

Результати та їх обговорення. Ідіопатичну епілепсію (ІЕ) було встановлено у 3 пацієнтів (3,6 %), криптогенну (КЕ) — у 37 (44,0 %), симптоматичну (СЕ) — у 44 (52,4 %). Лікування було призначене відразу всім особам із ІЕ та СЕ, тобто у випадках, коли були незаперечні клінічні та ЕЕГ (а при СЕ і структурні) ознаки епілепсії. Через неоднозначність клінічної ситуації лікування було відтерміноване (в середньому на $4,0 \pm 2,6$ місяця) для 11 осіб із КЕ до появи повторних пароксизмів. На час остаточної оцінки стану пацієнтів у 18 з них (21,4 %) зазначено ремісію понад 3 роки, у 28 (33,3 %) — понад 2 і у 17 осіб (20,2 %) — близько 1 року після призначення ПЕП. У 21 (25,0 %) пацієнта напади відновились в різні терміни, незважаючи на призначення адекватних доз ліків відповідно до типів ЕН та форми епілепсії. Вважається, що негайне призначення ПЕП після першого ЕН не покращує довготривалого прогнозу ремісії приступів, але знижує їх ризик у найближчі 2 роки. Серед 21 пацієнта із відновленням нападів у перші 2 роки лікування у більшості з них (14—66,4 %) були виявлені астенотичні чинники (пов'язані з діями пацієнта), тобто різні варіанти некомплайєнтності (низької прихильності до лікування).

Висновки. Серед факторів ризику зриву ремісії при вперше діагностованій епілепсії будь-якої етіології одним із провідних можна вважати недотримання пацієнтом всіх рекомендацій лікаря, що потрібно брати до уваги при аналізі невдачі лікування і прогнозуванні перебігу епілепсії.

УДК 616.853-07-08:[614.23:362.17]

МАР'ЄНКО К.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Адреса для листування з автором:

E-mail: mkatya@ua.fm

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Актуальність. У світі на епілепсію (Е) хворіють близько 70 млн осіб; останніми роками вона вважається найбільш серйозним хронічним неврологічним захворюванням, а за поширеністю є порівнянною із цукровим діабетом. Тому сімейному лікарю вкрай необхідні ґрунтовні знання щодо алгоритму діагностики та ведення пацієнтів з епілепсією на рівні первинної ланки надання медичної допомоги населенню.

Мета: вивчення обізнаності лікарів сімейної медицини з проблем діагностики та лікування Е згідно з протоколом.

Матеріал та методи дослідження. Було проведено анонімне анкетування 44 сімейних лікарів (СЛ) у різних медичних установах м. Львова — поліклініках та амбулаторіях СЛ — за допомогою прицільно розробленого опитувальника, що ґрунтується на даних

Уніфікованих клінічних протоколів первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих» та «Епілепсії у дітей», затверджених наказом МОЗ України № 276 від 17.04.2014.

Результати та їх обговорення. Про існування означених протоколів було відомо тільки 27,3 % респондентів. Більшість СЛ (70,4 %) правильно назвали невропатолога (дитячого невролога) як фахівця, до якого повинен бути скерований пацієнт при підозрі на епілепсію; 20,5 % вважають доцільним звернення до психіатра і 9,1 % — до епілептолога, хоча такої окремої спеціальності не існує згідно з наказом МОЗ України № 385 від 28.10.2002. Усі обстеження, необхідні для встановлення діагнозу, на думку 63,6 % СЛ, повинен призначати власне вузький спеціаліст. Однак у протоколах зазначено, що до обов'язку СЛ належить первинне обстеження пацієнта для виключення актуальної соматичної патології, метаболічних порушень (анамнез, фізикальне обстеження, ЕКГ, лабораторні аналізи). Визнали свої знання з проблеми епілепсії недостатніми 61,4 % лікарів, що підтверджується і тим фактом, що тільки 40,9 % респондентів змогли правильно назвати етіологічні форми епілепсії, а 65,9 % опитаних змогли вказати основні типи епілептичних нападів. Були готові призначати лікування до проведення консультації спеціаліста 9,1 % лікарів, хоча це не є прерогативою СЛ.

Висновки. Інформаційна підтримка імплементації означених протоколів у практику лікарів сімейної медицини залишається недостатньою, що необхідно враховувати при проведенні курсів підвищення кваліфікації, та обумовлює необхідність організації додаткових тренінгових семінарів для лікарів загальної практики.

УДК 616.832-004.2-036:616.153.1:577.152.2

МАРКОВСКАЯ Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Адрес для переписки с автором:

E-mail: markovskayamail@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ АСПАРТАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ И АЛАНИНАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Рассеянный склероз (РС) — хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), имеющее в большинстве случаев волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий на ранних стадиях заболевания, реже — изначально неуклонно прогрессирующее течение.

Расстройства кортико-висцеральной регуляции при патологии высших мозговых центров, в том числе при РС, приводят к хроническим нейродегенеративным изменениям во внутренних органах. Одним из важных органов, играющих ведущую роль в регуляции обменных процессов в организме (в энергетическом, белковом, углеводном или липидном метаболизме), является печень, функциональное состояние которой у больных РС требует дальнейшего изучения.

Цель настоящего исследования: изучение динамики изменения активности мембраносвязанных ферментов — аспаратаминотрансферазы (АСАТ) и аланинаминотрансферазы (АЛАТ) в сыворотке крови больных РС в зависимости от формы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе неврологического отделения КУЗ «ОКБ — ЦЭМП и МК». Объектом исследования было 69 больных РС — 29 мужчин и 40 женщин. Возраст больных колебался от 16 до 59 лет. В зависимости от преобладания локализации очагов поражения у 15 больных определялась церебральная форма РС, у 6 обследованных — спинальная форма РС и у 48 пациентов — цереброспинальная форма РС. Контрольную группу составили 30 практически здоровых человек соответствующего пола и возраста без патологии нервной системы. Активность ферментов в крови изучалась с помощью энзиматического кинетического метода по стандартным методикам.

Результаты и их обсуждение. Биохимическое исследование выявило в целом по группе больных РС достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня АЛАТ на 38,9 % относительно показателей в контрольной группе и тенденцию к снижению уровня АСАТ на 12,5 %.

Анализ динамики изменения уровня АСАТ при различных формах заболевания выявил при церебральной форме РС достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня данного фермента на 32,2 %. В группах больных спинальной и цереброспинальной формами РС показатели среднего значения АСАТ не имели достоверного различия между показателями контрольной группы, однако показали тенденцию к увеличению и снижению соответственно.

Анализ динамики изменения уровня АЛАТ в зависимости от формы заболевания выявил достоверное ($p < 0,05$) увеличение уровня фермента при всех формах заболевания. Наиболее высокие показатели отмечены при церебральной и спинальной формах заболевания.

Выводы. Таким образом, у больных РС в независимости от формы заболевания отмечается достоверное повышение АЛАТ в сыворотке крови при практически неизменных показателях АСАТ. АЛАТ — фермент, наибольшее количество которого содержится в гепатоцитах, поэтому повышение его активности может указывать на повреждение печени и вовлечение ее в патогенез РС.

УДК 616.89-008.19-02:[616.831-005-06:616.831.9-008.811.1

НАСАЛИК Р.Б., ШКРОБОТ С.І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Адреса для листування з авторами:

E-mail: Roksolana.2012@inbox.ru

ЗМІНИ ПАРАМЕТРІВ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ ІЗ ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ ПРИ ХРОНІЧНІЙ ІШЕМІЇ МОЗКУ

Актуальність питання пов'язана з частим поєднанням гідроцефалії (ГЦ) та хронічної ішемії мозку (ХІМ) (Хачатрян В.А. та ін., 1998, 2002; Момджан С. та ін., 2004; Сілверберг Г., 2004). Значний прогрес у вивченні мозкового кровообігу досягнутий з упровадженням ультразвукових методик — дуплексного сканування і транскраніальної доплерографії, проте стан церебральної гемодинаміки у хворих з ГЦ при ХІМ є недостатньо вивченим (Шахновіч А.Р., Шахновіч В.А., 1996; Лелюк В.Г., Лелюк С.Е., 2003; Росин Ю.А., 2004).

Мета: оцінити стан екстракраніального відділу брахіоцефальних судин та виявити особливості їх показників у пацієнтів з ГЦ при ХІМ.

Матеріали та методи. Нами було обстежено 48 хворих з ХІМ (чоловіків — 36, жінок — 12). Середній вік хворих — 64,6 року. Фоновим захворюванням у всіх пацієнтів була гіпертонічна хвороба, що поєднувалася з церебральним атеросклерозом у 40 хворих. ХІМ I ст. була встановлена у 6 хворих, ХІМ II ст. — у 38, ХІМ III ст. — у 4.

Стан церебральної гемодинаміки оцінювали за допомогою дуплексного сканування екстра- та інтракраніальних артерій (Logiteq 700). При дослідженні загальної (ЗСА) та внутрішньої (ВСА) сонних артерій визначали пікову систолічну (ПСШК), кінцеву діастолічну (КДШК) швидкості кровоплину, індекс резистентності (ІР), діаметр судини та товщину комплексу інтими-медії (КІМ).

Усі хворі були розподілені на 2 групи. До 1-ї групи увійшло 32 хворих з ХІМ, що супроводжувалася ГЦ. Серед них було 20 чоловіків та 12 жінок віком від 51 до 74 років (середній вік — 61,1 року). Другу групу (групу порівняння) становили 16 пацієнтів з ХІМ без проявів ГЦ (11 жінок та 5 чоловіків) віком від 47 до 76 років (середній вік — 62,6 року).

Результати. У пацієнтів групи 1 було виявлено збільшення діаметра ЗСА — $7,62 \pm 0,08$ мм проти $6,41 \pm 0,16$ мм у осіб групи 2 ($p < 0,001$), діаметра ВСА — відповідно $5,02 \pm 0,08$ мм та $4,70 \pm 0,17$ мм ($p < 0,05$), потовщення КІМ — відповідно $1,10 \pm 0,03$ мм та $0,83 \pm 0,05$ мм ($p < 0,001$).

ПСШК у хворих групи 1 за ВСА та ЗСА була вірогідно ($p < 0,05$) нижча і становила $58,4 \pm 12,5$ проти