

з інсультом потрібні нові міждисциплінарні рішення, зокрема щодо попередження та лікування широкого кола захворювань серцево-судинної системи, перебіг яких ускладнюється порушеннями мозкового кровообігу. Виниклі патофізіологічні процеси призводять до функціонального неврологічного дефіциту та структурних змін головного мозку.

Мета дослідження: вивчити структурні зміни головного мозку у хворих, які зазнали кардіохірургічних втручань.

Методи дослідження: клініко-неврологічні, нейровізуалізаційні (СКТ, МРТ).

Для виконання мети дослідження нами було обстежено 30 хворих, з яких 20 чоловіків, 10 жінок віком від 49 до 75 років (середній вік становив $62,8 \pm 8,5$ роки) з цереброваскулярними порушеннями. Всі обстежені хворі зазнали операції на серці та коронарних судинах, давністю від 1 до 12 місяців. 10 хворим було проведено оперативні втручання в умовах штучного кровообігу. Це були оперативні втручання — аортокоронарне шунтування (АКШ) у 8 хворих, протезування клапанів серця — у 2 хворих. 20 хворим проведені оперативні втручання на працюючому серці, це були 14 хворих, у яких було проведено стентування 1—3 коронарних судин, та 6 хворих з порушеннями ритму на доопераційному етапі з подальшим встановленням кардіостимулятора та проведенням деструкції. На доопераційному етапі обстежували хворі страждали на артеріальну гіпертензію, атеросклероз, фібриляцію передсердь (ФП) (пароксизмальну форму), цукровий діабет II типу (ЦД), ішемічну хворобу серця. КТ, МРТ-дослідження головного мозку проводили не всім обстеженим хворим. Групу порівняння склали 30 хворих відповідного віку з дисциркуляторною енцефалопатією на тлі гіпертонічної хвороби, атеросклерозу та їх сполучення, ФП, ЦД, які перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в ДУ «ІНПН НАМН України».

Усім хворим проведено нейровізуалізаційне обстеження за допомогою СКТ та МРТ (1,5 TESLA). Томографічний аналіз містив загальну візуальну оцінку і кількісні показники. Картина за СКТ-, МРТ-даними у хворих основної групи характеризувалась виявленими ознаками перенесеного інфаркту мозку та змінами лікворовмісних просторів. Спостерігались поодинокі, численні лакунарні інфаркти мозку, в деяких випадках поєднуючись з дифузними змінами (лейкоареозом) та розширенням шлуночкової системи та субарахноїдальних просторів. Оцінка МРТ-даних показала, що у більшості хворих 1 групи з ознаками перенесеного інсульту — 15 (65,2 %) — лакунарні вогнища були численними, незважаючи на відсутність клінічних ознак гострого порушення мозкового кровообігу, що вірогідно свідчить про існування ураження невеликих перфоруючих артерій, при якому перебіг інсульту є «німим», без клінічної маніфестації. У 9 хворих (30 %) виявлені лакунарні вогнища, які супроводжували клінічні ознаки гострого порушення мозкового кровообігу, вогнищеві зміни в неврологічному статусі.

Отже, у хворих основної та контрольної групи виявлені односпрямовані зміни речовини головного мозку та лікворовмісних просторів. Про це свідчить наявність, кількість, розміри вогнищевих змін головного мозку, а також показники лінійних розмірів та індексів шлуночків. В групі хворих з перенесеними операціями на серці та судинах були виявлені більш виражені вогнищеві зміни, а саме — розмір та кількість лакун, більш значущі показники розширення шлуночків та субарахноїдальних просторів, порівняно з хворими контрольної групи. Результати проведеного дослідження показали, що кардіохірургічні втручання становлять мультифакторний ризик виникнення церебральних ускладнень.

УДК 616.858-008.6-079.4+ 616.8-092

*Розова К. В.**, *Маньковська І. М.**, *Гончар О. О.**,
*Древицька Т. І.**, *Коробань І. М.,*** *Карасевич Н. В.***

**Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця
НАН України (м. Київ);*

***ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова
НАМН України» (м. Київ)*

Коригуючий вплив препарату Капікор при експериментальному паркінсонізмі та хворобі Паркінсона

При ротенон-токсичній моделі паркінсонізму (введення статевозрілим щурам-самцям лінії Вістар ($n = 20$) Ротенону — п/ш, щоденно протягом 2-х тижнів в дозі 0,3 мг/100 г маси тіла) встановлені: розвиток мітохондріальної дисфункції (МД) у довгастому мозку — компартментизація 30—40 % мітохондрій (МХ), вказує на «вогнищеву дегенерацію» клітин; набряк та деструкція мієлінових волокон, що є характерною ознакою нейродегенеративної патології. Ультраструктура стріатуму зазнавала менш виражених негативних змін під впливом Ротенону. У міокарді визначали одночасний розвиток вираженої МД та ендотеліальної дисфункції (ЕД) з деструктивними процесами в ендотелії капілярів. Значні, проте менш виражені, порушення ультраструктури МХ та ендотелію спостерігалися в легеневій тканині. Тобто, при паркінсонізмі порушення ультраструктури тканин, розвиток МД та ЕД відбуваються не лише у відділах головного мозку — більш виражено в довгастому мозку, менш — в стріатумі, а й в інших тканинах організму — більш виражено в міокарді, менш — в тканині легень.

Обстежені також пацієнти з хворобою Паркінсона (ХП; $n = 22$) зі стадією ХП за шкалою Хен — Яр (Hoehn M. M., Yahr M. D., 1967) — 3,0, які перебували на базисній терапії левадопавмісними препаратами. Вивчали ультраструктуру тромбоцитів (Т), рівень експресії мРНК гена Паркін та стан про- і антиоксидантної системи плазми крові. Т були представлені переважно зрілими та старими клітинами. В них на 78,5 % була знижена кількість δ -гранул, які містять серотонін, що може свідчити про порушення регуляторних ефектів серотоніну на скоротливу здатність судинної стінки (СЗС). Кількість α -гранул, які беруть участь в процесах згортання крові, в Т була на 96 % вищою, ніж у здорових людей, що вказує на ризик тромбоутворення у пацієнтів з ХП. Виявлені порушення ультраструктури МХ пов'язані з формуванням в Т МД.

Для корекції порушень, при паркінсонізмі застосовували препарат Капікор (К — в/о, щоденно протягом 2-х тижнів в дозі 0,5 мг/100 г маси тіла); К використовували і в комплексному лікуванні пацієнтів з ХП. Під впливом К зменшувалися прояви МД та ЕД: більш помітна нормалізація ультраструктури спостерігалася в тканинах з початково вираженішими пошкодженнями — в довгастому мозку та міокарді. Відбувалася активація морфогенезу МХ — збільшення їх кількості на 20—45 % залежно від досліджуваної тканини; зменшення кількості структурно пошкоджених МХ; зниження гідратації ендотелію. В усіх тканинах виявляли активацію: синтезу фосфоліпідів (особливо в тканині легень) і білка; динамічних процесів в МХ апараті клітин; піноцитозного механізму в клітинах ендотелію. Під впливом К в Т інтенсифікувався морфогенез МХ та їх поздовжня асоціація і формування МХ з дугоподібними кристами, що вказує на збільшення енергетичної потужності МХ. Поліпшувалися морфометричні характеристики Т, які зумовлюють нормалізацію регуляторних ефектів серотоніну щодо СЗС та зменшення ризику тромбоутворення у пацієнтів з ХП. Встановлено понад 18-кратне збільшення рівня експресії мРНК гена Паркін у пацієнтів з ХП після терапії К, що може приводити до підвищення

протеасомного протеолізу і таким способом поліпшувати стан хворих. У пацієнтів з ХП до застосування К в плазмі крові реєстрували збільшення вмісту вторинних продуктів перекисного окислення ліпідів (ТБК-АП) на 76 % на тлі зниження активності антиоксидантного ферменту глутатіон-пероксидази на 16,3 % порівняно зі здоровими особами. Після лікування К інтенсивність оксидативних процесів в крові знижувалася, про що свідчить зменшення вмісту ТБК-АП на 35 % та підвищення активності глутатіон-пероксидази на 11,0 %. Отже, К може ефективно знижувати прояви як ЕД, так і МД, позитивно змінювати експресію мРНК гена Паркін та про- і антиоксидантний баланс плазми крові, впливаючи тим самим на механізми розвитку паркінсонізму та ХП.

УДК 616.831-009.24:612.089

Роцупкина Т. Н., Северин Ю. В.

*Харьковский национальный университет
имени В. Н. Каразина (г. Харьков)*

Современные направления менеджмента пароксизмальных проявлений при алкогольной энцефалопатии

На сегодняшний день в нашей стране наблюдается неблагоприятная тенденция злоупотребления алкогольными спиртными напитками. Чрезмерная алкоголизация населения приводит к неблагоприятным последствиям как для алкогользависимых лиц и их окружения, так и для всего общества в целом — происходит обеднение нравственного и социального личностного уровня и круга жизненных интересов, наблюдается прогрессивный рост тяжелой соматоневрологической симптоматики у пьющей прослойки населения. Злоупотребление спиртными напитками в большинстве случаев продуцирует функциональные и морфологические изменения большинства мозговых структур, к которым в дальнейшем присоединяются органические нарушения в виде алкогольной энцефалопатии (АЭ).

При злоупотреблении алкоголем происходит гибель нейронов головного мозга, что клинически проявляется сложной и разнообразной соматоневрологической симптоматикой и психическими нарушениями. Пароксизмальные расстройства, протекающие в виде церебральных приступов, являются наиболее тяжелыми проявлениями АЭ и отличаются значительным разнообразием клинической картины.

Для лиц с АЭ наиболее характерны токсические эпилептические и неэпилептические припадки, а также гипнические и дисфорические, что ухудшает общую клиническую картину и может даже препятствовать своевременной постановке правильного диагноза. Кроме того, появление даже единичного приступа у пациента с алкогольной зависимостью является прогностически неблагоприятным признаком, который должны знать и учитывать как лечащий врач, так и родственники больного, и он сам.

Основными направлениями менеджмента пациентов с пароксизмальным течением АЭ являются комплексность и длительность лечения пациента с применением препаратов ноотропного ряда, комплексов витаминов группы В, препаратов, улучшающих мозговое кровообращение, транквилизаторов, и антипароксизмальных препаратов, а также мультидисциплинарный подход, включающий совместное ведение пациента наркологом, неврологом и психиатром.

Высокая распространенность алкогольных неврологических расстройств диктует необходимость повышения уровня осведомленности о данной проблеме как среди пациентов и членов их семей, так и среди всего населения. Учитывая, что в нашей стране отмечается неуклонный

рост количества людей, злоупотребляющих алкоголем, необходимо проводить на государственном уровне профилактику АЭ, которая заключается в проведении комплекса социальных, экономических, правовых, административных и медицинских мер борьбы с алкоголизмом.

УДК 616.858-036.22:613.12(23)(477.87)

Сабовчик А. Я., Пулик О. Р.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»;
Закарпатська обласна клінічна лікарня
імені Андрія Новака (м. Ужгород)*

Особенности эпидемиологических показатели хвороби Паркінсона на Закарпатті

Хвороба Паркінсона є одним з найбільш розповсюджених нейродегенеративних захворювань головного мозку, яке зустрічається по всій планеті. У світі нараховується понад 4 млн. людей, які хворіють даною хворобою. Поширеність хвороби Паркінсона в світі становить 100—180 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність 12 випадків на 100 тис. населення в рік.

В Україні поширеність хвороби Паркінсона 2010 року складала 59,6 на 100 тис. населення. В різних регіонах країни поширеність не однакова — від 30,6 на 100 тис. населення в Донецькій області до 122,5 у Вінницькій області.

З огляду на різницю в поширеності захворювання у різних кутках світу, існують припущення, що хвороба Паркінсона залежить від географічної місцевості проживання хворих.

Враховуючи те, що Закарпатська область має особливе географічне розташування, на її території є різні природні ділянки: низовина, передгір'я та гори, ми вирішили провести аналіз поширеності хвороби залежно від ландшафтної зони Закарпаття.

Мета: підвищити ефективність діагностики хвороби Паркінсона, шляхом вивчення епідеміологічних показників в окремих природних зонах Закарпатської області.

Звіти про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу (форма № 12) за 2014 р. надані ОМІАЦ.

В дослідженні використано клініко-епідеміологічний, клініко-неврологічний та статистичний методи.

За даними звітів 2014 року, на диспансерному обліку в Закарпатській області перебувало 685 хворих з хворобою Паркінсона — 339 (49 %) чоловіків та 346 (51 %) жінок, що склало 54,5 випадки на 100 тис. населення. З них вперше виявлені 2014 року — 62 хворих, що становило — 4,9 випадки на 100 тис. населення. Методом прямої стандартизації встановлено, що для Закарпатської області стандартизований показник склав 433,3, який показує, що обсяг охоплення пацієнтів з хворобою Паркінсона в нашій області займає провідне місце по Україні. Аналіз стандартизованого показника в трьох ландшафтних зонах Закарпатської області (гірській, передгірній та низовинній) виявив таке: в низовині він склав 1064,0, в передгір'ї — 897,6, в горах — 3131,0. Отриманий результат може свідчити про те, що, згідно розподілу, найбільша кількість хворих на хворобу Паркінсона зосереджена в гірській місцевості, а поширеність хвороби Паркінсона в низовинній і передгірній ландшафтній зонах разом взятих займає майже в два рази меншу частку.

Диспансерним обліком з приводу хвороби Паркінсона в Закарпатській області охоплена переважна більшість пацієнтів. Виявлена відмінність епідеміологічних показників залежно від ландшафтної зони проживання. Показник поширеності та захворюваності на хворобу Паркінсона є вищим в гірській місцевості.