

продолжительности, состоящие из четырех групп критериев: тяжести заболевания, интенсивности медицинских услуг, медицинского ухода / услуг жизнеобеспечения и других, среди последних ведущее место занимают показания к госпитализации, определенные в национальных унифицированных клинических протоколах. Продолжительность госпитализации определяется на основе индивидуальной оценки динамики состояния пациента с учетом показаний к госпитализации. Анализ показал высокие показатели валидности и надежности разработанных критериев обоснованности и продолжительности госпитализации, что позволяет рекомендовать украинскую версию протокола оценки обоснованности госпитализаций (АЕР-УА) к использованию.

Ключевые слова. Украинская версия протокола оценки обоснованности госпитализаций (АЕР-УА), критерии обоснованности госпитализаций и ее продолжительности.

Стаття надійшла 8.12.18 р.

severity of the disease, intensity of medical services, medical care / life support services and others; among the latter, the leading place is occupied by the hospitalization indications, defined in national unified clinical protocols.

The inpatient care duration is determined on the basis of an individual assessment of the patient's condition dynamics, taking into account indications for hospitalization. The analysis showed high values of validity and reliability of the developed criteria for justification and inpatient care duration, which permits to recommend the Ukrainian version of the protocol hospitalization justification (AEP-UA) for use.

Key words: Ukrainian version of the hospitalization feasibility assessment protocol (AEP-UA), criteria for hospitalization and its duration.

Рецензент Голованова І.А.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-3-69-100-105

УДК 616.831-073.7-085

О.В. Литвин, В.А. Гандзюк, Н.Ю. Кондратюк
ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами, Київ

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ТА КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ

e-mail: loriann2005vs2017@gmail.com

Зростання кількості цереброваскулярних хвороб в нашій країні в основному зумовлене хронічними, повільно прогресуючими формами – дисциркуляторними енцефалопатіями. Згідно з даними світової статистики, головною причиною неврологічної інвалідності є інсульт. Серед пацієнтів із цереброваскулярними хворобами, більше 15%, з огляду на виражених перманентних функціональних розладів, потребують постійного сестринського догляду. Велика частина постраждалих від інсульту мають ті чи інші обмеження працездатності через 7 років. Така ситуація спричиняє зростання демографічного навантаження на працездатне населення. Метою роботи стало вивчення медико-соціальних та клінічних аспектів перебігу дисциркуляторної енцефалопатії у осіб працездатного віку. За результатами дослідження доведено, що у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією і з артеріальною гіпертензією має місце достовірне збільшення пружності судин, але атеросклеротичне ураження судин було вище у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією. Особливістю порушень мозкового кровообігу у державних службовців з гіпертонічною дисциркуляторною енцефалопатією є підвищення судинного опору ($p < 0,001$) у внутрішньосонній та середньо мозковій артеріях.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, артеріальна гіпертензія, когнітивні порушення, медико-соціальний аспект.

Робота є фрагментом НДР «Розробка та удосконалення методів профілактики ускладнень артеріальної гіпертензії та ішемічної хвороби серця із супутніми захворюваннями внутрішніх органів у державних службовців» (№ державної реєстрації 0114U002119).

Демографічна ситуація в Україні визначається особливостями співвідношення між динамікою народжуваності та смертності населення. Демографічна ситуація, а саме переважання смертності над народжуваністю та низький рівень народжуваності, упродовж останнього десятиріччя спровокували актуалізацію проблеми старіння населення із прогнозованою тенденцією до поглиблення. Так, якщо у 1990 р. частка осіб вікової групи старше 65 років від загальної кількості населення становила $12,3 \pm 0,5\%$, то у 2017 р. цей показник становив відповідно $14,6 \pm 0,3$ ($p < 0,05$) [8, 10].

Упродовж останнього десятиріччя Всесвітня організація охорони здоров'я переглянула частки окремих складових глобального тягаря захворювань [9]. Згідно з отриманими результатами, було оновлено прогнози смертності з 2003 р. до 2030 р. внаслідок цереброваскулярних хвороб (ЦВХ) та їх ускладнень: у 2005 р. у світі зареєстровано 16 млн первинних випадків інсульту і 5,7 млн смертей внаслідок нього. Якщо не буде вжито кардинальних заходів для подолання проблеми на популяційному рівні, то у 2025 р. кількість випадків зросте до 18 млн інсультів та 6,5 млн смертей, а у 2030 р. – до 23 млн та 7,8 млн відповідно [5, 12].

За даними наведеними численними дослідниками, надзвичайно актуальна проблема ЦВХ і в Україні, адже протягом декількох десятиліть смертність внаслідок них посідає друге місце у структурі загальної смертності населення. Щорічно у 100 – 120 тис. населення вперше діагностують

інсульт, смертність від гострих цереброваскулярних уражень упродовж 2015–2018 рр. становить 85–90 на 100 тис. населення [11, 13–14].

Зростання кількості ЦВХ в нашій країні в основному зумовлене їх хронічними, повільно прогресуючими формами – дисциркуляторними енцефалопатіями (ДЕ). Згідно з епідеміологічними даними, ДЕ становлять до 67% у структурі ЦВХ. Із них 15-20% випадків зумовлені кардіологічною патологією, 47-55% – атеросклеротичним ураженням судин мозку в поєднанні з артеріальною гіпертензією (АГ).

Артеріальна гіпертензія (АГ) є невід’ємною частиною етіопатогенетичних механізмів розвитку ЦВХ, зокрема – дисциркуляторної енцефалопатії. Саме ця патологія і формує значні соціально-економічні витрати серед осіб працездатного віку.

Згідно з даними світової статистики, головною причиною неврологічної інвалідності є інсульт. Серед пацієнтів із ЦВХ, зокрема тих, які живуть з наслідками інсульту, третина вимагає сторонньої допомоги, більше 15%, з огляду на виражених перманентних функціональних розладів, знаходяться в установах сестринського догляду. Велика частина постраждалих від інсульту мають ті чи інші обмеження працездатності через 7 років. Така ситуація спричиняє зростання демографічного навантаження на працездатне населення.

Таким чином, працездатне населення України на 2018 р. становить близько 30 мільйонів жителів, при цьому офіційна робота є тільки у 16 млн українців. У той же час приблизно 5,2 мільйона чоловік є дітьми і підлітками, яким ще не виповнилося 15-ти років. Також в Україні проживає близько 6 мільйонів людей пенсійного віку. Коефіцієнт демографічного навантаження, який розраховується як відношення кількості жителів країни, що не досягло працездатного віку, до працездатних громадян, в Україні станом на 2018 рік становить – 19,2% [7].

Метою роботи було вивчити медико-соціальні та клінічні аспекти перебігу дисциркуляторної енцефалопатії у осіб працездатного віку.

Матеріал і методи дослідження. Матеріалами дослідження стали результати обстеження пацієнтів прикріплених до обслуговування до Державної наукової установи «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» Державного управління справами (ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС) у кількості (120 осіб) віком від 40 до 68, з яких у 90 осіб встановлено дисциркуляторну енцефалопатію. Група з 30 практично здорових пацієнтів (середній вік – $54 \pm 1,3$; жінок - 22, чоловіків – 8) була зіставлена з пацієнтами основної групи, та є основою для порівняння з отриманими показниками. Дослідження проводилось у 2015–2018 рр.

Пацієнти з ДЕ були поділені на дві групи статистично співставимі за основним захворюванням, статтю та віком. Першу групу склали пацієнти з ДЕ та АГ – 60 осіб, другу з ДЕ без АГ – 30 осіб. Серед обстежених пацієнтів у першій групі було 17 чоловіків та 43 жінок. У другій групі – 10 чоловіків і 20 жінок. Середній вік чоловіків у першій групі складав $51,54 \pm 0,76$, у другій $51,83 \pm 2,24$, жінок у першій групі $54,63 \pm 0,42$, у другій $56,88 \pm 0,72$.

Клініко-лабораторне дослідження включало загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, ліпідограму. Клініко-інструментальні методи обстеження включали електрокардіографію, вимірювання артеріального тиску та частоти серцевих скорочень. Органічні та функціональні зміни в екстракраніальних артеріях та стан церебральної гемодинаміки у обстежуваних досліджували за допомогою УЗ дуплексної доплерографії зі спектральним аналізом сигналів. За допомогою спектрального аналізу доплерівських сигналів вивчали середню пікову систолічну швидкість кровообігу (V_{ps}), діастолічну швидкість кровообігу (V_{ed}), індекс периферичного опору ($P_{ou}celot$, RI – resistive index) та систоло-діастолічний показник (індекс Стюарта), який відображає пружньо-еластичні властивості судинної стінки. За отриманими даними оцінювали гемодинамічну значущість діапазону функціональних можливостей артеріального русла головного мозку, ступінь вираженості розладів, цереброваскулярну реактивність та функціональну неповноцінність регуляції мозкового кровообігу.

Для актуалізації проблематики висвітленої у статті використано бібліосемантичний метод та метод системного аналізу. Статистична обробка результатів дослідження проводилася за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення. Усім пацієнтам було проведено клініко-неврологічне та клініко-інструментальне обстеження з метою встановлення стадії та форми судинно-мозкової патології. Діагноз ДЕ I та II стадії був встановлений на підставі критеріїв, розроблених згідно із Міжнародною класифікацією хвороб десятого перегляду (МКХ-10), діагноз ДЕ відповідає рубриці I 67.4 [3–4], причому ДЕ I стадії відповідає початковій стадії, а ДЕ II стадії – субкомпенсованій стадії хронічної недостатності мозкового кровообігу.

У дослідження не включали пацієнтів із тяжкою соматичною патологією, некомпенсованими соматичними захворюваннями, вагітністю, хворих із симптоматичною АГ, злякисним ураженням головного мозку або іншого органу, гіпертонічною енцефалопатією або перенесеним гострим порушення мозкового кровообігу, черепно-мозковою травмою в анамнезі.

За сукупністю скарг, даних анамнезу та результатами клініко-інструментального огляду у 90 пацієнтів був виявлений симптомокомплекс, що відповідає критеріям діагностики проявів недостатності мозкового кровообігу, серед пацієнтів першої групи у 19 (31,7%) було діагностовано ДЕ I стадії та у 41 (68,3%) ДЕ II стадії. Серед пацієнтів другої групи у 13 (43,5%) було діагностовано ДЕ I стадії і у 17 (56,5%) ДЕ II стадії.

У всіх обстежених пацієнтів першої групи спостерігалась АГ. Відповідно до зазначеної класифікації у 7 (11,7%) пацієнтів була I стадія АГ та у 53 (88,3%) II стадія АГ. У табл. 1 наведені дані про розподіл причин, на підставі яких була встановлена II стадія АГ.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за причиною встановлення II стадії АГ (ураження органів-мішеней)

Ураження органу-мішені	II стадія АГ(n=60)	
	n	%
Гіпертрофія лівого шлуночка	14	23,3
КІМ \geq 0,9	40	66,7
Мікроальбумінурія	-	-
Генералізоване звуження артерій сітківки	54	90

За даними, наведеними у табл. 2 видно, що у хворих з АГ найімовірніше уражалися судини головного мозку. Тривалість АГ, котрі ввійшли до першої групи становила від 1 до 14 років.

Розподіл пацієнтів (n=60) за стадією АГ відповідно до діагнозу був таким: із ДЕ I – 19 осіб (31,7%), з них із ГХ I – 5(8,3%) та ГХ II – 14 (23,3%, із ДЕ II – 41 (68,3%), з них ГХ I – 2 (3,3%) та ГХ II – 39 (63,0%) відповідно.

Основними скаргами пацієнтів були: головний біль, зниження працездатності, загальну слабкість, втомлюваність, порушення пам'яті, зниження концентрації уваги, порушення сну, подразливість, плаксивість, голово кружіння. Саме такі прояви захворювання справляють значний вплив на зниження працездатності у пацієнтів відповідного віку.

У пацієнтів з гіпертонічною дисциркуляторною енцефалопатією (ГДЕ) переважали скарги на головний біль (65%), головокружіння (36,7%), порушення сну (31,7%), втомлюваність (30%), погіршення пам'яті (28,3%), загальну слабкість (23,3%). У пацієнтів з ДЕ переважали скарги на головний біль (63,3%), втомлюваність (63,3%), загальну слабкість (50%), голово кружіння (40%), порушення сну (30%), погіршення пам'яті (23,3%). Характеристика основних скарг наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Характеристика основних скарг пацієнтів з ГДЕ та ДЕ

Скарги	Хворі з ГДЕ, n=60		Хворі з ДЕ, n=30	
	абс.	%	абс.	%
Головний біль	39	65	19	63,3
Зниження працездатності	13	21,7	9	30
Хиткість при ході	10	16,7	3	10
Загальна слабкість	14	23,3	15	50
Втомлюваність	18	30	19	63,3
Зниження пам'яті	17	28,3	7	23,3
Порушення сну	19	31,7	9	30
Подразливість	10	16,7	4	13,3
Плаксивість	5	8,3	4	13,3
Зниження концентрації уваги	6	10	0	0
Запаморочення	13	21,7	5	16,7
Почуття тривоги	15	25	4	13,3
Почуття страху смерті	1	1,7	0	0
Головокружіння	22	36,7	12	40

За результатами проведеного в ході дослідження неврологічного огляду пацієнтів, серед усіх неврологічних розладів переважали координаторні порушення та пірамідна недостатність – у пацієнтів з ДЕ 43,3% та 20%, у пацієнтів з ГДЕ 33,3% та 10% відповідно (табл. 3).

Характеристика основних об'єктивних симптомів пацієнтів з ГДЕ та ДЕ

Симптоми	Пацієнти з ГДЕ, n=60.		Пацієнти з ДЕ, n=30.	
	абс.	%	абс.	%
Ністагм	5	8,3	2	6,6
Асиметрія носо-губних складок	29	48,3	13	43,3
Легка девіація кінчика язика	6	10	0	0
Асиметрія сухожилкових рефлексів з кінцівок	3	5	0	0
Патологічні стопні знаки	6	10	6	20
Хиткість в позі Ромберга	20	33,3	13	43,3
Атаксія при ході	4	6,7	0	0

Таким чином, за результатами оцінки суб'єктивної та об'єктивної клініко-неврологічної симптоматики серед пацієнтів першої групи був встановлений у 61,7% цефалічний, 55% вестибулярний, 31,7% церебрастенічний, 28,3% мнестичний синдроми та у 23,3% спостерігались тривожно-депресивні розлади.

Серед пацієнтів другої групи був встановлений у 66,6% цефалічний, 43,3% вестибулярний, 46,6% церебрастенічний, 23,3% мнестичний синдроми, у 20% спостерігались тривожно-депресивні розлади та у 20% пірамідна недостатність (табл. 4).

Таблиця 4

Характеристика основних синдромів пацієнтів з ГДЕ та ДЕ

Синдроми	Хворі з ГДЕ, n=60.		Хворі з ДЕ, n=30.	
	абс.	%	абс.	%
Цефалічний	37	61,7	20	66,6
Вестибулярний	33	55	13	43,3
Атактичний	5	8,3	0	0
Церебрастенічний	19	31,7	14	46,6
Тривожно-депресивний	14	23,3	6	20
Мнестичний	17	28,3	7	23,3
Пірамідна недостатність	6	10	6	20

За даними ультразвукової доплерографії судин голови і шиї (УЗДГ) пікова систолічна швидкість кровообігу (V_{ps}) достовірно була вищою ($p < 0,001$) в загальній сонній артерії (ЗСА), внутрішньо сонній артерії (ВСА), лівій середньо мозковій артерії (СМА), хребцевих артеріях на рівні V1 - V3 у пацієнтів з ГДЕ та в правій СМА, хребцевих артеріях на рівні V4 у пацієнтів з ДЕ. Діастолічна швидкість кровообігу (V_{ed}) в досліджуваних магістральних артеріях обстежуваних пацієнтів з ГДЕ достовірно вища у ВСА, а у пацієнтів з ДЕ у СМА. Індекс периферичного опору (RI) достовірно був вищий у першій групі в ЗСА, СМА, хребцевих артеріях на рівні V1 - V3. Потовщення комплексу інтима-медіа (КІМ) ЗСА та систоло-діастолічний показник (індекс Стюарта), який відображає пружньо-еластичні властивості судинної стінки, у правій ВСА достовірно вищий у пацієнтів з ГДЕ.

Відсоток наявності атеросклеротичних бляшок при УЗДГ дослідженні був вищий у другій групі (в ЗСА правій – 21,7%, лівій – 30,4%, правій ВСА – 17,4%). У першій групі був виявлений в ЗСА правій та лівій у 18,3%, у ВСА правій – 8,3%, лівій – 10%.

Загалом прояви неврологічної симптоматики у пацієнтів із ГДЕ та ДЕ мали певні відмінності у частоті їх проявів. Зокрема легка девіація кінчика язика – 5%, асиметрія сухожилкових рефлексів з кінцівок – 10%, атаксія при ході – 6,7% спостерігалися лише у пацієнтів з ГДЕ, що відповідно мало вплив на загальне самопочуття пацієнтів та безпосередньо впливало на їх працездатність.

Таким чином, при проведенні аналізу частоти виникнення окремих синдромів ми прийшли до висновку, що у пацієнтів обох груп переважали церебрастенічний, мнестичний та тривожно-депресивний синдроми, хоча в контрольній групі ступінь їх проявів та частота були майже на 50% меншими.

Про характерні більш інтенсивні прояви патологічних змін в неврологічному статусі: виражені рефлекторнопірамідні, координаторні та когнітивні порушення зазначають у своїх наукових публікаціях Кривчун А.М., Литвиненко Н.В., Кайдашев І.П., Шликова О.А., Смирнова І.П. та Горбась І.М. [6].

Отримані нами дані співпадають з результатами досліджень І.Ю. Головач. У своїх публікаціях авторка зазначає, що хворі з ДЕ здебільшого виявляють скарги і акцентують увагу на

таких суб'єктивних проявах, як головний біль, запаморочення, шум вухах, швидка втомлюваність, емоційна лабільність тощо, саме когнітивні порушення слід визнати «ядром» клінічної картини ДЕ, що в переважаючій більшості визначає тяжкість стану пацієнтів. Особливістю когнітивного дефіциту у більшості пацієнтів із ДЕ є переважання нейродинамічних і регуляторних когнітивних порушень. Важливими факторами розвитку і прогресування ДЕ є ураження магістральних судин голови, АГ і гіпотензія, а також гемореологічні порушення. [1].

Окрім цього, отримані нами результати корелюють із даними наведеними Гончарук О. М. [2]: за результатами комплексного обстеження у 122 хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу виявлені гемодинамічно позначені подовження, петлеутворення та перегини екстракраніального відділу ВСА, що стали причиною порушень мозкового кровообігу.

Підсумок

За результатами дослідження доведено, що у пацієнтів з ДЕ та АГ має місце достовірне збільшення пружності судин, проте атеросклеротичне ураження судин було вище у пацієнтів з ДЕ.

Особливістю порушень мозкового кровообігу у осіб працездатного віку, включених у дослідження, із встановленим діагнозом гіпертонічної дисциркуляторної енцефалопатії є підвищення судинного опору у внутрішньосонній та середньо мозковій артеріях.

Перспективи подальших досліджень полягають у тому, що, зважаючи на значний вплив судинної патології, зокрема ДЕ та ГДЕ, на працездатність населення та отримані в ході нашого дослідження результати, гостро стоїть необхідність подальшого поглибленого вивчення порушень мозкового кровообігу у осіб працездатного віку, зокрема у державних службовців.

Список літератури

1. Holovach IYu. Dystsyrkuliatorna entsefalopatiya: deyaki patohenetychni, klinichni ta likuvalni aspekty. *Liky Ukrainy*. 2011; 4: 60-67. [in Ukrainian]
2. Honcharuk OM. Podovzhennia ta perehyny ekstrakranialnykh viddiliv vnutrishnykh sonnykh arteriy yak faktor rozvytku dystsyrkuliatornoyi entsefalopatiyi ta hostrykh porushen mozkovoho krovoobihu. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohiyi*. 2014; 22: 2: 36-39. [in Ukrainian]
3. Zozulya IS., Bobrova VI. Kognityvni funktsiyi ta yakist zhyttya u khvorykh na gostryi infarkt mozku. *Ukrayinskyi nevrolohichnyi zhurnal*. 2014; 94: 3-4. [in Ukrainian]
4. Kavulya EV. Osoblyvosti pokaznykiv pro-ta antioksydantnoyi system plazmy krovi u khvorykh na dystsyrkulyatornu entsefalopatiyu z fibrilyatsieyu peredserd. *Bukovynskyi medychnyi visnyk*. 2012; 16: 2: S. 62. [in Ukrainian]
5. Kornatskyi VM, Revenko IL. Medyko-sotsialni aspekty tserebrovaskulyarnykh khvorob v Ukraini. *Ukrayinskyi kardiologichnyi zhurnal*. 2011;1;3:86-92. [in Ukrainian]
6. Kryvchun AM, Lytvynenko NV, Kaidashev IP, Shlykova OA, Smyrnova IP, Horbas IM. Vplyv polimorfizmu hena retseptora anhiotenzynu II pershoho typu na klinichni perebih hipertoničnoi dystsyrkuliatornoyi entsefalopatiyi u meshkantsiv Poltavskoyi oblasti. *Problemy ekolohii ta medytsyny*. 2010;. 4;3-4: 25-29. [in Ukrainian]
7. Libanova EM. Pro osnovni polozhennya Natsionalnoyi dopovidi «Ukrayinske suspilstvo: migratsiynyi vymir» (stenograma naukovoyi dopovidi na zasidanni Prezydiyi NAN Ukrainy 19 grudnya 2018 r.). *Visnyk NAN Ukrainy*. 2019., 2: 36-43. [in Ukrainian]
8. Lukovska O, Ermolaeva A, Bondarenko K. Aterosklerotychna khronichna ishemiya mozku, yak aktualna problema reabilitolohiyi. *Sportyvnyi visnyk Prydniprovyia*. 2013; 1: 143-145. [in Ukrainian]
9. Mezentseva NI. Zakhvoryuvanist ta zdorovya naseleння v Ukraini: suspilno-geografichnyi vymir. 2018. 136 s. [in Ukrainian]
10. Paenok AV, Tsyumrak IM, Kyrylyuk SYa. Pisl'yainsultna spastychnist: patofiziolojiya ta metody doslidzhennya (oglyad problemy). *Ukrayinskyi nevrolohichnyi zhurnal*. 2014;2: 18-24. [in Ukrainian]
11. Shepelevska LA, Yaschenko YuB, Kondratyuk NYu, Semenyuk OA. Stan demografichnoyi situatsiyi v Ukraini: problemy ta shlyahy yikh vyrishennya. *Ukrayina. Zdorovya natsiyi*. 2012;2-3:251-255. [in Ukrainian]
12. Cowie MR, Zakeri R. Stroke prevention in patients with heart failure: why do patients fail? – 2018. 3:1050-1052.
13. Farago G, Iadecola C. Hypertension: a harbinger of stroke and dementia. *Hypertension*. 2013;62 (5): 810-817.
14. Mathers CD., Lopez AD., Murray CJ. The burden of mortality by condition: data, methods and results for 2001. *Global burden of disease and risk factors*. 2006: 45-250.
15. Rockwood K, Moorhouse PK, Song X. [et al.]. Disease progression in vascular cognitive impairment: cognitive, functional and behavioral outcomes in the Consortium to Investigate Vascular Impairment of Cognition (CIVIC) cohort study. *Neurol. Sci*. 2007; 252(2):106-112.

Реферати

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Литвин О.В., Гандзюк В.А., Кондратиук Н.Ю.

Рост количества ЦВЗ в нашей стране в основном обусловлено хроническими, медленно прогрессирующими формами – дисциркуляторными энцефалопатиями. Согласно данным мировой статистики, главной причиной неврологической инвалидности является инсульт. Среди пациентов с ЦВБ, более 15%, учитывая выраженных перманентных функциональных расстройств, находящихся в

MEDICAL, SOCIAL AND CLINICAL ASPECTS OF DYSCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY IN PATIENTS OF WORKING AGE

Litvin O.V., Kondratiuk N.Yu., Gandzyuk V.A.

The increase in the number of cerebrovascular diseases (CVD) in our country is mainly due to the chronic, slowly progressing forms - dyscirculatory encephalopathies. According to world statistics, the main cause of neurological disability is stroke. Among patients with CVD, more than 15%, given the pronounced permanent functional disorders, are treated in nursing

учреждениях сестринского ухода. Большая часть пострадавших от инсульта имеют те или иные ограничения трудоспособности через 7 лет. Такая ситуация приводит к росту демографической нагрузки на трудоспособное население. Целью работы стало изучение медико-социальных и клинических аспектов течения дисциркуляторной энцефалопатии у лиц трудоспособного возраста. По результатам исследования доказано, что у пациентов с ДЭ и АГ имеет место достоверное увеличение упругости сосудов, но атеросклеротическое поражение сосудов было выше у пациентов с ДЭ. Особенностью нарушений мозгового кровообращения у государственных служащих с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией является повышение сосудистого сопротивления в внутренней сонной и средней мозговой артериях.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, артериальная гипертензия, когнитивные нарушения, медико-социальный аспект.

Стаття надійшла 18.11.18 р.

facilities. Most of the patients suffering from stroke have this or that kind of disability after 7 years. This situation leads to an increase in the demographic burden on the working-age population. The purpose of the work was to study the medical, social and clinical aspects of the dyscirculatory encephalopathy course in people of working age. According to the results of the study, it was proved that in patients with dyscirculatory encephalopathy (DE) and arterial hypertension (AH) there was a significant increase in vascular elasticity, but atherosclerotic vascular damage was higher in patients with DE. A feature of cerebrovascular events in government employees with hypertensive dyscirculatory encephalopathy is an increase in vascular resistance in the internal carotid and medial cerebral arteries.

Key words: dyscirculatory encephalopathy, arterial hypertension, cognitive impairment, medical and social aspect.

Рецензент Катеренчук І.П.

DOI 10.26724/2079-8334-2019-3-69-105-108

УДК: 618.14-006.36-089

О.В. Литвиненко, А.М. Громова, Л.А. Нестеренко, В.Б. Мартиненко, Г.Ю. Ляховська
Українська медична стоматологічна академія, Полтава

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ЖІНОК З ЛЕЙОМІОМОЮ МАТКИ ПІСЛЯ ЕМБОЛІЗАЦІЇ МАТКОВИХ АРТЕРІЙ

e-mail: nesterenko59@rambler.ru

Метою роботи було вивчити особливості перебігу післяопераційного періоду у жінок з лейоміомою матки після емболізації маткових артерій. Проведено спостереження 94 жінок з лейоміомою, яким проведена емболізація маткових артерій на базі гінекологічного відділення КП «ПОКЛ ім. М.В. Скліфосовського Полтавської обласної ради». У всіх хворих спостерігався постемболізаційний синдром легкого та середнього ступеня важкості, що тривав близько 4 діб. У 9,6% хворих спостерігалась нудота, підвищення температури до 37,8°C. Утруднене сечовипускання у 45,75% пацієнток. Проаналізовані віддалені наслідки емболізації маткових артерій. Експульсія міоми - 6,4%. Консервативна міомектомія в 4 випадках. Не зафіксовано змін у функції яєчників у жінок репродуктивного віку. Ризик виникнення ускладнень є незначним, але потребує профілактики. Моніторинг в післяопераційному періоді дозволяє виявити постемболізаційні ускладнення. Емболізація маткових артерій суттєво не впливає на функцію яєчників у пацієнток репродуктивного віку.

Ключові слова: лейоміома матки, емболізація маткових артерій, постемболізаційний синдром, малоінвазивні втручання.

Робота є фрагментом НДР «Патогенетична роль ендотеліальної дисфункції та генетичні особливості при патології під час вагітності та гінекологічних захворюваннях», № державної реєстрації 0117U005253.

В сучасній оперативній гінекології поширюються показання до органозберігаючих оперативних методів лікування: міомектомії, емболізації маткових артерій (ЕМА), абляції сфокусованим ультразвуком під контролем магніто-резонансної томографії. Емболізації маткових артерій дозволяє зберегти менструальну та репродуктивну функцію, а також знизити вірогідність виникнення побічних ефектів, що притаманні гістеректомії [3-5, 9].

Як вважають деякі дослідники, на сьогодні ЕМА є відносно безпечним втручанням, має невелику кількість ускладнень [1, 7, 8]. Однак зі збільшенням клінічного досвіду із застосуванням ЕМА, описано кілька важких випадків ускладнень. Для ЕМА властиві специфічні ускладнення, такі як експульсія міоматозних вузлів, аменорея та рецидив геморагічного синдрому, які виникають в продовж кількох тижнів та місяців після ЕМА [2, 4, 6, 10]. Повідомлялось і про летальні випадки внаслідок ЕМА [2, 4, 8]. Загроза таких трагічних наслідків зумовлює необхідність своєчасної діагностики та лікування ускладнень.

Метою роботи було вивчення особливості перебігу післяопераційного періоду у жінок з лейоміомою матки після емболізації маткових артерій.

Матеріал і методи дослідження. Проведено аналіз історій хвороб та проспективне спостереження 94 жінок з лейоміомою матки, яким проведена емболізація маткових артерій на базі гінекологічного відділення Полтавської обласної клінічної лікарні. Виконувалась повна оклюзія судинного русла міоматозного вузла і дистального відділу маткової артерії. В якості емболізату використовувались емболи «Гелатамп» (Україна) та Bead Block (Biocompatibles, Великобританія). Оцінка інтенсивності болю визначалась за допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ) від 1 до