

## БОЛЬНЫЕ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА И РАДИКАЛЬНАЯ АДЕНОМЭКТОМИЯ

В. В. Россихин, И. М. Антонян, М. Г. Яковенко\*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования  
\*Харьковский государственный университет им. В. Н. Каразина*

Возраст больных, опасность развития послеоперационных осложнений резко уменьшают число сторонников радикальных операций при аденоме предстательной железы (АПЖ), а наличие сопутствующей патологии обрекает больных на паллиативные вмешательства. Наиболее неблагоприятная ситуация в лечении больных с АПЖ на фоне сахарного диабета (СД). Целый ряд авторов рекомендуют в этой ситуации только дренирующие, паллиативные вмешательства, при этом обрекая больных на наличие мочепузырного свища, что не только ограничивает трудовую активность, но и затрудняет их пребывание в обществе.

**Цель** — изучить результаты радикальной открытой аденомэктомии у больных преклонного возраста, в том числе страдающих СД.

**Результаты.** Обследованы две группы пациентов с АПЖ на фоне СД. В первую группу вошли 9 человек в возрасте от 55 до 58 лет (в среднем  $57,8 \pm 0,7$  года), во вторую — 11 человек в возрасте 71–87 лет (средний возраст  $76,7 \pm 1,1$  года). В первой группе длительность заболевания СД составила: впервые выявленных было 3 человека, у 3 больных СД был от 1 года до 5 лет, у 2 — от 5 до 8 лет, один пациент болел 25 лет. По степени тяжести: легкая — у 33,7 %, средней степени — у 55,6 %, тяжелая — у 10,7 %. Во второй группе СД был впервые выявлен у 6 человек, от 1 года до 5 лет болели 4 человека, от 5 до 8 лет — 4 человека; легкая степень — у 63,6 %, средняя и тяжелая у 36,4 %. После соответствующей подготовки всем больным была произведена одномоментная аденомэктомия с глухим ушиванием мочевого пузыря. Послеоперационный период протекал гладко и составил в первой группе  $11,8 \pm 2,2$  койко-дней; во второй группе —  $13,1 \pm 3,2$  койко-дня. Восстановление мочеиспускания, удержание мочи отмечено у всех больных, заживление раны произошло первичным натяжением. Достоверных отличий в течении послеоперационного периода у больных двух возрастных групп не отмечено.

**Выводы.** Таким образом, результаты радикальных операций при АПЖ на фоне СД определяются не возрастом больных, а своевременным проведением хирургического пособия, что улучшает течение послеоперационного периода и способствует социальной адаптации больных.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВЕРТЕБРОГЕННИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ ДЕННОГО СТАЦІОНАРУ

О. Л. Сіделковський, Т. В. Чередніченко

*Клініка сучасної неврології “Аксімед”, Київ*

Сучасна концепція лікування пацієнтів похилого віку з коригованими больовими синдромами та коморбідною соматичною патологією передбачає використання фармакологічних та немедикаментозних засобів комплексної патогенетичної терапії, інтегральним показником ефективності якої є покращання якості життя людини.

**Мета** — розробити алгоритм застосування фізіотерапевтичних методів та кінезіотерапії в умовах щоденного перебування пацієнта у денному неврологічному стаціонарі.

**Матеріали і методи.** В умовах неврологічної клініки “Аксімед” було проведено обстеження та лікування 42 хворих (23 жінки та 19 чоловіків) із вертеброгенними больовими синдромами шийно-грудної локалізації (15 осіб) та попереково-крижового відділу (27 пацієнтів), середній вік яких склав  $58 \pm 4,3$  року. Усім хворим проведено лабораторні та клініко-інструментальні обстеження (оцінка неврологічного та антропологічного стану, загальні аналізи крові і сечі, електрокардіографія, панорамна рентгенографія, магнітно-резонансна томографія хребта). Оцінку динаміки інтенсивності больового синдрому проводили за візуально-аналоговою шкалою болю (ВАШ), якість життя визначали за опитувальником SF-36.

**Результати.** За підсумками первинного обстеження кожному пацієнтові, крім стандартної фармакотерапії згідно з клінічними протоколами, призначали 2-тижневу індивідуальну програму фізіоте-

рапевтичних процедур (апарат комбінованої фізіотерапії BTL-5000) та кінезіотерапії (Balancetrainer, Thera Viva, Motomed). При цьому пацієнтам роз'яснювали необхідність відмовитися від шкідливих для здоров'я поведінкових звичок і уподобань та дотримуватись вимог кардіопротекторного способу життя. Ми вважали, що саме цей термін більш чітко віддзеркалює зміст немедикаментозної профілактики для хронічно хворої людини, ніж пануючий донині так званий здоровий спосіб життя.

Заключний аналіз результатів комплексного лікування свідчив про позитивну динаміку суб'єктивних та об'єктивних показників, що характеризували неврологічний статус та якість життя у 34 пацієнтів. Решта 8 осіб закінчили лікувальну програму з тенденцією до покращання загального стану здоров'я та бажанням дотримуватися наданих лікарем рекомендацій.

**Висновок.** Фармакотерапія у комбінації з курсом 2-тижневої програми фізіотерапевтичних процедур та щоденної персоналізованої лікувальної гімнастики у спеціалізованій тренажерній залі забезпечують високу ефективність лікування хворих похилого віку з вертеброгенною патологією.

## ВПЛИВ 25-ГІДРОКСИВІТАМІНУ D НА ПОКАЗНИКИ АКТИВНОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ

О. В. Синенький, В. В. Поворознюк\*

Львівська обласна клінічна лікарня

\*ДУ "Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова НАМН України", Київ

Рематоїдний артрит (РА) є аутоімунним захворюванням із складним каскадом патофізіологічних складових. Незважаючи на численні дослідження, на сьогодні не встановлено причини "неправильної" імунної активації, однак доведено роль деяких важливих чинників ризику в розвитку РА. Зокрема, збільшується кількість публікацій, які підтримують ідею, що гіповітаміноз D впливає на розвиток та перебіг РА.

**Мета** — вивчити вплив 25(OH) вітаміну D (25(OH)D) у сироватці крові на активність захворювання у пацієнтів із суглобовою формою РА.

**Матеріали і методи.** Обстежено 93 пацієнта віком від 27 до 80 років з РА, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні ревматології Львівської обласної клінічної лікарні з приводу загострення РА. Дослідження проводили протягом жовтня–листопада 2015 р. Середній вік чоловіків склав  $53,29 \pm 12,06$  року, жінок —  $53,45 \pm 11,16$  року ( $p > 0,05$ ). Середня тривалість захворювання —  $8,59 \pm 5,99$  року.

Всім пацієнтам проводили загальний і біохімічний аналізи крові, визначали рівень ревматоїдного фактора (РФ) і С-реактивного білка (СРБ), виявляли антитіла до циклічного цитрулінового пептиду. Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) вимірювали за методом Вестергерена. Розраховували DAS28-ШОЕ за допомогою формули, яка враховує показник ШОЕ і кількість набряклих і болючих суглобів за шкалою 28/28. Рівень 25(OH)D в сироватці крові визначали за допомогою електрохемилюмінесцентного методу. Дефіцит і недостатність вітаміну D встановлювали згідно з класифікацією Міжнародного Інституту медицини і Комітету ендокринологів зі створення настанов із клінічної практики.

**Результати.** У 54,84 % пацієнтів діагностовано дефіцит вітаміну D, а у 37,63 % — його недостатність. У хворих з РА III ступеня середній рівень 25(OH)D у сироватці крові був достовірно нижчим порівняно з таким в осіб, в яких хвороба мала мінімальну активність ( $16,55 \pm 9,26$  проти  $22,59 \pm 9,74$  нг/мл;  $p < 0,05$ ). Встановлено зв'язок між рівнем 25(OH)D у сироватці крові у хворих та показниками активності захворювання (DAS28-ШОЕ ( $\beta = -0,33$ ; 95 % ДІ =  $-0,05$ ;  $-0,01$ ), СРБ ( $\beta = -0,23$ ; 95 % ДІ =  $-0,72$ ;  $+0,00$ ) та ШОЕ ( $\beta = -0,26$ ; 95 % ДІ =  $-0,78$ ;  $-0,10$ ), сила якого зростає при врахуванні віку, статі та ІМТ обстежених.

**Висновок.** Дефіцит вітаміну D можна розглядати як важливий предиктор високої активності РА (AUROC = 0,67; 95 % ДІ = 0,513–0,83;  $p = 0,05$ ).