

Анализ динамики изменения ферментативной активности в зависимости от формы заболевания выявил при церебральной форме РС достоверное ($p < 0,05$) снижение уровня АСТ на 32,2 % и КФК на 72,3 %, а также недостоверную тенденцию к снижению уровня ЛДГ (на 16,5 %) и повышению уровней АЛТ (на 50,4 %) и ГГТП (на 14,4 %) по сравнению с контрольными показателями. В группе больных спинальной формой РС отмечалось достоверное ($p < 0,05$) снижение только уровня КФК на 71 %, а повышение активности АСТ, АЛТ, ЩФ и ГГТП по сравнению с контрольными величинами было недостоверным, однако имело четкую направленность.

Наиболее выраженные изменения ферментативной активности наблюдались в группе больных цереброспинальной формой РС и характеризовались достоверным ($p < 0,05$) снижением относительно контроля активности ЩФ, КФК, ЛДГ на 16,9 %, 67,3 %, 16,6 % соответственно, повышением уровня АЛТ на 28,9 % и недостоверной тенденцией к повышению уровня ГГТП на 19,7 %.

Таким образом, при РС имеет место стойкая дисферментация, выраженность и направленность которой зависит от формы заболевания. Снижение уровня КФК у больных РС является стабильным показателем нарушения метаболических и энергетических процессов в клетках мышечной и нервной тканей при всех формах заболевания. Выраженная гипоферментация отражает тяжесть состояния больных и степень генерализации патологического процесса.

УДК 616.831-002:616.379-008.67]-073

НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ФЕНОМЕНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Т. М. Мельник

Донецкий национальный медицинский университет

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая энцефалопатия, магнитно-резонансная томография

Целью работы явилось изучение влияния длительности течения сахарного диабета (СД), сосудистых факторов и метаболических расстройств на выраженность диффузных изменений белого вещества головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Обследовано 76 пациентов с СД, из которых у 30 больных СД 1 типа и 46 — СД 2 типа. У 34 (44,7 %) больных, составивших 1 группу обследованных, была диагностирована диабетическая энцефалопатия (ДиабЭП) I стадии, у 42 (55,3 %) пациентов, вошедших во 2 группу — ДиабЭП II стадии. Средний уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) у больных 1 группы — $8,3 \pm 0,7$ %, длительность заболевания — $9,6 \pm 3,8$ лет; у больных 2 группы: HbA1c — $8,8 \pm 0,3$ %, длительность заболевания — $12,3 \pm 2,7$ лет. Контрольную группу составили 20 лиц, не страдающих диабетом, сопоставимые по возрасту и полу. Исследование включало суточное мониторирование артериального давления с определением средних значений систолического (САД) и диастолического (ДАД) и МРТ головного мозга. Полуколичественная оценка выявленных очаговых и диффузных изменений белого вещества головного мозга проводилась по балльной системе.

У пациентов 1 и 2 групп выявлены поражения белого вещества головного мозга в виде лейкоареоза (субкортикального и перивентрикулярного) и расширения перивентрикулярных пространств (РПВП). «Немые» инфаркты были выявлены только у двух пациентов 2 группы с локализацией в области мозжечка. Различия в частоте выявления лейкоареоза и частоте выявления РПВП между двумя группами обследованных с ДиабЭП и контролем были статистически значимы. У больных с длительным течением заболевания (более 5 лет) чаще выявлялись изменения белого вещества в перивентрикулярных областях. Выраженность перивентрикулярного лейкоареоза у пациентов с ДиабЭП была статистически значимо больше, чем в группе сравнения. Различия между группами в количестве и размерах выявляемых очагов в субкортикальном белом веществе не были статистически значимыми.

Наиболее значимыми оказались различия в группах пациентов с ДиабЭП по степени выраженности РПВП. У больных с длительным течением СД (более 5 лет) перивентрикулярный лейкоареоз был более выражен.

Была выявлена умеренная прямая корреляционная связь между выраженностью перивентрикулярного лейкоареоза и длительностью артериальной гипертензии (АГ) ($r = 0,385$, $p < 0,001$) и средним САД ($r = 0,385$, $p < 0,001$), средним ДАД ($r = 0,396$, $p = 0,033$). На прогрессирование субкортикального лейкоареоза оказывает влияние возраст ($r = 0,485$, $p = 0,001$), а не артериальная гипертензия или уровень гликемического контроля СД (хроническая гипергликемия). В патогенезе прогрессирования РПВП при СД играют роль сосудистые факторы (артериальная гипертензия) ($r = 0,353$, $p < 0,001$) и дисметаболические нарушения (хроническая гипергликемия) ($r = 0,33$, $p < 0,001$).

Таким образом, наличие диабетической энцефалопатии ассоциировано с большой частотой выявления диффузного поражения белого вещества головного мозга. Наиболее выраженные изменения отмечаются в области перивентрикулярного белого вещества в виде лейкоареоза и РПВП. Установлена связь между выраженностью перивентрикулярного лейкоареоза и длительностью СД. Наряду с этим, на состояние мозгового вещества при диабетической энцефалопатии оказывают влияние сосудистые факторы (артериальная гипертензия) и метаболические нарушения (хроническая гипергликемия).

УДК 616.379-008.64: 616-056.52

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Т. М. Мельник, Т. Е. Михайличенко,

Д. В. Никитенко, Н. В. Сирота

Донецкий национальный медицинский университет

Ключевые слова: сахарный диабет, ожирение, качество жизни

Цель исследования — оценить влияние ожирения на показатели качества жизни у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Обследовано 150 больных СД 2 типа в возрасте от 45 до 60 лет, средний возраст $54,6 \pm 3,5$ года, из них 72 мужчины и 78 женщин, средняя продолжительность заболевания $12,5 \pm 4,7$ лет. Уровень гликозилированного гемоглобина (HbA1c) — от 7,3 до 11,8 (средний $9,42 \pm 1,15$). В зависимости от показателя индекса массы тела (ИМТ), согласно критериям ВОЗ, пациенты были разделены на 5 групп: группы с нормальной массой тела, избытком массы тела, ожирением 1, 2 и 3 степени, численность каждой группы — 30 человек. Контрольную группу составили 20 лиц, не страдающих диабетом, средний возраст $52,4 \pm 2,8$ лет. Всем обследованным проводилось общеклиническое исследование, включавшее определение массы тела, роста, окружности талии и бедер. Оценка показателей качества жизни проводилась с помощью опросника MOS SF-36 с использованием результатов по восьми шкалам опросника и подсчетом значений двух интегральных шкал — физического и психического компонентов.

У больных с СД отмечалось значительное снижение показателей качества жизни в сравнении с контрольной группой по всем шкалам опросника MOS SF-36 и обеим суммарным шкалам. Снижение качества жизни у пациентов с ожирением было обусловлено затруднениями в выполнении тяжелых и умеренных нагрузок, передвижения. Пациенты с ожирением достоверно чаще оценивали свое здоровье как плохое и считали себя более склонными к болезням. У пациентов с худшим качеством жизни отмечалось повышение ИМТ и увеличение окружности талии. Оба этих показателя отрицательно коррелировали с суммарным физическим компонентом качества жизни ($r = -0,72$; $p < 0,05$ и $r = -0,54$; $p < 0,05$), с уровнями физического функционирования ($r = -0,68$; $p < 0,05$ и $r = -0,37$; $p < 0,05$) и общего здоровья ($r = -0,58$; $p < 0,05$ и $r = -0,44$; $p < 0,05$). При этом наблюдалось снижение уровня физического функционирования от группы с нормальной массой тела к группе с избытком массы

тела и далее — с ожирением 1-й степени, но в дальнейшем ухудшения качества жизни не наблюдалось. Была установлена достоверная прямая корреляционная связь между значениями ИМТ и уровнем HbA1c ($r = +0,36; p < 0,005$), что подтвердило предположение о влиянии гликемического контроля на ИМТ у больных СД 2 типа. В зависимости от длительности СД 2 типа различалось влияние ожирения на показатели качества жизни. При длительности СД до 10 лет отмечалось значительно большие различия показателей между пациентами с ожирением и без него, у больных СД 2 типа с длительностью заболевания более 10 лет эти различия значительно уменьшались и были недостоверны.

Таким образом, снижение качества жизни при ожирении у больных СД 2 типа связано в наибольшей степени со снижением переносимости физических нагрузок. В то же время снижения ментального компонента качества жизни у больных СД 2 типа при ожирении не наблюдалось. Влияние ожирения на показатели качества жизни более выражено у пациентов с длительностью СД 2 типа до 10 лет. При длительности СД 2 типа более 10 лет показатели качества жизни снижены и мало различаются в зависимости от наличия ожирения. Избыточная масса тела ассоциирована с плохим контролем уровня гликемии.

УДК 615.21:616.89-008.46-0536

ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГКИХ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ, РОЖДЕННЫХ В СЕМЬЯХ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧАЭС

Т. В. Мироненко, Б. О. Федорковская

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: легкие когнитивные расстройства, дисциркуляторная энцефалопатия

Среди неврологических расстройств, наблюдаемых у детей, рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, нередки легкие когнитивные расстройства. В связи с этим вопросы их медикаментозной коррекции являются актуальными.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности использования цераксона в лечении легких когнитивных расстройств у детей ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС на основании результатов психоневрологических исследований, показателей церебральной гемодинамики и биоэлектрической активности головного мозга. Было проведено обследование 40 детей в возрасте 13—19 лет с дисциркуляторной энцефалопатией I ст. (ДЭ). Давность заболевания составила 4—6 лет. В процессе наблюдения были использованы клинико-неврологические, психологические (тесты Шульте, заучивания 10 слов, MMSE), ультразвуковая доплерография экстра- и интракраниальных сосудов (УЗДГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), статистические методы. Цераксон в виде сиропа назначали детям в суточной дозе 1000 мг в год. Контрольную группу составили 20 пациентов с вегетативно-сосудистой дистонией, принимавших традиционную терапию (вегетокорректоры, ноотропы). Клиническая картина ДЭ I ст. включала наряду с легкими когнитивными расстройствами, вегетативные пароксизмальные и перманентные нарушения, цефалгический синдром, церебральную микросимптоматику, признаки диспластического синдрома соединительной ткани со стороны внутренних органов и позвоночника. После лечения цераксоном клиническое улучшение наступило у 72,0 % пациентов. Наблюдалось нивелирование симптомов заболевания: уменьшилась вегетативная дисфункция (73,0 %), головные боли и головокружения (67,0 %), слабость, утомляемость (81,0 %).

Отмечена тенденция к улучшению когнитивных функций, статистически достоверным ($p < 0,05$) было возрастание баллов до $27,92 \pm 1,63$ по шкале MMSE, до $8,09 \pm 1,57$ в секунду заучивания 10 слов, до $61,7 \pm 15,2$ в тесте Шульте. По результатам ЭЭГ после окончания курса лечения цераксоном положительная динамика отмечалась в 56,0 % случаях. Имели место следующие положительные изменения:

уменьшение низкочастотных колебаний (47,0 %), увеличение количества β -волн в лобных отведениях L-активности (41,0 %) и увеличение мощности L-активности в затылочных отведениях. Анализ динамики показателей церебрального кровообращения по данным УЗДГ показал снижение линейной скорости кровотока, уменьшение межполушарной асимметрии кровотока во всех сосудистых бассейнах до лечения. Под влиянием курсового применения цераксона достоверно снижалась исходно повышенная максимальная систолическая частота ($p < 0,05$) в общей и наружной сонных артериях. Кроме того, регистрировалось уменьшение коэффициента асимметрии в среднем на 3,0 % в магистральных артериях головы и на 4,0 % — в интракраниальных артериях.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что цераксон является эффективным препаратом в лечении легких когнитивных расстройств на фоне начальных форм недостаточности мозгового кровообращения у детей, рожденных в семьях ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Улучшение церебральной динамики и электрогенеза головного мозга оказало гармонизирующее влияние на когнитивную деятельность пациентов и способствовало восстановлению их интеллектуальной активности и работоспособности.

УДК 615, 21:616.831-005.1:616.379-008:64.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА МЕМОПЛАНТ-ФОРТЕ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА II

Т. В. Мироненко, М. О. Мироненко

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: мемоплант-форте, ишемический инсульт, сахарный диабет II типа

В настоящем исследовании оценивалась эффективность применения мемопланта-форте на основании исследования психоэмоциональной деятельности, показателей мозгового кровотока у пациентов пожилого возраста, перенесших ишемический инсульт на фоне сахарного диабета II типа.

Было обследовано 36 больных с сахарным диабетом (СД) II, продолжительность СД 4—10 лет, после перенесенного инсульта (ИИ) преимущественно каротидного бассейна в реабилитационном периоде (1—2 года после острого периода). Средний возраст обследуемых (20 женщин и 16 мужчин) составил $63,8 \pm 3,7$ лет. В процессе наблюдения оценивали соматический, неврологический статус, использовали психологические тесты (шкала «SCAG», тест Шульте), нейрофизиологические (ультразвуковая доплерография экстра- и интракраниальных сосудов, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография головного мозга), статистические методы. Пациенты принимали мемоплант-форте 80 мг дважды в сутки в течение двух месяцев по 2 курса в год. Контрольную группу составили 20 человек с атеросклеротической энцефалопатией II ст., которые принимали традиционную терапию (витамины, ноотропы, вазоактивные средства). Клинически картина последствий ИИ преимущественно каротидного бассейна, включала спастико-паретический, психоорганический синдромы, периферические вегетативные расстройства. При сравнительном анализе субъективного состояния и неврологической симптоматики до и после двух курсов использования препарата мемоплант-форте, установлена положительная динамика у пациентов. У 61,0 % больных уменьшилась цефалгия, у 47,0 % — головокружения, у 55,0 % пациентов уменьшились боли в икроножных мышцах, стопах. На фоне проводимой терапии у больных с последствиями ИИ частично регрессировала неврологическая симптоматика в виде снижения степени гемипареза на 1—2 балла (60,0 %), спастичности мышц (53,0 %). Имело место улучшение психических процессов у пациентов после курсового применения мемопланта-форте в виде уменьшения времени при выполнении теста Шульте до 80с (до лечения — 96 с). Под влиянием лечения мемоплантом-форте в инсультальной очагу инсульта среднечастотной артерии (СМА) отмечено