

**Висновки та перспективи подальших розробок**

1. У більшості - 57 (46,3%) дітей, хворих на ПШГ, виявлена шкірно-суглобова форма захворювання з переважним залученням в патологічний процес гомілково-ступневих суглобів (у 75,95 %), дещо рідше - у 39,8% дітей реєструється шкірна форма.
2. Серед пацієнтів переважає помірно виражений (43,9%) та інтенсивний (45,5%) шкірний висип, який асоціюється з високою активністю та клінічним перебігом ПШГ у дітей.
3. У обстежених нами дітей з ПШГ, переважав II ступінь активності (в 58,5%) при всіх клінічних формах

захворювання.

4. Активність захворювання достовірно корелює з лабораторними маркерами імунно-запальної активності, як ШОЕ, СРП, ЦИК, VEGF, NO, ANCA ( $r_{xy} = +0,19 - 0,63$ ,  $p < 0,05$ ) та підтверджує його складний патогенез.

Перспективними залишаються дослідження залежності клінічних ознак ПШГ у дітей від форми та активності захворювання, оскільки вони не в повній мірі зрозумілі. Вивчення особливостей розвитку ендотеліальної дисфункції при ПШГ та оцінка її проявів в залежності від форми та активності захворювання стане предметом нашого подальшого наукового пошуку.

**Список літератури**

Алексеев Н.А. Гематология и иммунология детского возраста // Н.А. Алексеев // Санки-Петербург. - 2009. - С. 676-678.	лейна-Геноха у детей / Г. А. Лыскина, Г. А. Зиновьева // Педиатрия. - 2010. - № 6. - С. 131 - 136.	кция у больных со стрым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST / И.Л. Уразовская // Креативная кардиология. - 2010. - № 2. - С. 5 - 24.
Бережний В. В. Педиатрия: національний підручник / В. В. Бережний. - Київ, 2013. - 1040 с.	Мазурин В. И. Диффузные болезни соединительной ткани / В. И. Мазурин. - Санкт-Петербург, 2009. - С. 168 - 193.	Parseri V. Direct proinflammatory effect of C-reactive protein on human endothelial cells / V. Parseri, J. Willerson // Circulation. - 2000. - Vol. 102. - P. 2165 - 2168.
Кривошеев О. Г. К вопросу о патогенезе пурпуры Шенлейн-Геноха / О. Г. Кривошеев // Врач. - 2005. - № 5. - С. 17-19.	Третьякова О. С. Пурпура Шенлейн-Геноха у детей: клинико-диагностические подходы / О. С. Третьякова // Дитячий лікар. - 2011. - № 5. - С. 8 - 15.	Saulsbury F.T. Henoch-Schonlein purpura in children: report of 100 patients and a review of the literature / F.T. Saulsbury // Medicine. - 2012. - Vol.78. - P.395 - 409.
Лыскина Г. А. Некоторые аспекты развития, течения и лечения болезни Шен-	Уразовская И.Л. Эндотелиальная дисфунк-	

*Дудник В.М., Король Т.Г.*

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПУРПУРЫ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ И АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Резюме.** *Нами было комплексно обследовано 123 ребенка, больных ПШГ в возрасте от 1 до 18 лет, в которых были определены клинические формы и степень активности заболевания. Выявлено, что рост активности заболевания ассоциируется с тяжелой клинической формой и течением ПШГ. Установлено, что активность заболевания достоверно коррелирует с лабораторными маркерами иммуно-воспалительной активности, такими, как СОЭ, СРП, ЦИК, VEGF, NO, ANCA.*

**Ключевые слова:** *пурпура Шенлейна-Геноха, клинические формы, активность заболевания, дети.*

*Dudnyk V.M., Korol T.G.*

**ESTIMATION OF THE CLINICAL PECULIARITIES OF THE SHENLEN-HENOCH IN CHILDREN WITH DIFFERENT FORM AND ACTIVITY OF THE DISEASE**

**Summary.** *We checked 123 children with SHP in the age of 1 up to 18 years with estimated clinical forms and degrees of activity of the disease. We found that the increasing of the activity of the disease was associated with severe clinical form of the SHP. We as well estimated that activity of the disease was correlated with laboratory markers of immune-inflammatory activity, such as ESR, CRP, CIC, VEGF, NO, ANCA.*

**Key words:** *purple Shenlen-Henoch, clinical peculiarities, children.*

*Стаття надійшла до редакції 31.03.2014 р.*

*Дудник В.М.* - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 744-91-48; dudnykv@mail.ru

*Король Т.Г.* - лікар-гематолог, Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня; +38 067 464-86-17; tanya.korol.75@mail.ru

© Лисунець О.В.

УДК: 616.36.008.5-053.31

**Лисунець О.В.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики дитячих захворювань і догляду за хворими дітьми (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

**НЕОНАТАЛЬНА ЖОВТЯНИЦЯ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

**Резюме.** *В статті наведені клініко-анамнестичні особливості перебігу затяжних неонатальних жовтяниць у немовлят в терміні гестації 35-40 тижнів. Визначені значущі клінічні детермінанти, що сприяють порушенню хиткої рівноваги транзитор-*

них станів періоду новонародженості. Відображено зміни в органах і системах, які асоціюються із жовтяницею новонароджених дітей.

**Ключові слова:** неонатальна жовтяниця, клінічне мислення, сімейний лікар, новонароджені діти.

## Вступ

Згідно зі схемою періодизації дитячого віку неонатальний період є одним з найкоротших відтинків позаутробного етапу розвитку дитини, однак, саме у цьому віці функціональна недосконалість та нестійка рівновага органів і систем зумовлюють у немовлят розвиток великої кількості станів, що вимагають диференціації між фізіологією і патологією періоду новонародженості та вибору тактики спостереження [Шабалов, 2006; Шунько, Костюк, 2013]. Враховуючи особливості роботи лікаря загальної практики із дитячими контингентами в умовах достатньо невисокої санітарної культури і обізнаності батьків та, навіть, певної байдужості до стану здоров'я новонародженої дитини, оскільки остання веде достатньо не надокучливий спосіб існування: сон 20-22 годин і 2-4 години бадьорості та харчування, залишається актуальною проблема диференціально-діагностичного пошуку маркерів оцінки загального стану новонароджених немовлят та потреби у медикаментозному втручанні [Знаменська, Куріліна, 2003; Бельська, Зайцева, 2011; Сергета, 2011].

Разом з тим, аналіз роботи відділення патології новонароджених міської дитячої лікарні показав, що в структурі захворюваності чільне місце посідають неонатальні жовтяниці. При цьому, частка дітей, що госпіталізується до відділення у віці 21-30 днів не поступається частці дітей, котрі переведені із пологових стаціонарів з ознаками "небезпечної жовтяниці" згідно з критеріями ВООЗ [Сутулина, 2003; Анастасевич, Сімонова, 2006; Бобро, Пасієшвілі, 2006; Плеханова, 2012]. У таких "домашніх" дітей за результатами додаткових методів обстеження на тлі неонатальної жовтяниці достатньо часто діагностуються проблеми грудного вигодовування, білково-енергетична недостатність, симптоми ураження центральної нервової системи, притаманні для підгострого та періоду відновлення із вегето-вісцеральними розладами.

Метою дослідження було визначення несприятливих чинників перебігу неонатальної жовтяниці на підставі ретельного аналізу даних анамнезів життя і хвороби та об'єктивного і додаткового лабораторно-інструментального обстеження.

## Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети у основну групу спостереження було відібрано 96 немовлят віком 21-32 днів, які госпіталізувалися до відділення патології новонароджених міської лікарні "Центр матері і дитини" м. Вінниці із амбулаторного прийому сімейних лікарів, вузьких спеціалістів, каретою швидкої допомоги та за самозверненням. Критеріями включення у дослідження були: термін гестації 35-40 тижнів, відсутність вроджених вад розвитку, спадкових захворювань, рівень

загального білірубину понад 200 мкмоль/л, визначений за методом Єндрашика. Критеріями виключення були: гемолітична жовтяниця за резус фактором і груповою несумісністю, термін гестації до 35 тижнів.

На етапі перебування дітей на стаціонарному лікуванні було проведено комплекс діагностично-лікувальних заходів відповідно до клінічного протоколу надання допомоги дітям із жовтяницями новонароджених № 255 від 27.04.2006 р.

Також проводилося дослідження фагоцитарної активності нейтрофілів та фагоцитарного числа. Дані дослідження виконувалися за допомогою суспензії пекарських дріжджів НВЛ "Гранум" (м. Харків). Попередньо гепаринизовану венозну кров об'ємом 2 мл центрифугували 10 хв при 1000 обертів за 1 хв. У пробірку з 200 мкл 0,5 % суспензії пекарських дріжджів додавали 400 мкл суспензії відмитих лейкоцитів і залишали у термостаті на 1 год при 37°C. Після цього у пробірку додавали 5 мл підігрітого до 37°C фізіологічного розчину і центрифугували 10 хв при 1500 обертів за 1 хв. Далі готували мазки з лейкоцитарної суспензії і фарбували їх за Романовським-Гімза. Підрахунок фагоцитарного числа (середньої кількості дріжджових часточок, поглинутих одним активним нейтрофілом) і фагоцитарної активності (відсотка фагоцитів у загальній кількості підрахованих нейтрофілів) здійснювали під мікроскопом в імерсійній системі [Базарний і др., 1999].

Проводився аналіз даних нейросонографії: порушення ехошільності у навколошлуночкових зонах зі збереженням форми і розмірів лікворних просторів, збіднення малюнку звивин і щілин [Мизгіна, Цвіренко, 2001; Аронскинд і др., 2006; Марквальд і др., 2006]. Нейросонографію виконували за допомогою діагностичної системи Philips HDI-4000 (США) за клінічними показаннями.

Розміри тимуса вимірювали за допомогою ультразвукового сканера Siemens Sonoline Adara з використанням конвексного (5 МГц) і лінійного (7,5-10 МГц) датчиків. Обраховували лінійні параметри тимуса - ширину, довжину і передньо-задній розмір - і визначали об'єм залози у розрахунку на одиницю маси тіла немовляти [Казмирчук, Мальцев, 2010].

Для обробки отриманих результатів використовували методи описової і порівняльної статистики. Обчислюючи статистичні величини, вираховували середні арифметичні величини (M), середні квадратичні відхилення (δ), середню похибку середньої (m) та відносної величини, медіану [верхній і нижній квантилі]. Результати вимірювань представлено як середне ± стандартне відхилення або медіана [верхній і нижній квантилі]. Відмінність показників уважали вірогідною за умови, якщо p < 0,05. Статистичну обробку результатів викона-

но на персональному комп'ютері за допомогою програми Microsoft Office Excel - 2007.

**Результати. Обговорення**

Середній вік дітей на момент госпіталізації був 24,5±2,5 дні. Частка дівчаток серед дітей групи спостереження склала 45,8% (44), хлопчиків - 54,2% (52). Структура досліджуваної групи за гестаційним віком при народженні була наступною: 57 дітей народилися в терміні гестації 38-40 тижнів, 27 дітей - у терміні 36-37 тиж, 12 немовлят - у терміні 35-36, (р 0,05) (рис. 1).

Всі діти виписувалися додому протягом 3-5 дб після народження відповідно до критеріїв виписки із пологового будинку згідно наказів №152 від 04.04.2005 р. та № 584 від 29.08.2006 р. та перебували на вільному грудному вигодовуванні.

Маса тіла при народженні у досліджуваних немовлят коливалася в межах від 2400 до 3500 г, при чому, частка дітей з малою масою тіла при народженні склала 8,3% (8), частка дітей із масою тіла від 2500 г до 3000 г склала 39,6% (38) і діти із масою тіла в межах 3000-3500 г склали майже половину вибірки - 52,1% (50), (р 0,05) (рис. 2).

За даними перинатального та акушерського анамнезу було встановлено, що оцінку за шкалою Апгар 6-7 балів на 1-й - 5-й хвилині життя мали 5 дітей (5,2%), 7-8 балів 12 (12,5%) та 8-9 балів 64 дитини (66,7%), (р 0,05) (рис. 3).

Було встановлено, що реанімаційні заходи у пологовій залі проводилися згідно із наказом №312 від 08.06.2007 р., відповідно: тактильної стимуляції потребувало 33,3% немовлят (32), санації верхніх дихальних шляхів - 56,3% (54) та оксигенотерапії - 10,4% (10), (р 0,05). Також виявлені фактори перинатального ризику у немовлят на тлі неонатальної жовтяниці: антенатальна загибель плода в анамнезі у породіллі 16,6 % [ДІ: 5,9-32,7 %], слабкість пологової діяльності 27,1% [ДІ: 13,1-44,5 %], анемія вагітних 39,6 % [ДІ: 17,6-64,8 %], загроза переривання вагітності 31,3 % [ДІ: 11,8-56,8 %], передчасні пологи 12,5 % [ДІ: 0,79-20,7 %], пологорозрішення шляхом кесарського розтину 6,3 % [ДІ: 0,71-18,7 %] (р 0,05) [AAP, 1994; AAP, 1997; Шунько, 2002].

Після виписки із пологового стаціонару під час перебування новонароджених вдома на 1,5-2,5 тижнях життя значущими чинниками, однак, недостатньо оціненими виявилися наступні клінічні детермінанти: вільне грудне вигодовування без проведення контрольного годування або щотижневого моніторингу динаміки маси тіла (100%); відсутність контролю за кількісними та якісними змінами випорожень у немовлят (схильність до закрепів) (92,7%); відсутність контролю за об'ємом, кратністю, якісними показниками сечовиділення (майже сухі памперси) (35,4%); функціональні гастроінтестинальні розлади (81,3%); малоемоційна, спокійна дитини (46,9%); гіперестезія, здригання, тремор підборіддя на тлі плачу (10,4%).

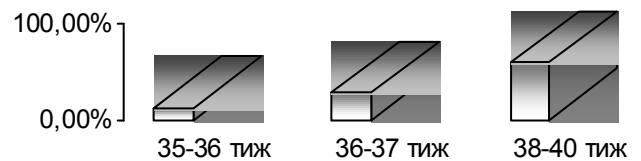


Рис. 1. Структура досліджуваної групи за гестаційним віком.

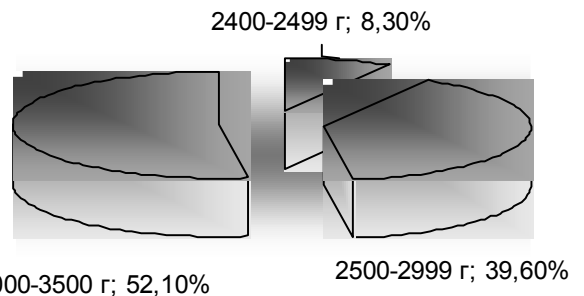


Рис. 2. Структура досліджуваної групи за даними антропометрії.

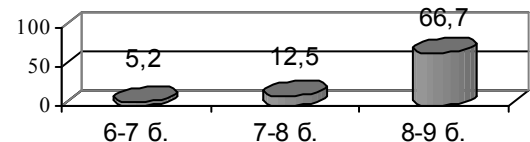


Рис. 3. Структура досліджуваної групи за оцінкою по шкалі Апгар.

Таблиця 1. Біохімічні показники немовлят на тлі неонатальної жовтяниці у віці 24,5±2,5 дні (M±m).

Показник	Значення
Білірубін загальний, мкмоль/л	298±28,9
Білірубін прямий, мкмоль/л	81,7±15,4
Білірубін непрямий, мкмоль/л	245,2±13,5
АлТ, ммоль/л/год	1,8±0,9
АсТ, ммоль/л/год	1,9±0,7
Загальний білок, г/л	41±1,5

На момент госпіталізації у немовлят було виявлено зрушення біохімічних показників крові, котрі асоціюються із синдромом жовтяниці та вказують порушення функцій з боку внутрішніх органів (таблиця 1).

Дослідження фагоцитарної активності та фагоцитарного числа у цей період також засвідчили наявність якісної неповноцінності гранулоцитів у немовлят з основного клінічного масиву порівняно з здоровими ровесниками: показники фагоцитарної активності та фагоцитарного числа були достовірно нижчими, ніж у здорових дітей (відповідно 44,8±4,2 % проти 75,0±6,3 %; р 0,05 і 2,5±0,5 проти 5,0±1,4; р 0,05). Таким чином, період новонародженості на тлі неонатальної жовтяниці, окрім відхилень у біохімічних константах, протікає на фоні фагоцитарної недостатності, що визначає формування механізмів імунної відповіді і робить дітей вразливими, серед іншого, до інфекційних агентів.

При ультразвуковому дослідженні головного мозку

встановлено ознаки порушення ехоцильності у навколошлуночкових зонах зі збереженням форми і розмірів лікворних просторів, збіднення малюнку звивин і щілин у 7 немовлят (7,3%).

Ультрасонографія тимуса є інформативним неінвазивним методом контролю постнатальних змін клітинної ланки імунітету. У немовлят з основного клінічного масиву питома вага тимуса становила  $2,77 \pm 0,09$  мм<sup>3</sup>/кг, а у здорових дітей -  $2,2 \pm 0,09$  мм<sup>3</sup>/кг, (р 0,05).

Таким чином, окрім затяжної неонатальної жовтяниці немовлята мають ширший спектр проблем: біохімічні зрушення, фагоцитарна недостатність та неповноцінність антигенної презинтації, котрі вимагають корекції і спостереження у подальшому. Також значущими для цього контингенту дітей є особливості клітинної ланки імунного захисту та неврологічний статус, котрі, безперечно, відображаються на загальному стані малюків.

Відтак, період новонародженості асоціюється із великою кількістю змін практично у всіх органах і системах, тому межа між транзиторним перехідним станом та формуванням патології є хиткою і завдання спеціаліста першого контакту - сімейного лікаря вміти віддиференціювати патологію від фізіології новонароджених. Ретельне вивчення клініко-анамнестичних даних дозволить вчасно скеровувати немовлят із жовтяницею на потрібний етап надання медичної допомоги та конт-

ролювати показники малюкової захворюваності.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Оцінка грудного вигодовування і динаміки відновлення маси тіла дає можливість попередити розвиток білково-енергетичної недостатності у новонароджених на амбулаторному етапі спостереження.

2. Контроль характеру та частоти випорожнень убезпечує виникнення занедбаних випадків недогодовування немовлят та дозволяє ефективно впливати на динаміку зменшення рівня білірубінемії.

3. Налагодження питтєвого режиму та режиму годування, вчасна корекція неврологічного статусу дають можливість контролювати рівень білірубінемії близько до фізіологічних меж.

4. Значущими чинниками, котрі супроводжували затяжний перебіг жовтяниці, були фактори перинатального анамнезу: хронічна внутрішньоутробна гіпоксія, медикаментозний супровід пологової діяльності, низька оцінка за шкалою Апгар.

Перспектива подальших досліджень скерована на убезпечення перинатального анамнезу та пошук методів і засобів корекції білірубінемії у комплексі заходів виходжування і догляду за новонародженими дітьми з урахуванням можливої супутньої перинатальної та неонатальної патології.

### Список літератури

- Анастасевич Л.А. Желтухи у новонароджених / Л.А. Анастасевич, Л.В. Симоннова // Лечащий врач. - 2006. - № 10. - С. 66-71.
- Аронскинд Е.В. Клинико-нейросонографические характеристики формирования перивентрикулярной лейкомаляции у недоношенных детей / Е.В. Аронскинд, О.П. Ковтун, В.Н. Шершнева // Росс. вестник перинатологии и педиатрии. - 2006. - № 5. - С. 22-24.
- Базарный В.В. Оценка лейкоцитарной реакции: значение в современных лечебно-диагностических технологиях / В.В. Базарный, А.Л. Левит, Н.К. Левчик // Клини. лабораторная диагностика. - 1999. - № 10. - С. 24.
- Бельская Г.Н. Оптимизация амбулаторно-поликлинического этапа диспансерного наблюдения детей раннего возраста, перенесших критическое состояние в раннем неонатальном периоде / Г.Н. Бельская, И.Н. Зайцева // Педиатрия. - 2011. - Т.90, № 5. - С. 154-159.
- Бобро Л.Н. Этапы диагностического поиска при синдроме желтухи / Л.Н. Бобро, Л.М. Пасиешвили // Сучасна гастроентерологія. - 2006. - № 3(29). - С. 81-90.
- Знаменська Т.К. Сучасні аспекти виходжування недоношених новонароджених / Т.К. Знаменська, Т.В. Куріліна // Журнал практичного лікаря: спеціалізоване інформаційне видання. - 2003. - № 6. - С. 27-31.
- Казмирчук В.Е. Пособие по клинической иммунологии для практических врачей / В.Е. Казмирчук, Д.В. Мальцев. - К.: 2010. - 328 с.
- Марквальд И.А. Ультразвуковое исследование головного мозга у новорожденных детей (нейросонография) / И.А. Марквальд, Е.А. Зубарева, А.Р. Зубарев // Чебоксары, 2006. - с. 40.
- Мизгіна В.І. Клініко-нейросонографічне обстеження недоношених новонароджених з пролонгованою гіпербілірубінемією / В.І. Мизгіна, С.М. Цвіренко // Профілактика, діагностика і корекція вроджених вад розвитку у новонароджених: наук.-практ. конф.: матеріали. - К., 2001. - С. 33.
- Плеханова Т. Затяжная желтуха у новорожденного ребенка: от клинического синдрома к диагнозу / Т. Плеханова // З турботою про дитину. - 2012. - № 2 (29). - С. 26-30.
- Сергета Д.П. Комплексна оцінка морфофункціонального стану організму новонароджених дітей на підставі використання процедур факторного аналізу / Д.П. Сергета // Педіатрія, акушерство та гінекологія: мат. VII конгресу педіатрів України. - 2011. - № 4. - С. 135-136.
- Сугулина І.М. Желтухи у детей первых месяцев жизни / И.М. Сугулина // Мать и дитя в Кузбассе. - 2003. - № 4(15). - С. 11-14.
- Шабалов Н.П. Неонатология / Н.П. Шабалов. - М.: Медпрес-инфо, 2006. - 607 с.
- Шуцько Є.Є. Перехідні (транзиторні, рубіжні) стани у новонароджених, необхідність медичних втручань / Є.Є. Шуцько, О.О. Костюк // Педіатрія: нац. підручник за редакцією В.В. Бережного. - Київ, 2013. - С. 21-39.
- Шуцько Є.Є. Фактори перинатального ризику і актуальні питання сучасної неонатології // Медичний всесвіт. - 2002. - Т.2, № 1-2. - С. 106-110.

*Лисунец О.В.*

### НЕОНАТАЛЬНАЯ ЖЕЛТУХА В ПРАКТИКЕ СИМЕЙНОГО ДОКТОРА

**Резюме.** В статье приведены клинико-анамнестические особенности хода затяжных неонатальных желтух у младенцев в сроке гестации 35-40 недель. Определены значимые клинические детерминанты, которые способствуют нарушению

шаткого равновесия транзиторных состояний периода новорожденности. Отображены изменения в органах и системах, которые ассоциируются с желтухой новорожденных детей.

**Ключевые слова:** неонатальная желтуха, клиническое мышление, семейный доктор, новорожденные дети.

*Lysunets O.V.*

### NEONATAL BILIOUSNESS IN FAMILY PHYSICIAN'S PRACTICE

**Summary.** *In the article clinico-anamnestic peculiarities of run of long-lasting neonatal biliousness of newborns with a period of gestation of 35-40 weeks have been presented. The important clinical determinants that influence on precarious balance of transitory states of neonatal period have been determined. The changes in organs and systems associating with biliousness of newborns have been displayed.*

**Key words:** *neonatal biliousness, clinical thought, a family physician, newborns.*

Стаття надійшла до редакції 27.03.2014 р.

Лисунець Оксана Василівна - кандидат мед. наук, асистент кафедри пропедевтики дитячих захворювань і догляду за хворими дітьми Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова; +38 098 455-29-38; lysunets@mail.ru

---

© Смолко Д.Г.

УДК: 616.89-008.19-053.9

*Смолко Д.Г.*

Кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 109, м. Вінниця, Україна, 21005)

## ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ТА СОМАТИЧНА КОМОРБІДНІСТЬ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЮ ІШЕМІЄЮ

---

**Резюме.** *З метою дослідження ризику розвитку депресивних розладів у хворих з хронічною церебральною ішемією з соматичними супутніми захворюваннями і без таких, нами було обстежено 325 хворих (середній вік 59,2±8,6 років). Наявність соматичних коморбідних захворювань асоціюється з підвищеним ризиком депресивних розладів у хворих з хронічною церебральною ішемією, проте, вірогідність діагностування депресії та її лікування є вищою у хворих з соматичною супутньою патологією, ніж без такої.*

**Ключові слова:** *хронічна церебральна ішемія, депресія, соматична коморбідність.*

---

### Вступ

В Україні, як і в усьому світі зростає поширеність нейродегенеративних захворювань, які призводять не лише до порушення когнітивних та рухових функцій, але й до розвитку депресії [Huang et al., 2011; Winter et al., 2011]. Поширеність депресій серед населення старших вікових груп становить, за даними різних дослідників, від 9 до 30%. При цьому, за результатами дослідження The epidemiologic study of the elderly (EPESE) поєднання трьох і більше судинних факторів ризику достовірно підвищує ризик розвитку депресивної симптоматики [Zimmerman et al., 2009].

Крім зниження якості життя [Winter et al., 2010], депресія має інші негативні наслідки, зокрема, наявність депресивних симптомів майже вдвічі підвищує ризик розвитку когнітивних порушень у людей похилого віку [Panza et al., 2008; Rosenberg et al., 2010]. Незважаючи на визнану поширеність і негативний вплив депресії у хворих з цереброваскулярною патологією, її часто розглядають як реакцію на наявність хронічного захворювання і це, в свою чергу, призводить до недостатньої діагностики та лікування депресії у таких пацієнтів.

Серед населення старших вікових категорій є поширеними також і соматичні супутні захворювання, багато з яких підвищують ризик розвитку депресії. Так, у США серед пацієнтів віком  $\geq 65$  років від 55 до 80% мають  $\geq 2$  захворювання із хронічним перебігом

[Marengoni et al., 2011], а за результатами дослідження D. Campbell-Scherer (2010) поширеність коморбідних станів становить 93% у пацієнтів середнього віку і 98% - у пацієнтів похилого віку [Campbell-Scherer, 2010].

На теперішній час про вплив коморбідності на ризик розвитку депресії у хворих з хронічною ішемією головного мозку та її вплив на результати лікування депресивних розладів відомо мало.

Мета роботи - встановити вплив соматичних коморбідних захворювань на ризик розвитку депресії, а також вірогідність встановлення діагнозу депресивних розладів та їх лікування у хворих з хронічною церебральною ішемією.

### Матеріали та методи

Обстежено 325 (167 чоловіків, 158 жінок) хворих із хронічною церебральною ішемією (атеросклеротичною, гіпертонічною, дисметаболічною), котрі спостерігались і лікувались у КЗ "Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О.І. Ющенка". Вік пацієнтів коливався від 55 до 76 років (середній вік - 59,2±8,6 років;  $M\pm StD$ ). Медіана віку склала 61,5 роки. Критеріями включення в дослідження слугували: 1) наявність клінічних ознак ХІМ [Гусев и др., 2009]; 2) наявність лакунарних та/або територіальних інфарктів або дифузних змін білої речовини (лейкоареозу) на МРТ; 3) оцін-