

великою частотою захворюваності та високими відсотками летальності.

Мета дослідження: оцінити роль черезшкірного пункційного дренування (ЧПД) під контролем ультразвуку в лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати лікування 187 пацієнтів із тяжкими формами НП з 2012 по 2016 рік. Вік пацієнтів становив від 22 до 76 років, чоловіків було 124 (66,8 %), жінок — 63 (33,2 %). Середній вік пацієнтів становив 46 років. За етіологічними чинниками, що призвели до розвитку некротичного панкреатиту, розподіл був такий: аліментарний НП (алкогольний) — 143 (76,0 %), біліарний НП — 21 (11,4 %), ідіопатичний — 16 (8,0 %), після проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії — 7 (3,7 %). Тяжкість перебігу НП оцінювали за шкалою APACHE II — у середньому 11 балів (від 8 до 15 балів). Середня тяжкість перебігу НП була у 87 пацієнтів (45,7 %), тоді як тяжка форма перебігу НП була відмічена в 101 пацієнта (54,3 %).

Усі пацієнти були розділені на 2 групи: до першої групи (контрольної) було включено 74 пацієнтів (37,0 %), прооперованих без проведення попередніх малоінвазивних втручань; до другої групи (основної) було включено 113 пацієнтів (63,0 %), яким на першому (передопераційному) етапі було проведено малоінвазивні дренуючі втручання (1–3 маніпуляції). За тяжкістю перебігу НП, поширеністю парапанкреатичних ускладнень обидві групи є репрезентативними.

Показаннями для проведення ЧПД були: можливість проведення дренування за даними УЗД та комп'ютерної томографії, наявність рідинного компонента в зоні некрозу. ЧПД проводилося з метою усунення компресії на оточуючі органи та тканини, зменшення інтоксикації, прискорення демаркації зони панкреонекрозу та підготовки за необхідності до відкритої лапаротомної дренуючої операції.

Результати та обговорення. Із 113 хворих основної групи в 64 осіб (57,0 %) після проведеного ЧПД відмічався абортивний перебіг некротичного панкреатиту, пригнічення запального процесу, зниження інтоксикації, гіпертермії, лейкоцитозу та гострофазових білків (прокальцитонін та С-пептид), у 17 (26,4 %) з них діагностований стерильний панкреонекроз (за даними бактеріологічного дослідження пунктату). Серед найчастіших ускладнень ЧПД відмічали його неефективність через наявність великих секвестрів або густого гною, що слугувало показаннями для передренування дренажами з більшим діаметром чи проведення оперативного втручання (з міні-доступу або лапаротомія). Найкращі результати після ЧПД відмічалися при оментобурситах і значно гірші — при «бокових» парапанкреатитах (параколіт, паранефрит), і найгірші результати — при флегмонах заочеревинного простору. Показаннями для оперативного втручання були: неефективність ЧПД

упродовж 3–5 діб; поява міхурців повітря в рідинних скупченнях за даними КТ; наявність великих секвестрів та затікання контрастної речовини в заочеревинну клітковину при проведенні фістулографії; флегмона заочеревинного простору. Перевагу віддавали міні-доступам (поперекової право- чи лівобічній люботомії, оментобурсостомії). Такі операції проведено в 89 (56,0 %) хворих, летальність у цій групі становила 12 випадків (13,4 %). 71 (44,0 %) пацієнту були проведені розширені лапаротомні операції, летальність у цій групі становила 27 (37,0 %).

Загальна летальність у першій групі пацієнтів становила 15 (20,2 %) осіб, у другій групі — 13 (11,4 %).

Висновки. ЧПД під ультразвуковим контролем у хворих на некротичний панкреатит може застосовуватися як самостійний метод лікування та як перший етап передопераційної підготовки хворого до відкритої лапаротомної операції. Застосування даної методики знижує загальну летальність з 20,2 до 11,4 %.

Діагностика дисоціативного моторного розладу й дистонії плечового поясу в пацієнта після черепно-мозкової травми й сукупної профпатології в практиці сімейного лікаря

Періг Ю.С., Титова Т.А.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Актуальність. Дисоціативні розлади (лат. *dissociare* — відділятися від спільності) — група психічних розладів, що характеризуються змінами або порушеннями ряду психічних функцій — свідомості, пам'яті, почуття особистісної ідентичності, усвідомлення безперервності власної ідентичності. Зазвичай ці функції інтегровані в психіці, але коли відбувається дисоціація, деякі з них відокремлюються від потоку свідомості й стають певною мірою незалежними. Так, може втрачатися особистісна ідентичність і виникати нова, як це відбувається в станах фуґи або множинної особистості, або ж окремі сподаги можуть стати недоступними для свідомості, як у випадках психогенної амнезії.

Мета дослідження: удосконалення навиків ефективного збору анамнезу, об'єктивної діагностики, мінімізація інструментальних обстежень для проведення диференціальної діагностики.

Матеріали та методи. Проводилось об'єктивне обстеження з вивченням історії хвороби пацієнта.

Хворий звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на неможливість швидко розмовляти через затікання (спазм м'язів до повного унеможливлення рухів), тремор губ, рук, що посилюється при психоемоційному навантаженні та грі на валторні. Полегшення стану приносить вживання алкоголю та кави. Пацієнта турбує знервованість, періодично — головний біль, порушення сну (прокидається часто

вності), швидка втомлюваність, загальна слабкість, біль у лівій руці, шиї та спині в грудному відділі зліва, що посилюється після тривалої гри на валторні.

Захворів у 1987 р. після черепно-мозкової травми (ЧМТ), коли з'явилась легка слабкість у ногах, періодичне запаморочення, легко виражене заїкання, дратівливість. Встановлено діагноз: «залишкові явища ЧМТ із церебростенічним і міастенічним посттравматичними синдромами. Вегетосудинна дистонія за гіпотонічним типом». У 1999 р. хворого почало турбувати серцебиття, у зв'язку з чим пройшов обстеження, було встановлено діагноз поширеного остеохондрозу хребта з гіпермобільністю грудного відділу хребта. Стан почав поступово погіршуватись з 2006–2015 рр., коли хворий працював у театрі в оркестрі. Проходив періодично лікування з діагнозом «дисциркуляторна енцефалопатія, залишкові явища після ЧМТ, лікворо-гіпертензивний, цефалгічний, цереброастенічний синдроми, заїкання». Отримував лікування (мідокалм, адаптол, еглоніл, аплікатор Ляпко, масаж хребта, кавінтон, L-лізин), але суттєвого покращення не відчував.

При об'єктивному дослідженні: загальний стан задовільний, свідомість ясна, астеничної тілобудови, акцентований на відчуттях, емоційно й вегетативно лабільний, логоневроз. Обличчя симетричне, конвергенція ослаблена, акомодация збережена, наявний оральний автоматизм. Сухожилкові й періостальні рефлекси симетричні, жваві. При напруженні верхніх кінцівок виникає спазм м'язів рота та плечей, тремор долонь. Стійкий у позі Ромберга, координаторні проби виконує не чітко. Довгі м'язи спини напружені, наявна болісність при пальпації паравертебральних точок зліва в грудному й поперековому відділах хребта. Шкіра та видимі слизові чисті, рожеві. Периферичні лімфовузли не збільшені. Дихання вільне, везикулярне. Серцеві тони ритмічні, звучні, пульс 82 уд/хв, АТ 130/80 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення не порушені.

Попередній діагноз: міопатія неуточненого генезу, есенціальний тремор губ, рук, виражений логоневроз, писчий спазм.

Проведено інструментальне обстеження.

МРТ голови: даних за вогнищеve й об'ємне ураження не виявлено.

ЕЕГ: легкі дифузні двобічні зміни без локального акценту. Даних за епілептиформну активність на момент обстеження не виявлено.

УЗД лівого ліктьового суглоба: м'якотканинної патології не виявлено.

РЕГ: помірно підвищений тонуc артерій середнього й малого калібру.

КТ: остеохондроз попереково-крижового відділу хребта, медіанна протрузія міжхребцевого диску L4-L5, медіанний пролапс L5-S1 із компресією корінців спинного мозку. Мінімальні ознаки остеохондрозу й спондилоартрозу грудного відділу хребта.

УЗД щитовидної залози: гіперплазія ЩЗ.

ЕхоКГ: недостатність мітрального клапана легкого ступеня.

На основі скарг хворого, анамнезу хвороби, об'єктивного обстеження та додаткових методів обстеження встановлено діагноз: «виражений логоневроз, виражений есенціальний тремор верхніх кінцівок, писчий спазм. Міастенічний виражений астеноневротичний синдром. Посттравматична енцефалопатія внаслідок ЧМТ (1987 р.). Розповсюджений остеохондроз хребта, рецидивуючий тип перебігу. Спондилоскогенний стеноз хребтового каналу».

Внаслідок проведеної експертизи умов праці — робота в умовах несприятливого фактора (напруження м'язів губ), стаж роботи в даних умовах 22 роки — було встановлено діагноз «дисоціативний моторний розлад (координаторний невроз м'язів губ)».

Висновки. Загальні ознаки, притаманні дисоціативним і конверсійним розладам, полягають у частковій або повній втраті хворими нормальної інтеграції між пам'яттю на минуле, усвідомленням своєї ідентичності та безпосередніх відчуттів, а також втраті контролю рухів тіла. При дисоціативних розладах цей свідомий і елективний контроль може бути порушеним до такої міри, що їх клінічні прояви можуть змінюватися від доби до доби і навіть від години до години. Ступінь втрати функції, що знаходиться під свідомим контролем, як правило, важко оцінити. Дисоціативні (конверсійні) розлади є психогенними за походженням. Вони досить тісно пов'язані за часом свого виникнення з психотравмуючими подіями і можуть зникати після виривання або пом'якшення психотравмуючих обставин. Тому сімейному лікарю слід пам'ятати про такі клінічні ознаки після ЧМТ, які не піддаються лікуванню препаратами для лікування енцефалопатії, міастенічного й посттравматичного синдрому, вегетосудинної дистонії, остеохондрозу хребта.

Зміни магнітної сприйнятливості підкіркових структур головного мозку при розвитку когнітивних порушень у хворих на гіпертензивну та атеросклеротичну енцефалопатію

Петренко М.С.¹, Грабовецький С.А.², Свиридова Н.К.¹, Свистун В.Ю.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Актуальність. Сьогодні патогенез когнітивних порушень у хворих на гіпертензивну та атеросклеротичну енцефалопатію розглядається з позицій його гетерогенності. Велика увага приділяється впливу серцево-судинної патології на морфометричні показники мозку й клініко-неврологічний перебіг хронічних порушень мозкового кровообігу. Доведено, що