

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ЛЮДЕЙ СТАРШОГО ВІКУ З ЦИРОЗОМ ПЕЧІНКИ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ЛІВОЛІН-ФОРТЕ

Н. В. Скробач, В. Ю. Вишиванюк, О. А. Шаповал

ДВНЗ “Івано-Франківський національний медичний університет”

Цироз печінки (ЦП) — одне з найтяжчих захворювань органів травлення і актуальна проблема сьогодення. Незважаючи на значні успіхи у вивченні процесу фіброгенезу, кількість хворих на ЦП зростає кожного року.

Мета — вивчити ефективність комплексної терапії у людей старшого віку з ЦП із застосуванням ліволін-форте.

Матеріали і методи. Обстежено 48 хворих (30 чоловіків і 18 жінок) віком 45–70 років з алкогольним ЦП у стадії субкомпенсації (клас В за Чайлд–Пью) та 20 практично здорових осіб (ПЗО). Тривалість захворювання склала $1,9 \pm 0,4$ року. Хворих розділили на дві групи: 22 пацієнтам 1-ї групи проводили 14-денний курс базисного лікування, 26 пацієнти 2-ї групи, окрім базисної терапії, отримували ліволін-форте по 2 капсули тричі на добу протягом 1 міс. Функціональний стан печінки оцінювали за клінічними даними, показниками біохімічного аналізу крові, коагулограми та УЗД печінки.

Результати. У 92 % хворих до лікування діагностували астеновегетативний синдром, у 95 % — диспептичний, у 54,2 % — набряково-асцитичний, у 51,6 % — больовий, у 48,2 % — жовтяничний, у 63,2 % — цитолітичний, у 24,3 % — синдром холестазу. За даними УЗД у всіх пацієнтів виявлено гепатомегалію різного ступеня з ознаками фіброзу, у 44,3 % — спленомегалію.

У пацієнтів віком старше 60 років відбулася деформація судинної архітектоники печінки, що на УЗД проявлялось звивистим, нерівномірним судинним малюнком і його “обрубленим” закінченням. У контрольній групі таких змін не спостерігалось. Реєстрували достовірне ($p < 0,001$) збільшення діаметра *v. portae*. Діаметр *v. lienalis* у пацієнтів усіх вікових груп з ЦП достовірно ($p < 0,001$) переважав такий у здорових осіб. Асцит виявлено у 67,6 % хворих.

Після лікування у 81,2 % хворих 2-ї групи відзначено зменшення вираженості клінічної симптоматики проти 52,1 % у пацієнтів 1-ї групи. У хворих 2-ї групи спостерігали достовірну позитивну динаміку біохімічних показників крові.

Висновки. Проведені дослідження вказують на поглиблення з віком структурно-функціональних змін печінки у хворих з ЦП, що мають змішаний характер за рахунок переважно циротичного процесу та прихованого прогресуючого нашарування кардіальних, гемодинамічних і метаболічних порушень. Комплексна терапія з використанням ліволіну-форте сприяє у хворих на ЦП вірогідно кращій динаміці всіх основних клінічних синдромів і лабораторних показників.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРЕСУВАННЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Т. М. Слободін, Г. О. Старовойтова**, Т. О. Чеборака, Г. В. Горева,
Ю. І. Головченко, Т. І. Насонова, О. В. Кліменко, О. М. Гурмак*

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ

**Київська міська клінічна лікарня № 9*

***Черкаська обласна лікарня*

Порушення когнітивних функцій є однією з немоторних ознак, які супроводжують перебіг хвороби Паркінсона (ХП) та суттєво погіршують якість життя і функціональну активність пацієнтів (Maras C. et al., 2008; Aarsland D. et al. 2013). Саме тому раннє виявлення когнітивних розладів та прогнозування їхнього прогресування у пацієнтів із ХП є важливою складовою у прийнятті клінічних рішень.

Мета — проаналізувати динаміку прогресування когнітивних порушень у пацієнтів з ХП та удосконалити діагностичні підходи до їх виявлення.

Матеріали та методи. Обстежено 135 пацієнтів з ХП (середній вік — $62,1 \pm 10,9$ року). Проведено загальноклінічне і неврологічне обстеження, оцінку рухових функцій за Уніфікованою шкалою оцінки ХП, нейропсихологічне тестування (MMSE, Монреальський когнітивний тест MoCA, шкала депресії та шкала тривоги за Беком, психологічний опитувальник Cloninger-TCI). Використано статистичний метод (регресійна модель із нелінійним компонентом).

Результати. Зниження когнітивних функцій (КФ) при ХП за результатами тесту MMSE спостерігається у віці 55–75 років при тривалості захворювання 3–8 років. Середнє зниження MMSE за 1 рік внаслідок віку склало 0,17 бала, тоді як внаслідок захворювання — 0,41 бала (середнє річне сумарне зниження у пацієнтів з ХП сягає 0,58 бала). Зниження КФ за результатами MoCA починається з 55 років, характеризується лінійною залежністю від тривалості перебігу ХП з регресійним коефіцієнтом $\beta = -0,28 \pm 0,08$ ($p = 0,0010$) та темпом зниження на 0,21 бала за рік. Спостерігалась достовірна зворотна кореляція показників КФ із загальною оцінкою II розділу UPDRS, вираженістю гіпокінезії, постуральної нестійкості за результатами III розділу UPDRS та стадією за Хен–Яр. Виявлено слабкий кореляційний зв'язок когнітивного зниження зі ступенем депресії. Зв'язок помірної сили ($r = 0,31$; $p = 0,00028$) спостерігали між обома когнітивними тестами та такими психологічними рисами, як кооперативність, залежність від винагороди та самоспрямованість. Шкала MoCA виявилась найбільш чутливою для оцінки когнітивних функцій у пацієнтів із ХП.

Висновки. З прогресуванням рухових проявів ХП, переважно постуральної нестійкості, тобто з переходом однієї стадії хвороби в наступну, закономірно підвищується ризик розвитку когнітивних порушень, що відображає залучення медіаторного дефіциту за межами дофамінергічного та свідчить про необхідність вчасної діагностики та медикаментозної корекції для покращання якості життя пацієнтів з ХП на кожному етапі захворювання.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА В ОДЕССЕ И ОДЕССКОЙ ОБЛАСТИ

И. В. Хубетова

Одесская областная клиническая больница

Болезнь Паркинсона (БП) — возрастная патология, наблюдающаяся преимущественно в популяции больных пожилого возраста. В связи со старением населения отмечено повышение распространенности БП. По официальной статистике риск развития паркинсонизма у мужчин выше, чем у женщин, частота БП у жителей сельской местности выше, чем у горожан (что связывают с действием пестицидов). Фактическая распространенность БП в общей популяции превышает средние показатели, поскольку, по данным некоторых исследователей, 35–42 % всех случаев БП остаются недиагностированными.

Цель — изучить влияние эпидемиологических данных о БП в Одессе и Одесской области за период 2012–2015 гг.

Материалы и методы: несплошной осмотр населения (по обращаемости); изучение статистических данных Главного управления статистики в Одесской области.

Результаты. Количество зафиксированных случаев БП увеличилось в Одессе с 235 в 2012 г. до 457 в 2015 г.; в Одесской области — с 673 в 2012 г. до 847 в 2015 г. Распространенность БП увеличилась в Одессе с 27,8 на 100 000 населения в 2012 г. до 37,0 на 100 000 в 2015 г.; в Одесской области — с 34,7 на 100 000 населения в 2012 г. до 46,4 на 100 000 в 2015 г. При этом в городских районных центрах показатель составил: в г. Измаил — 112,5 на 100 000, в г. Белгород-Днестровский — 105,2 на 100 000, в г. Теплодар — 70,6 на 100 000 населения. В течение последних 3 лет сохраняются следующие эпидемиологические особенности: БП регистрируют чаще у женщин, чем у мужчин: в Одессе в 2012 г. данный показатель составил 58 % среди женщин и 42 % среди мужчин (в Одесской области — соответственно 60 и 40 %); в 2015 г. в Одессе — 56,2 % среди женщин и 43,8 % среди мужчин (в Одесской области — соответственно 57,3 и 42,7 %). Отмечена также более высокая частота БП у жителей городской местности и низкая — сельской.

Выводы. Результаты эпидемиологических исследований обусловлены, по-видимому, особенностями демографии: численность городского населения в Одесской области превышает показатель сельского — 54,6 и 45,4 % соответственно; женская популяция (52,4 %) превышает мужскую (47,6 %). Сеть медицинских учреждений более мощная в городах по сравнению с таковой в сельской местности. Низкая выявляемость БП свидетельствует о недостаточном уровне подготовки медицинских кадров и побуждает к повышению эффективности работы по созданию регистра больных с экстрапирамидной патологией.