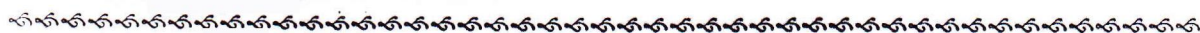




# **XII КОНГРЕС**

## **СВІТОВОЇ ФЕДЕРАЦІЇ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРСЬКИХ ТОВАРИСТВ**

25 - 28 вересня 2008 року  
місто Івано-Франківськ



# **ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ**

Івано-Франківськ – Київ – Чікаґо

2008



психологічних, фізичних методів, що підтверджували результати клінічних і параклінічних досліджень, дані статистичної обробки.

З той же час для підвищення рівня медико-психологічної реабілітації та якості життя хворих на діабетичну енцефалопатію розлади, пов'язані з Чорнобильською аварією, зазначені заходи повинні передбачати створення спеціальної системи реабілітації.

## КЛІНІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Ліценко Л.В., Соколова Л.І.

Україна, Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Особа, що перенесла гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом, залишок свого життя має долати фізичні та психологічні залишкові явища, що слідує за перенесеною мозковою ішемією. У більшості досліджень, присвячених ішемічному інсульту, увага приділяється саме ступеню порушення та рівню функціональних порушень. Однак не завжди є пряма кореляція між функціональними порушеннями і суб'єктивною оцінкою пацієнтом якості життя (Clarke P, Black S.E, 2005). Тому оцінка якості життя (ЯЖ) таких хворих та ступінь задоволення власним життям дають більш повну інформацію лікарям про процес відновлення після інсульту та мають неабияке значення для збільшення ефективності лікування (Patel et.all, 2007).

**Мета:** В рамках пілотного дослідження пацієнтів, що перенесли ішемічний інсульт у гострому періоді визначити комплекс факторів, що найбільше впливають на ЯЖ.

**Матеріали та методи:** обстежено 30 жінок у гострому періоді ішемічного інсульту у віці від 67 до 82 років. Проведена оцінка даних функціонального статусу за шкалою NIHSS, індексом Бартеля, PULSES, MMSE та оцінка якості життя хворих за допомогою шкал SF-36, пікалі тривоги, депресії та стресу та індексу якості життя (інсультна версія - III).

**Результати:** у гострому періоді ішемічного інсульту гірші показники ЯЖ по фізичному компоненту здоров'я за шкалою SF-36 були у хворих із когнітивними порушеннями (MMSE <24), при наявності цукрового діабету, наявній депресії важкого та надважкого ступеня (>21 бала за шкалою DASS). Гірша оцінка ЯЖ по психічному компоненту здоров'я спостерігалась у хворих з когнітивними порушеннями та наявною депресією. Кращі показники загального стану здоров'я були у хворих, які мали значну підтримку з боку членів сім'ї.

**Висновки:** Дослідження показало, що ішемічний інсульт значно впливає на ЯЖ хворих, але частина пацієнтів знаходить шляхи адаптації до їх функціональних порушень і таким чином рапортують про кращу якість життя. Складовими цього процесу є зміна пріоритетів і фокусування на тих видах активності, що менше страждали внаслідок інсульту, а також підтримка з боку членів сім'ї. Ця проблема залишається актуальною і потребує подальшого вивчення.

## ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОТЕЛІОЦИТЕМІЇ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАДІЇ ТА ТИПУ ОСНОВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ

Пашковська Н.В., Пашковський В.М., Кострюкова Ю.Б., Кривич В.О.

Чернівці, Україна, Буковинський державний медичний університет, Обласний ендокринологічний диспансер, Обласна клінічна лікарня

Важливою ланкою патогенезу хронічних ускладнень ЦД і, зокрема, діабетичної енцефалопатії є пошкодження судинного ендотелію. Водночас питання залежності ступеня ендотеліальної дисфункції у хворих на діабетичну енцефалопатію (ДЕ) від стадії та типу основного захворювання залишається поза увагою дослідників.

Метою роботи було з'ясувати особливості ендотеліальної дисфункції у хворих на ДЕ за вмістом десквамованих ендотеліальних клітин в крові залежно від стадії та типу ЦД. Обстежено 66 хворих на ДЕ (32 з ЦД типу 1 та 34 з ЦД типу 2) та 16 практично здорових осіб, що склали контрольну групу. У 23 пацієнтів було діагностовано ДЕ I стадії, 25 – II, 18 – III. Кількість циркулюючих у крові ендотеліоцитів визначали за методом J.Hladovec (1978) у модифікації Н.Н. Петришева та співавт. (2001).

Проведене дослідження показало, що десквамація ендотеліоцитів відбувалася як у групі практично здорових осіб, так і в групі пацієнтів, що страждали на ДЕ. У практично здорових осіб кількість десквамованих клітин в крові складала  $3,2 \pm 0,36 \cdot 10^4/\text{л}$  (норма – до  $5 \cdot 10^4/\text{л}$ ).

У пацієнтів з ДЕ I стадії цей показник складав  $12,8 \pm 0,64 \cdot 10^4/\text{л}$ , II стадії –  $16,5 \pm 0,58 \cdot 10^4/\text{л}$ , III стадії –  $19,2 \pm 0,71 \cdot 10^4/\text{л}$ . Встановлені вірогідні зміни між групами хворих на ДЕ I та II стадії ( $P < 0,001$ ), а також II та III стадії ( $p < 0,01$ ). Отже, прогресування ДЕ супроводжується проградієнтним зростанням кількості десквамованих ендотеліальних клітин в крові хворих. Показник ендотеліоцитемії був вірогідно вищим за ЦД типу 2 порівняно із групою пацієнтів з ЦД типу 1 ( $P < 0,05$ ), що вказує на більш вагоме значення пошкодження судинного ендотелію у патогенезі ДЕ за інсулінонезалежного ЦД.