

значення вірогідності відмінностей за t-критерієм Стьюдента. Результати подані як $M \pm s$.

Результати. При дослідженні TNF- α було виявлено вірогідне підвищення його вмісту в плазмі крові всіх обстежених нами пацієнтів порівняно з контрольною групою до $6,1 \pm 0,7$ нг/л (у групі контролю — $3,8 \pm 0,4$ нг/л; $p < 0,05$). Аналіз умісту TNF- α у виділених підгрупах хворих показав більш значуще його підвищення в підгрупі хворих із надмірною масою тіла (до $6,3 \pm 0,4$ нг/л), яке, проте, не досягло статистичної вірогідності порівняно з підгрупою хворих із нормальною масою тіла ($5,4 \pm 0,7$ нг/л; $p = 0,33$), скоріше за все, через малу кількість спостережень.

Дослідження рівня фібрoneктину показало його більш значуще підвищення в групі хворих із надмірною масою тіла (до $0,42 \pm 0,04$ г/л, при контрольних значеннях: $0,29 \pm 0,03$ г/л; $p = 0,02$) порівняно з його підвищенням у групі хворих із нормальною масою тіла (до $0,38 \pm 0,03$ г/л, при контрольних значеннях $0,29 \pm 0,03$ г/л; $p = 0,03$).

Можна припустити, що підвищена кількість TNF- α та фібрoneктину у хворих на загострення хронічної поперекової радикулопатії опосередковано через інтерлейкін-11 активує проліферацію основних клітин сполучної тканини, сприяючи не-

околагенезу, а також підвищує адгезивну здатність лімфоцитів стосовно ендотелію судин і реактивує фагоцитарну активність фібробластів, що може бути одним із механізмів активації спонтанної реторбції диска.

Не дивно, що у підгрупі хворих із надмірною масою тіла виявлено більш значуще підвищення плазмового вмісту TNF- α та фібрoneктину, оскільки відомо, що жирова тканина може бути джерелом широкого спектра прозапальних медіаторів, зокрема фактора некрозу пухлини альфа, які потрапляють у кровотік та мають потенційні системні ефекти.

Висновки. У пацієнтів із загостренням хронічної дискогенної люмбалгії спостерігається підвищення вмісту в плазмі крові туморнекротичного фактора та фібрoneктину, що може бути свідченням наявності у даної категорії хворих ознак хронічного запального процесу та розвитку ендотеліальної дисфункції, особливо вираженої у хворих із надмірною масою тіла.

Отримані дані свідчать про необхідність проведення у хворих на дискогенні радикулопатії активної профілактики серцево-судинних захворювань з обов'язковим включенням ендотеліотропних засобів, особливо в групі пацієнтів із надмірною масою тіла.

УДК 616.89-008.48-06:616.441-008.64

Юрценюк О.С.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Емоційно-особистісні порушення при гіпотиреозі

В окремих групах населення поширеність гіпотиреозу досягає 2 %, а субклінічного — 15 %. Актуальність проблеми гіпотиреозу в клінічній практиці лікарів різних спеціальностей обумовлена тим, що при дефіциті тиреоїдних гормонів розвиваються тяжкі порушення в усіх без винятку органах і системах. У зв'язку з цим актуальною стає проблема вивчення зміни психовегетативного статусу у пацієнтів із гіпотиреозом і розробка системи психокорегуючих заходів щодо даного контингенту хворих.

Матеріали та методи. Обстежені 63 пацієнти з первинним гіпотиреозом, які перебували на замісній терапії левотироксином натрію з різним ступенем компенсації (за значенням ТТГ). Критеріями включення були: первинний маніфестний гіпотиреоз, жінки віком від 25 до 61 років, прийом замісної терапії, підписана інформована згода.

Основною причиною гіпотиреозу в обстежених пацієнтів був автоімунний тиреоїдит — 79,4 %, наслідок струмектомії/резекції щитоподібної залози — 17,4 % (з приводу вузлового зоба — 63,8 %, з приводу раку — 27,2 %, дифузного токсичного

зоба — 9,0 %), дифузне збільшення без наявності антитіл до тиреоїдної пероксидази — 3,2 %.

Для оцінки уваги використовувалася таблиця Шульте. Психометричне тестування проводилося за допомогою госпітальної шкали тривоги й депресії, шкали Гамільтона для оцінки тривоги й депресії, опитувальника депресії Бека, тесту Спілбергера — Ханіна для оцінки реактивної та особистісної тривожності.

У дослідження увійшли тільки жінки, тому гендерні відмінності не розглядалися. Залежно від рівня ТТГ були сформовані три групи: 1-шу групу становили 8 пацієнтів із рівнем ТТГ менше $0,4$ мМО/л і з умістом T_4 у межах норми, середній вік — $41,0 \pm 4,3$ року. Тривалість захворювання становила $4,7 \pm 1,5$ року, доза левотироксину — $1,3 \pm 0,1$ мкг/кг/добу. У 2-гу групу були включені 24 пацієнтки, всі вони перебували в стані компенсації, T_4 відповідав нормі. Середній вік пацієнтів — $45,3 \pm 3,0$ року, тривалість перебігу гіпотиреозу — $3,7 \pm 0,8$ року, середня доза левотироксину натрію — $1,2-0,1$ мкг/кг/добу. Третя група сформована з 31 пацієнтки з некомпенсованим гіпотиреозом, незважаючи на проведену

замісну терапію (ТТГ > 4,0 мМО/л). Середній вік пацієнток — $45,5 \pm 2,2$ року, тривалість перебігу гіпотиреозу — $2,9 \pm 0,8$ року.

Результати. При проведенні цифрової проби по таблицях Шульте найкращий час зафіксовано в 1-й групі — $48,0 \pm 3,4$ секунди, без помилок. У 2-й групі середній час виконання завдання становив $56,1 \pm 2,3$ секунди, з вираженими змінами у 41,6 % обстежених (по помилках у рахунку 8,3 % і в кольорі 12,5 %). У 3-й групі прогресивно збільшується час ($58,8 \pm 2,2$ секунди) і знижується якість виконання завдання з появою грубих порушень тесту (помилки в рахунку 19,3 % і помилки в кольорі 25,8 %; $p = 0,05$). У цій же групі визначається явна залежність між рівнем ТТГ і часом цифрової проби ($r = 0,60$; $p = 0,0003$).

Роботи з вивчення уваги мають суперечливий характер. Відзначено, що когнітивні розлади у хворих із набутою недостатністю щитоподібної залози тісно пов'язані не тільки зі зниженим умістом тиреоїдних гормонів, але і з розвитком цих порушень через негативний вплив на метаболічні процеси в мозку вторинних патогенних факторів, які провокують розвиток ішемії й гіпоксії головного мозку.

Емоційно-особистісні порушення за госпітальною шкалою тривоги й депресії більш виражені через депресивні розлади: клінічно вираженої депресії — 41,2 %, субклінічної депресії — 38,4 %. Клінічно виражена тривога виявлена лише у 16,0 % хворих.

При визначенні рівня депресії за опитувальником Бека в 1-й групі виявлено легку депресію у 50 %, у 2-й групі — наявність депресії у 66,6 % (16,5 % — тяжка, 25 % — помірна депресія), у 3-й групі — у 77,5 % обстежуваних (19,5 % — тяжка, 29 % — помірна депресія).

У групі некомпенсованого гіпотиреозу є тенденція до збільшення балів депресії за опитувальником Бека в міру збільшення ТТГ ($r = 0,31$; $p = 0,08$) і зниження рівня вільного T_4 ($r = -0,39$; $p = 0,03$).

Використання шкали Гамільтона у наших пацієнтів виявило симптоми тривоги у 55,5 % обстежених, виражений тривожний стан — у 20,6 % пацієнтів. У групі пацієнтів з еутиреозом виражений тривожний стан зазначався частіше (33,3 %), ніж у пацієнтів 3-ї групи (20,8 %; $p = 0,026$). За методикою Спілбергера — Ханіна тривожний стан визначали в усіх обстежених. У 2-й групі, незважаючи на компенсацію гіпотиреозу, зафіксований високий рівень і реактивної, й особистісної тривоги.

Висновки. Пацієнти, які приймають левотироксин, але не досягли компенсації гіпотиреозу, характеризуються вираженими депресивними розладами, глибина яких корелює з рівнем тиреотропного гормону й вільного тироксину. Терапевтичний ефект застосування комплексу левотироксину натрію й антидепресанту у хворих із компенсованим гіпотиреозом проявився зменшенням числа скарг, поліпшенням вегетативних, психоемоційних проявів і функції уваги.

УДК 616.43/45-07-08-084

Юрценюк О.С.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Структура психічних розладів при цукровому діабеті

Останніми роками відзначається патоморфоз психічних розладів при різних соматичних і ендокринних захворюваннях. Поряд з відомими факторами явищами астенії, депресії, дисфорії, нервової анорексії у структурі психічних порушень при цукровому діабеті (ЦД) усе частіше стали відзначатися тривожні розлади різного ступеня вираженості. В основі розвитку психічних розладів при ЦД лежить низка факторів соматогенного та психогенного характеру. Психічні розлади при ЦД залежно від контингенту обстежених хворих виникають у 1,3–100 % випадків. Поширеність даних розладів серед осіб похилого віку досягає практично 100 %.

Метою дослідження було вивчення структури психічних розладів при ЦД.

Матеріали та методи. Обстежені 22 хворі на ЦД 2-го типу віком від 43 до 78 років (середній вік — 60,5 року). У всіх хворих спостерігалися психічні

розлади різного ступеня вираженості. Для терапії невротоподібних розладів і деменції у хворих на ЦД застосовували комбінацію препаратів інстенон, актовегін і гліцисед. Середня тривалість комбінованого курсу лікування становила 4 тижні. Основними методами дослідження були клініко-психопатологічні, клініко-анамнестичні, експериментально-психологічні. Використовувалися: шкала депресії Гамільтона, шкали особистісної та реактивної тривожності Спілбергера — Ханіна, шкала GBS, шкала кількісної оцінки ступеня вираженості порушень психічних функцій І.Ф. Рошиної і Г.А. Жарікова, шкала загального клінічного враження.

Результати. У всіх обстежених хворих були виявлені ознаки астеничного синдрому, який проявлявся підвищеною фізичною та психічною втомлюваністю, виснажливістю, зниженням працездатності, загальною слабкістю, млявістю, розладами сну. Ас-