

зультати у пацієнтів молодого віку були нижчими на 15,0 %, у пацієнтів похилого віку — на 40,0 %. Дослідження за методикою Шульте: у пацієнтів молодого віку були в межах норми, а у хворих похилого віку — на 16,6 % нижче норми.

На підставі літературних даних щодо патогенетичного впливу загальної анестезії на стан когнітивної сфери доцільним є додаткове призначення до лікувального комплексу цитиколіну та цитофлавіну. Враховуючи результати отриманого дослідження та літературні дані, нами розроблена метода та отримано Патент на корисну модель № 89336 «Спосіб корекції післяопераційних когнітивних дисфункцій» (2014).

У процесі проведеного дослідження нами отримано такі результати. На 1-шу добу після операції за шкалою MMSE у пацієнтів молодого віку показники знизились на 6,5 % порівняно з передопераційним періодом та відновились на 7-му добу. У хворих похилого віку на 1-шу та 7-му добу показники стали нижчими ще на 16,7 % та майже відновились на 30-ту добу. Показники тесту малювання годинника у пацієнтів молодого віку нормалізувалися на 7-му добу, а у хворих похилого віку вони знизилися ще на 20,0 % на 1-шу добу та на 10,0 % на 7-му добу, з подальшою нормалізацією на 30-ту добу. За шкалою FAB у хворих молодого віку показники відновились до доопераційного рівня на 7-му добу та стали у межах норми на 30-ту добу, у хворих похилого віку майже відновились до доопераційного рівня на 30-ту добу, але були нижче ніж стандартна норма на 22,2 %. За методою А. Р. Лурія пацієнтам на всіх етапах дослідження потрібно було від 6 до 9 повторень, спостерігалось від 2 до 5 помилок залежно від віку. У пацієнтів спостерігалось збільшення кількості помилок та зміна середнього значення ступеня спроможності до праці за результатами таблиць Шульте. У пацієнтів молодого віку показники відновлювались після 7-ї доби, у хворих похилого віку — через 30 днів відрізнялись від доопераційних значень на 11,2 %.

Отримані нами результати дослідження дозволили визначити спосіб корекції. Він включає призначення нейропротекторних препаратів за схемою. Пацієнтам похилого віку за 30 хвилин до закінчення операції, повторно через 12 годин після операції та щоденно протягом 5 днів внутрішньовенно крапельно вводять цитофлавін. Пацієнтам молодого та середнього віку за тією ж схемою вводять цитиколін.

УДК 616.831-005.1-036.8-06: 616.89-008

Дуве Х. В., Шкробот С. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

Оцінка когнітивних функцій у пацієнтів у відновному та резидуальному періодах аневризмального субарахноїдального крововиливу

Дані літератури щодо наслідків аневризмального субарахноїдального крововиливу (аСАК) є фрагментарними і потребують подальших досліджень.

Метою роботи була оцінка когнітивних функцій у хворих в відновному та резидуальному періодах САК за допомогою МоСА-тесту.

Нами було обстежено 40 пацієнтів (30 чоловіків, 10 жінок). Середній вік становив $45,0 \pm 8,74$ роки. Контрольну групу склали 15 здорових людей, репрезентативних за віком та статтю. Відповідно до віку хворі були поділені на групи: молодий вік (15—29 років) — 2 пацієнти (5 %), середній (30—44 роки) — 16 пацієнтів (40 %), зрілий (45—59 років) — 22 пацієнти (55 %). Враховували форму крововиливу: субарахноїдальний крововилив перенесли 15 пацієнтів (37,5 %), субарахноїдально-паренхіматозний — 16 (40 %),

субарахноїдально-вентрикулярний — 5 (12,5 %), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний — 4 (10 %). Ступінь тяжкості крововиливу в гострому періоді оцінювали за шкалою Hunt-Hess: I — мали 7 пацієнтів (17,5 %), II — 17 (42,5 %), III — 12 (30 %), IV — 0, V — 4 (10 %). За рівнем освіти пацієнтів було поділено на такі групи: вища освіта — 16 (40 %), незакінчена вища — 6 (15 %), середня спеціальна — 11 (27,5 %), середня — 7 (17,5 %).

Для оцінення когнітивного функціонування використували Монреальський когнітивний тест (MoCA), який дозволяє оцінити різні когнітивні аспекти. Результат 26 балів і вище розглядають як норму.

Скарги на зниження пам'яті та уваги висловлювали 55 % хворих. Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів з перенесеним САК становив $22,25 \pm 0,65$ бали. Когнітивні порушення різного ступеня вираженості були виявлені у 32 пацієнтів (80 %). Легкий когнітивний дефіцит виявлено у 27 пацієнтів (67,5 %), помірний — у 4 пацієнтів (10 %) та виражений — у 1 хворого (2,5 %).

Під час докладного аналізу результатів шкали MoCA за рубриками з-поміж усіх сфер виявили, що достовірно найбільше постраждали функції уваги ($5,1 \pm 0,20$ проти $5,93 \pm 0,06$ в нормі), мови ($1,65 \pm 0,12$ проти $2,80 \pm 0,10$), пам'яті ($2,17 \pm 0,23$ проти $4,66 \pm 0,15$) та зорово-конструктивних навичок ($2,97 \pm 0,15$ проти $4,86 \pm 0,09$), причому найбільший вплив на загальний результат шкали MoCA мали рубрики зорово-конструктивних навичок та пам'ять ($r = 0,724$, $p = 0,001$ та $r = 0,671$, $p = 0,001$ відповідно).

Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів, що перенесли субарахноїдальний крововилив, був ($24,53 \pm 0,54$), субарахноїдально-паренхіматозний — ($22,43 \pm 0,76$), субарахноїдально-вентрикулярний — ($22,2 \pm 1,15$), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний крововилив — ($13,0 \pm 1,35$). У останній групі постраждало найбільше доменів, причому достовірно нижчими порівняно з пацієнтами інших груп були показники рубрик «увага» та «абстракція».

Результат шкали MoCA у групах пацієнтів з різним ступенем тяжкості крововиливу в дебюті був таким: у хворих з I ступенем тяжкості — $24,85 \pm 0,63$ бали, II — $23,58 \pm 0,49$ бали, III — $21,16 \pm 1,27$ бали, V — $15,25 \pm 2,68$ бали. Отже, із підвищенням ступеня тяжкості крововиливу спостерігалась тенденція до посилення когнітивного дефіциту.

Встановлено залежність показника когнітивного функціонування за шкалою MoCA від ступеня тяжкості крововиливу в дебюті захворювання ($r = -0,643$, $p = 0,001$), а також від форми перенесеного крововиливу ($r = -0,698$, $p = 0,001$). Достовірного зв'язку між показниками MoCA-тесту та віком пацієнтів, статтю, а також освітою встановлено не було.

УДК 618.3-07:616.83

Егоров О. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2 (м. Харків)

Електроенцефалографічне дослідження вагітних після органозберігаючого лікування передрака і початкових стадій рака ендометрія

Сьогодні відзначають тенденцію зростання захворюваності раком ендометрія, що можна пояснити збільшенням середньої тривалості життя і дедалі більшою частотою таких «захворювань цивілізації» як ановуляція, хронічна гіперестрогенія, безпліддя, лейоміома матки й ендометріоз. Поєднання їх з порушеннями ендокринної функції й обміну речовин (ожиріння, цукровий діабет) призводить