

ПІДСУМОК

При наявності особливо тяжкого, двобічного, інтерстиційного перебігу «пневмонії», некупуруваної лихоманки на тлі абсолютної лімфопенії, неефективності традиційної антибіотикотерапії, складності діагностики сторожкість лікаря повинна бути спрямована на пошук імунодефіцитного стану й обов'язкового проведення обстеження такого хворого на наявність ВІЛ-інфекції. У такій ситуації на допомогу лікареві повинні

стати: по-перше, прижиттєва верифікація збудника з обов'язковою специфічною окраскою за Гімзе для виявлення *Pneumocystis carinii*; по-друге, діагностичні лабораторії, необхідні для дослідження крові та бронхоальвеолярного лаважу і точного виявлення збудника; по-третє, призначення специфічної замість емпіричної терапії для скорішого одужання хворого.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Перцева Т.О., Богацька К.Є., Попович Я.В. Аналіз тяжкості перебігу негоспітальної пневмонії на стаціонарному етапі // Мистецтво лікування. – 2005. – №1 (017). – С. 6 - 10
2. Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз і неспецифічні захворювання легень: Наказ МОЗ України №499 від 28 жовтня 2003 року. – Київ, 2003
3. Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію: Наказ МОЗ України №415 від 19.08.2005. – Київ, 2005
4. Рекалова Е. Микозы в пульмонологии // Doctor. – 2004. – №2. – С. 46-51
5. Шмелев Е.И. Дифференциальная диагностика интерстициальных болезней легких // Consilium Medicum. – 2003. – Т. 5, №4. – С. 176 – 181
6. Щербінська А. М. Медичні аспекти проблеми ВІЛ/СНІД в Україні // Мистецтво лікування. – 2006. – №2 (028). – С. 26-30
7. Ambrosino N., Scano G. Dyspnoea and its measurement // Breath. – 2004. – Vol. 1, N 2. – P. 101 - 106
8. Deborah F. Talkington, Ken B. Waites Pulmonary Syndromes, Pathogenesis, and Epidemiology of Human *Mycoplasma pneumoniae* Infections // Emerging Infections. – 2001. – N 5. – P. 57 – 75
9. www-medlib. med. utah.edu/ WebPath/webpath.html // Медіа-енциклопедія The General and Systemic Patology / By Edward C., Klatt M.D. - U.S. 2004
10. <http://www.aidsalliance.kiev.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ru/library/statistics/index.htm>
11. <http://www.newsprom.ru/news/119652965746520.shtml> 1.12.2007
12. <http://dndz.dp.ua/news/06121.shtml?02>
13. <http://pulmonology.webarena.ru/pneumonia/pulmonology-0098.shtml>



УДК616.832-004-036:616.89-008.45/48

**В.М. Школьник,
О.М. Бараненко,
О.І. Кальбус**

*Дніпропетровська державна медична академія
кафедра неврології та офтальмології
(зав. – д. мед. н., проф. В.М.Школьник)*

Ключові слова: розсіяний склероз, когнітивні функції, депресія
Key word: multiple sclerosis, cognitive functions, depression

КОГНІТИВНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ ПОРУШЕННЯ В КЛІНІЦІ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

Резюме. У 37 больных с достоверным рассеянным склерозом (РС) с легким и умеренным двигательным дефицитом (до 5 баллов по EDSS) проведена оценка когнитивных функций по MMSE и уровня депрессии по шкале Бека. Нарушения когнитивных функций выявлены у 67,5%, а депрессивные расстройства – у 51% обследованных. Зарегистрирована достоверная связь когнитивных нарушений с выраженностью двигательного дефицита. По данным исследования показано, что когнитивные нарушения при РС определяются в первые 5 лет болезни более чем у половины больных, а депрессивные расстройства – более чем у 1/3. Выявлено, что умеренная и выраженная депрессия при РС коррелирует с более выраженными когнитивными нарушениями. Рекомендована диагностика и последующая коррекция депрессивных нарушений у больных с РС с целью минимизации когнитивных расстройств и оптимизации лечения.

Summary. In 37 patients with confirmed multiple sclerosis (MS) with a mild and moderate motion deficit (up to 5 points by EDSS scale), cognitive functions by MMSE scale and the level of depression by Beck scale were evaluated. Disorders of cognitive functions were revealed in 67,5%, depressive disorders in 51% of the examined patients. An authentic link between cognitive disorders and intensity of motion deficit was registered. Research results show that cognitive disorders in case of MS are revealed during the first five years of the disease course in more than 50% of patients, and depressive disorders – in more than 1/3 of patients. It was revealed that moderate and marked depression in MS correlates with more intensive cognitive disorders. Diagnostics and further correction of depressive disorders is recommended with the aim to minimize cognitive impairments and to optimize treatment of MS patients.

В останні роки у зв'язку з покращенням діагностики та лікування розсіяного склерозу (РС), збільшенням питомої ваги нетяжких хворих все більше уваги приділяється порушенням у них когнітивних функцій (КФ). [1] За даними літератури, 40-60% хворих мають когнітивні порушення (КП), які порушують якість життя іноді навіть у більшій мірі, ніж фізичний недуг [1, 2] Деякі автори відзначають когнітивні порушення вже на ранніх стадіях РС. На думку Шмидт Т.Е., вираженість КП не завжди корелює зі ступенем рухового дефіциту. [3] Окрім порушень КФ, у 58% пацієнтів реєструється депресія, вираженість якої корелює з тривалістю хвороби та тяжкістю інвалідизації [2, 4]. Вищезазначені порушення в психічній сфері помітно ускладнюють перебіг хвороби, знижують працездатність хворих, обмежують їхні соціальні контакти, знижують ефективність лікування [1, 4, 5].

Метою нашої роботи була оцінка вираженості когнітивних та депресивних порушень при РС, а також впливу депресії на стан КФ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під нашим спостереженням знаходилось 37 хворих із достовірним РС (за критеріями W.I. McDonald, 2005), які проходили обстеження в умовах неврологічного відділення №1 Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І.Мечникова та неврологічного відділення міської клінічної лікарні №16 м.Дніпропетровськ. Середній вік хворих склав $34,5 \pm 1,7$ року, з них 20 жінок та 17 чоловіків. Середній вік початку хвороби – $27,5 \pm 1,9$ року, при цьому у 8 хворих РС дебютував до 20 років, а у 2 – після 40 років. Тривалість хвороби склала в середньому $7,0 \pm 0,8$ року. Ступінь вираженості функціональних порушень оцінювався за шкалою Expanded Disability Status Scale (EDSS). Окрім дослідження неврологічного статусу, хворим було проведено вивчення стану КФ за допомогою шкали Mini-Mental State Examination (MMSE). Для оцінки впливу емоціональних порушень на порушення

КФ проводилося тестування на наявність депресії (за оцінювальною шкалою депресії Бека). Усім хворим проведено МРТ головного мозку з оцінкою кількості та локалізації вогнищ демієлінізації.

Статистична обробка результатів виконувалась із використанням статистичної комп'ютерної програми Stadia 6.0.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На момент огляду вираженість рухових порушень в обстежених хворих за шкалою EDSS склала в середньому $4,35 \pm 0,42$ бала і достовірно корелювала з тривалістю хвороби. Так, при тривалості хвороби до 5 років неврологічний дефіцит склав у середньому $3,86 \pm 0,5$, а при перебігу більше 5 років – $5,3 \pm 0,31$ бала. Не було виявлено зв'язку рухових порушень із віком дебюту захворювання.

У 25 (67,5%) хворих виявлено порушення КФ на рівні переддементних та деменції легкого ступеня (рис.1), що склала за шкалою MMSE в середньому $25,08 \pm 0,58$ бала (рівень переддементних порушень). Було зареєстровано помірний зв'язок між вираженістю неврологічного дефіциту та КП. У хворих із руховими порушеннями до 5 балів за EDSS КП склала в середньому $26,1 \pm 0,69$ бала, а більше 5 – $23,6 \pm 0,9$ бала за шкалою MMSE. Не виявлено достовірного зв'язку між ступенем зниження КФ та тривалістю хвороби. Так, при тривалості хвороби до 5 років вираженість КП склала за MMSE $26,1 \pm 0,9$ бала, а більше 5 років – $24,3 \pm 0,7$ бала відповідно. При цьому КП виявлено у 11 з 19 пацієнтів, що хворіють до 5 років (переддементні КП – у 4 хворих, деменція легкого ступеня – у 7 хворих) і у 14 з 18 хворих, що хворіють більше 5 років (переддементні КП – 10 хворих, деменція легкого ступеня – у 4 хворих). У 3 (8,1%) пацієнтів відзначалися переддементні КП та легка деменція при легких (2 бали за шкалою EDSS) рухових порушеннях, при цьому у більшості обстежених хворих при неврологічному дефіциті менше 3

балів за EDSS КП не реєструвалися. Цей факт підтверджує вплив на вираженість когнітивного дефекту не тільки тривалості хвороби і рухових порушень, але і, ймовірно, локалізації вогнищ демієлінізації, преморбідну та конституції пацієнта. Відмінностей у вираженості КП за статтю (жінки - $25,2 \pm 0,6$ бала, чоловіки - $25,0 \pm 0,5$ бала,

при середній тривалості хвороби - $7,3 \pm 0,9$ та $6,1 \pm 1,1$ року відповідно), віку дебюту захворювання (до 25 років - $25,3 \pm 1,3$; 25 та більше років - $25,3 \pm 1,4$ бала відповідно), а також віку на момент обстеження (до 25 років - $25 \pm 1,2$; 25 і більше років - $25,4 \pm 1,1$ року відповідно) виявлено не було.

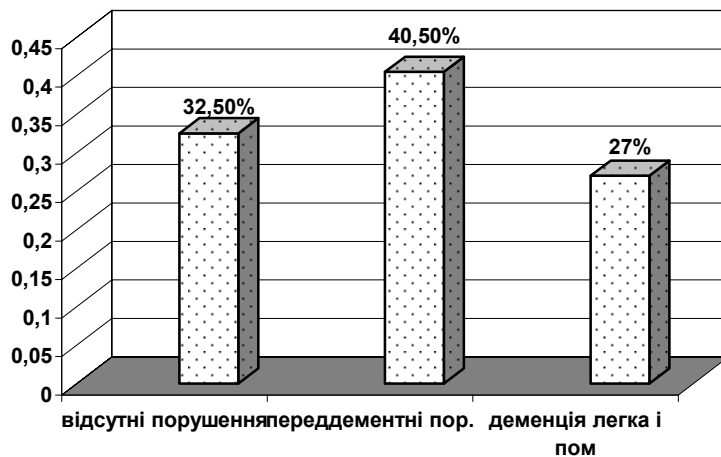


Рис. 1. Когнітивні порушення у хворих на РС

Депресивні порушення виявлено у 19 (51%) обстежених. При цьому у 10 хворих відзначалася м'яка, у 3 – помірна та у 6 – значна депресія (рис.2). Достовірного зв'язку між вираженістю депресії та тривалістю хвороби виявлено не було, в той же час достовірно відрізнялася середня вираженість депресії в балах за шкалою Бека у пацієнтів, що хворіють до 5 років і більше 5 років: $8,1 \pm 1,1$ та $13,3 \pm 1,8$ відповідно. Незважаючи на той факт, що середня вираженість депресії у пацієнтів із руховими порушеннями до 5 балів за EDSS була достовірно меншою ($8,9 \pm 1,3$

бала за Беком), ніж при 5 та більше балах ($14,1 \pm 2,1$ бала за Беком), залежності вираженості депресії від ступеня рухового дефіциту виявлено не було. У хворих із тривалістю хвороби до 5 років депресивні порушення встановлено у 8 з 19, а більше 5 років – у 10 з 18 пацієнтів відповідно. Середня вираженість депресії у жінок склала $12,1 \pm 1,1$ бала, у чоловіків $11,3 \pm 0,9$ бала за Беком відповідно. У пацієнтів до 25 років показник депресії в середньому відповідав $7,0 \pm 1,1$ бала, а у хворих старшого віку - $12,1 \pm 1,3$ бала за Беком відповідно.

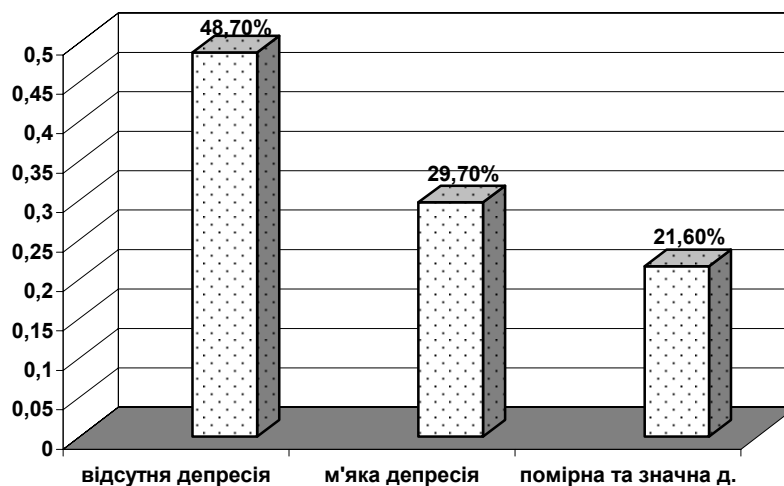


Рис. 2. Депресивні порушення у хворих на розсіяний склероз

При аналізі стану КФ у залежності від ступеня депресії було встановлено, що у пацієнтів із легкими депресивними порушеннями вираженість когнітивних порушень співвідносна з аналогічним показником у хворих без депресивних порушень. У той же час у групі з помірною та значною депресією було виявлено достовірне погіршення КФ у порівнянні з хворими з м'якою депресією: $22,8 \pm 1,4$ та $26,8 \pm 0,9$ бала за MMSE відповідно. При цьому тривалість хвороби, рівень рухового дефіциту в цих групах були співвідносними.

ВИСНОВКИ

1. Вираженість КП та депресивних порушень у хворих із РС корелює зі ступенем рухового дефіциту та в меншій мірі пов'язана з тривалістю хвороби.

2. Не було виявлено залежності когнітивних та депресивних порушень від статі та віку дебюта хвороби.

3. КП в перші 5 років хвороби встановлено у 25 із 37 обстежених хворих.

4. У пацієнтів із помірною та значною депресією відзначаються більш виражені КП, ніж у пацієнтів із м'якою депресією та без неї. При оцінці КФ у хворих із РС з метою об'єктивізації істинних КП необхідно виключити депресивні порушення, що викликають псевдокогнітивні порушення.

5. Виявлення депресії в обстежених хворих із РС дозволяє констатувати її внесок у когнітивні порушення, а також коригувати депресивні порушення вже на ранніх стадіях хвороби, що може підвищити ефективність реабілітації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Алексеева Т.Г., Бойко А.Н., Гусев Е.И. Спектр нейропсихологических изменений при рассеянном склерозе // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. - № 12. – С. 11-18.

2. Комплексный подход к оценке когнитивной и эмоционально-личностной сфер у больных рассеянным склерозом / Алексеева Т.Г., Ениколопова Е.В., Садалская Е.В. и др. // Журнал неврологии и психиатрии. Приложение 1. Рассеянный склероз. – 2002. – С. 20-25.

3. Шмидт Т.Е. Когнитивные нарушения и попыт-

ки их коррекции при рассеянном склерозе // Журнал неврологии и психиатрии. – 2005. - № 9. – С. 54-56.

4. Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. I. Frequency, patterns and prediction / Rao S.M., Leo G.J., Bernadin L., Unverzagt F. // Neurology. – 1991. – Vol. 41. – P. 692-696.

5. Is cognitive complaint a marker of cognitive impairment in early relapsing-remitting multiple sclerosis? / Boudineau M., Deloire M., Bonnet M. et al. // Multiple sclerosis. – 2003. – N 1. - P. 133.



УДК 616-053.2/4-036.83:37.018.3

**Ю.К. Ботьбот,
О.В. Клименко,
Т.А. Бордій,
С.Ю. Калашикіова**

ПОРУШЕННЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ВИХОВАНЦІВ ІНТЕРНАТНОГО ЗАКЛАДУ РАНЬОГО ВІКУ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ РЕАБІЛІТАЦІЇ

*Дніпропетровська державна медична академія
кафедра госпітальної педіатрії №2 та неонатології
(зав. – д. мед. н., проф. Ю.К. Ботьбот)*

Ключові слова: діти, позбавлені материнської опіки, стан здоров'я, імунітет, інтерферони, анаферон дитячий

Key words: children deprived of parents' trusteeship, a state of health, immunity, interferons, children's Anaferon

Резюме. В статті приводяться дані показателів здоров'я вихованців вдома дитини. У більшості дітей на фоні неблагоприятних перинатальних факторів виявлена патологія ЦНС, затримка фізичного та психо-моторного розвитку, вроджені пороки. Одна з причин частих ускладнених ОРВИ у вихованців вдома дитини – це недостатність інтерферогенезу. Представлені основні напрямки реабілітації порушеного стану здоров'я вихованців вдома дитини, в тому числі результати вивчення профілактичної ефективності анаферону дитячого, застосування якого дозволило підвищити рівень ІФН-γ більш ніж в два рази, знизити частоту гострих респіраторних інфекцій в 1,8 рази, зменшити частоту ускладнень і середню тривалість одного епізоду ОРВИ в 1,3 рази.