиколін

Діабетична енцефалопатія (ДБЕ) виникає внаслідок зумовлених гіперглікемією метаболічних та судинних порушень, що потребує пошуку препаратів, які чинять комплексний вплив на різні ланки патогенезу цього захворювання, зокрема за рахунок мембраностабілізуючої дії.

Мета нашого дослідження полягала у з'ясуванні ефективності застосування цитиколіну у комплексному лікуванні хворих на ДБЕ. Обстежено 57 хворих на ДБЕ (середній вік — $52,4 \pm 10,74$ року). Пацієнти були поділені на підгрупи: представники першої (контрольної) групи, у кількості 23 осіб, отримували базисне лікування, що включало, окрім гіпоглікемізуючої терапії, вазоактивні, ноотропні засоби та препарати α -ліпоєвої кислоти. Пацієнти другої (основної) групи (34 хворих) на тлі базисного лікування

отримували цитиколін (цераксон) у дозі 600 мг/добу впродовж 5—6 тижнів.

Використання на тлі базисного лікування цитиколіну сприяло ефективнішому усуненню неврологічного та когнітивного дефіциту із вірогідним збільшенням показника MMSE-тесту (на 9,4 %, $P < 0,01$), а також підвищенню показника сумарного мозкового кровотоку на 15,3 % ($P < 0,05$), що, вочевидь, відбувалося за рахунок покращання ендотеліальної функції. Так, у цих пацієнтів встановлено збільшення показника ендотеліальної вазодилатації (на 42 %), вмісту в крові стабільних метаболітів монооксиду нітрогену (на 69 %) на тлі зменшення рівня сироваткового ендотеліну-1 (на 41 %) та кількості десквамованих ендотеліоцитів в периферичній крові (на 42 %) з високим ($P < 0,01$ — $0,001$) ступенем вірогідності.

Отримані результати свідчать про високу ефективність застосування цитиколіну в комплексному лікуванні ДБЕ, що зумовлена мембраностабілізуючою церебропротективною дією препарату.

УДК616.1-009.86:577.1

ПОКАЗНИКИ СТАНУ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ТИПИ ВЕГЕТОСУДИННОЇ ДИСТОНІЇ

В. М. Пащковський, І. І. Кричун, З. А. Мудрик

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: вегетосудинна дистонія, ренін-ангіотензинова система

З метою встановлення стану ренін-ангіотензинової системи у хворих на вегетосудинну дистонію (ВСД) вивчено вміст у плазмі крові ангіотензину ІІ, α -передсердного натрійуретичного пептиду (α -ПНП) та досліджено активність ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) у 48 хворих на конституційно-обумовлену ВСД (чоловіків — 17, жінок — 31) віком від 14 до 30 років. Серед них у 18 пацієнтів діагностовано гіпертонічний тип, у 12 — гіпотонічний та у 18 — змішаний тип захворювання. Групу контролю склали 15 практично здорових осіб відповідного віку. Статистичне оброблення отриманих результатів виконували за програмою «BioStat» з визначенням t -критерію Стьюдента.

При гіпертонічному типі ВСД плазмовий вміст ангіотензину ІІ вдвічі перевищував контрольний рівень, концентрація в крові α -ПНП, навпаки, знижувалась відносно контролю на 44 %, що супроводжувалось збільшенням активності АПФ на 51 %. При гіпотонічному типі відмічалось максимальне підвищення плазмового рівня α -ПНП, який майже втричі перевищував контрольні показники, тоді як вміст у плазмі крові ангіотензину ІІ і активність АПФ знижувались відносно контролю відповідно в 1,9 і 1,4 рази. Змішаний тип ВСД характеризувався максимально високою активністю АПФ, що супроводжувалось збільшенням вмісту в плазмі крові ангіотензину ІІ на 45 % та підвищенням плазмового рівня α -ПНП в 1,6 рази.

Отримані дані говорять про те, що комплексне лікування артеріальної гіпертензії у підлітків повинно включати препарати, що здійснюють блокаду ренін-ангіотензинової системи.

УДК 616.831-001.31:616.89

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Г. Д. Перцев

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, психическая активность, диагностика

Для определения психической активности и более полной оценки интегративных функций у 84 больных в возрасте от 18 до 40 лет с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ), в суточной