

declined? Part I. / V. Sopik, J. Iqbal, B. Rosen, S.A. Narod // Incidence. Gynecol Oncol. - 2015. - Vol. 138 (3). - P. 741-

9.
10. Weiderpass E, Botteri E. Ovarian cancer mortality trends: which factors are

involved? / E. Weiderpass, E. Botteri // Ann. Oncol. - 2016. - Vol. 27 (11). - P. 1977-1978.

Рибін А.І., Свінцицький В.С.

ДИНАМІКА ВИЖИВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЯЄЧНИКІВ III-IV СТУПЕНЯ

Резюме. Метою дослідження була динаміка виживання хворих на рак яєчників. Дослідження проведене на базі ООД (м. Одеса) протягом 2010 - 2015 рр. Було обстежено 350 пацієнок з аденокарциномою яєчників III-IV стадії, яким було виконано циторедуктивні операції. Середній вік хворих склав $55,3 \pm 3,9$ років. У вибірці переважали хворі з IIIС стадією - у середньому їх було 64,9% у загальній вибірці. Показано, що впровадження патогенетично обґрунтованих схем комплексної медикаментозної терапії з урахуванням ступеня платинорезистентності дозволяє суттєво подовжити термін виживання пацієнок з раком яєчника. Застосування патогенетично обґрунтованої терапії, що враховує фармакогенетичні особливості, дозволяє суттєво покращити результати лікування (до $33,1 \pm 1,4$ місяців у пацієнтів з ймовірною платинорезистентністю та до $36,8 \pm 1,9$ місяців у платиночувливих випадках). При ймовірній платинорезистентності доцільно на фоні стандартної терапії першої лінії застосовувати медикаментозну корекцію дизрегуляторних порушень (донатори оксиду азота, детоксиканти, антиурикемічні засоби). При прогнозованій платиночувливості стандартна терапія першої лінії може бути доповнена засобами, які покращують переносимість терапії, але використання медикаментозної корекції дезрегуляторних порушень є недоцільним.

Ключові слова: рак яєчників, виживання, лікування.

Рыбин А.И., Свинцицкий В.С.

ДИНАМИКА ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯИЧНИКОВ III-IV СТЕПЕНИ

Резюме. Целью исследования была динамика выживания больных раком яичников. Исследование проведено на базе ООД (г. Одесса) в течение 2010 - 2015. Было обследовано 350 пациенток с аденокарциномой яичников III-IV стадии, которым были выполнены циторедуктивные операции. Средний возраст больных составил $55,3 \pm 3,9$ лет. В выборке преобладали больные с IIIС стадией - в среднем их было 64,9% в общей выборке. Показано, что внедрение патогенетически обоснованных схем комплексной медикаментозной терапии с учетом степени платинорезистентности позволяет существенно удлинить срок выживания пациенток с раком яичника. Применение патогенетически обоснованной терапии, учитывающей фармакогенетические особенности, позволяет существенно улучшить результаты лечения (до $33,1 \pm 1,4$ месяцев у пациенток с вероятной платинорезистентностью и до $36,8 \pm 1,9$ месяцев в платиночувствительных случаях). При вероятной платинорезистентности целесообразно на фоне стандартной терапии первой линии применять медикаментозную коррекцию дизрегуляторных нарушений (донаторы оксида азота, детоксиканты, антиурикемические средства). При прогнозируемой платиночувствительности стандартная терапия первой линии может быть дополнена средствами, которые улучшают переносимость терапии, но использование медикаментозной коррекции дезрегуляторных нарушений нецелесообразно.

Ключевые слова: рак яичников, выживание, лечение.

Reviewer - prof., MD Chetveryakov S.G.

Received 05.11.2016

Рибін Андрій Ігоревич - к.м.н., доцент кафедри онкології ОНМУ; +38(067)7852549; andrey_rybin@inbox.ru

Свінцицький Валентин Станіславович - д.мед.н., пров. наук. спів роб. відділу онкогінекології Національного інституту раку; +38(050)3874433; andrey_rybin@inbox.ru

© Старинець Н.Г., Старинець Г.О.

УДК: 616.832-004.21:616.89-008.454/.484

Старинець Н.Г., Старинець Г.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра неврології та нейрохірургії ФПО (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ДИСФОРІЧНІ ТА АПАТИЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ НА МНОЖИННИЙ СКЛЕРОЗ

Резюме. Обстежено стаціонарно 210 пацієнтів із множинним склерозом на базі неврологічного відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні. Синдром дисфорії та апатії діагностовано по 3,55% відповідно. Дисфорії пов'язані із статтю (чоловіча), рівнем освіти (низький), місцем проживання (сільська місцевість) та ступенем інвалідизації EDSS (середній). Соціодемографічні показники та ступень інвалідизації EDSS не впливають на апатичні прояви.

Ключові слова: множинний склероз, дисфорія, апатія, коваріаційний аналіз.

Вступ

Множинний склероз (МС) як одне з поширених неврологічних захворювань є прикладом міждисциплінарної проблеми, оскільки наявність у частини хворих психіатричної коморбідності потребує всебічної оцінки стану

пацієнта не тільки неврологом, але і психіатром та психологом.

Літературні дані щодо поширеності психічних порушень при МС, стосуються емоційних, когнітивних, по-

ведінкових проявів [5]. В той же час літературні дані свідчать про поліморфізм емоційних розладів при даній патології [4]. Найбільш поширеними психопатологічними станами при МС є депресивні (60%) [5, 2], тривожні розлади (34% - 90%) [1, 7], рідше присутні ейфорія та гіпоманії [10].

Асоціацію між МС та дисфорією до недавнього часу розглядали як рідкісну, що дозволяє пояснити нечисельність досліджень присвяченій цій темі. Так, дисфоричні та апатичні стани мають невелику питому вагу при МС і тому залишаються маловивченими, але становлять інтерес з ряду причин. Ці стани можуть слугувати причиною появи конфліктних ситуацій, утруднювати адаптацію пацієнтів. Нещодавно апатія була визначена серед поведінкових розладів при МС [3, 11].

Мета - дослідити поширеність, структуру дисфорій та апатичних станів у хворих на МС залежно від демографічних, соціальних показників, ступеня інвалідізації EDSS.

Матеріали та методи

На базі неврологічного відділення Вінницької обласної психо-неврологічної лікарні для обстеження нами було відібрано 210 пацієнтів з МС (126 жінок та 84 чоловіки) віком від 19 до 58 років, середній вік склав $37,9 \pm 5,85$ років.

Всім пацієнтам проводили клініко-неврологічне дослідження й психологічне тестування.

Клініко-неврологічне дослідження включало встановлення важкості стану хворих за шкалою ступеня інвалідізації J. Kurtzke EDSS (Expanded Disability Status Scale) [8].

Психологічне тестування включало: коротку шкалу оцінки психічного статусу (MMSE) [6], оцінку особливостей особистості за допомогою Міннесотського багатопрофільного опитувальника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory / MMPI), шкалу депресії Бека, шкалу самооцінки рівня тривожності Спілбергер-Ханіна.

Статистична обробка результатів дослідження проводилась за допомогою сучасного математичного багатомірно-статистичного аналізу.

Критеріями включення в дослідження були пацієнти з відсутністю порушень когнітивних функцій (MMSE 26-30 балів), пацієнти без психопатологічних розладів, епілептичних нападів та черепно-мозкової травми в анамнезі.

Діагноз захворювання встановлений згідно критеріям McDonald, 2005 [9].

Результати. Обговорення

Аналіз результатів дослідження встановив, що серед 210 обстежених хворих мешканців міста було $53,85 \pm 3,85\%$, села - $46,15 \pm 3,85\%$. За рівнем освіти: з середнім - $11,8 \pm 2,49\%$, середньо-спеціальним - $63,31 \pm 3,72\%$, вищим - $24,86 \pm 3,33\%$.

За професійним станом хворі розподілялись наступним чином: працівники - $13,61 \pm 2,55\%$, безробітні -

$9,47 \pm 2,26\%$, працюючі інваліди $20,71 \pm 3,13\%$, інваліди на утриманні - $56,21 \pm 3,83\%$.

За сімейним станом: холості - $18,93 \pm 3,02\%$, у шлюбі - $59,17 \pm 3,79\%$, розлучені - $17,75 \pm 2,95\%$, вдова/вдовець - $4,14 \pm 1,54\%$. За проживанням: у сім'ї - $77,52 \pm 3,22\%$, самотні - $22,49 \pm 3,22\%$.

За шкалою EDSS із легким ступенем інвалідізації було $29,0 \pm 6,27\%$; з середнім - $52,66 \pm 11,62\%$; з тяжким - $18,3 \pm 5,58\%$ пацієнтів.

Аналізуючи результати дослідження встановлено, що серед широкого спектру емоційних порушень, таких як депресивний, тривожний, гіпоманіакальний синдроми, дисфоричні та апатичні стани виявлені по $3,55\%$ відповідно.

Дисфоричний стан представляє собою досить поліморфний синдром, що включає розлади емоцій та поведінки, діапазон яких досить широкий - від вербальної агресії, невдоволення, конфліктності, дратівливості та люті до психомоторного збудження. Ці стани виникають спонтанно, безпричинно. Клінічно у хворих спостерігалась роздратованість, злобність, запальність, гнівливість, незадоволеність як собою, так і оточуючим, іноді відмічались спалахи гніву та агресії.

У профілі особистості тесту MMPI характерні високі показники по шкалам 6 (паранояльності), 8 (шизоїдності) та 9 (гіпоманії), що свідчить про втрату контролю поведінки та наявність агресії.

Характерно, що дисфорії мали місце лише у чоловіків, мешканців сільської місцевості, які мали низький рівень освіти та середній ступень інвалідізації EDSS (4,0 до 6,0 балів).

Апатія визначається як відсутність мотивації. У $3,55\%$ обстежених пацієнтів спостерігався апатичний синдром, головною ознакою якого була втрата інтересу до всього оточуючого, близьких людей, свого майбутнього, зниження рівня спонукань. Профіль особистості тесту MMPI характеризувався піком по 0 шкалі (шизоїдність) та зниження по 9 (гіпоманії) шкалі.

Апатичний синдром не корелював зі статтю (виявився рівномірно як у чоловіків, так і у жінок), рівня освіти пацієнтів, місця проживання та ступеня EDSS.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Встановлений в нашому дослідженні невисокий відсоток як дисфоричних, так і апатичних станів ($3,55\%$ відповідно) може бути пояснений вибірковою когортою пацієнтів на МС, які не мали когнітивного зниження та психопатологічного анамнезу. Можна зазначити, що дисфоричні та апатичні розлади мають вторинний характер і можуть бути проявом демієлінізуючого захворювання та реактивним типом реагування хворого на свій недуг.

Виявлення дисфорій та апатії у пацієнтів на МС незалежно від когнітивного рівня будуть метою наших подальших досліджень.

Список літератури

1. Старинець Н. Г. Тривожні розлади у хворих на множинний склероз / Н.Г. Старинець // *Міжнародний неврологічний журнал*. - 2010. - № 7 (37). - С. 50-52.
2. Beal C. C. Depression in multiple sclerosis: a longitudinal analysis / C.C. Beal, A.K. Stuifbergen, A. Brown // *Arch. Psychiatr. Nurs.* - 2007. - Vol. 21. - P. 181-191.
3. Cochrane G. D. The association between fatigue and apathy in patients with either Parkinson's disease or multiple sclerosis / G.D. Cochrane, S. Rizvi, A.M. Abrantes // *Parkinsonism and Related Disorders*. - Vol. 21. - 2015. - P. 1093-1095.
4. Diaz-Olavarrieta C. Neuropsychiatric manifestations of multiple sclerosis / C. Diaz-Olavarrieta, J.L. Cummings, J. Velazques // *J. Neuropsych. Clin Neurosci.* - 1999. - Vol. 54. - P. 1116-1121.
5. Feinstein A. The clinical neuropsychiatry of multiple sclerosis / Feinstein A. - Cambridge University Press, 2007. - 265 p.
6. Folstein M. F. Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician / M.F. Folstein, S.E. Folstein, P.R. McHugh // *J. Psychiatr. Res.* - 1975. - Vol. 12. - P. 189-198.
7. Korostil M. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients / M. Korostil, A. Feinstein // *Multiple sclerosis*. - 2007. - № 17. - P. 67-72.
8. Kurtzke J. F. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS) / J.F. Kurtzke // *Neurol.* - 1983. - Vol. 33. - P. 1444-1452.
9. McDonald I.W. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International Panel on the diagnosis of Multiple Sclerosis / I.W. McDonald, A. Compston, G. Edan // *Ann. Neurol.* - 2001. - Vol. 50, № 1 - P. 121-127.
10. Rabins P. V. Euphoria in multiple sclerosis / Rabins P.V. // *Neurobehavioral Aspects of Multiple Sclerosis*; ed. Rao. - New York: Oxford University Press, 1990. - P. 180-185.
11. Raimo S. Apathy in multiple sclerosis: a validation study of the apathy evaluation scale / S. Raimo, L. Trojano, D. Spitaleri // *J. Neurol Sci.* - 2014. - Vol. 15. (347). - P. 295-300.

Старинець Н.Г., Старинець Г.А.

ДИСФОРІЧЕСЬКІ І АПАТИЧЕСЬКІ РОССТРОЙСТВА У БОЛЬНИХ С РАССЕЯННИМ СКЛЕРОЗОМ

Резюме. *Обследовано стационарно 210 пацієнтів з розсіяним склерозом на базі неврологічного відділення Вінницької обласної психоневрологічної лікарні. Синдром дисфорії і апатії діагностований в 3,55% відповідно. Дисфорія пов'язана з полом (мужської), рівнем освіти (низкий), місцем проживання (сільська місцевість) і ступенем інвалідизації EDSS. Соціодемографічні показники і ступінь інвалідизації EDSS не впливають на апатичні прояви.*

Ключові слова: *розсіяний склероз, дисфорія, апатія, коваріаційний аналіз.*

Starynets N.G., Starynets G.A.

DYSPHORIC AND APATHETIC DISORDERS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Summary. *The study involved 210 patients with multiple sclerosis who were examined at the in-patient neurological department of Vinnytsia Regional Neuropsychiatric Hospital. Dysphoria and apathy syndrome was diagnosed in 3.55% cases respectively. Dysphoria is related to the sex (male), level of education (low), place of residence (rural) and degree of disability EDSS (average). Sociodemographic indicators and degree of disability EDSS do not affect the apathetic presentation.*

Key words: *multiple sclerosis, dysphoria, apathy, covariance analysis.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Римша С.В.

Стаття надійшла до редакції 10.12.2016р.

Старинець Наталія Георгіївна - к.мед.н., доц. кафедри неврології та нейрохірургії ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(093)7509996; nstarynets@mail.ru

Старинець Георгій Олексійович - к.мед.н., доц. кафедри неврології та нейрохірургії ФПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; +38(0432)550776; gstarynets@gmail.com

© Шурпяк С.О.

УДК: 618.177-07

Шурпяк С.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра акушерства, гінекології та перинатології ФПДО (вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010)

Д-СТАТУС ПАЦІЄНТОК З ДИСГОРМОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ РЕПРОДУКТИВНИХ ОРГАНІВ І КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Резюме. *У статті наведені дані щодо поширеності дисфункції щитоподібної залози, метаболічних порушень у жінок з дисгормональною патологією репродуктивних органів. За результатами обстеження 150 пацієнток з дисгормональними поєднаними процесами репродуктивних органів, встановлено значну поширеність дисфункції щитоподібної залози (43,7%) надлишкової маси тіла (46,7%) та дисбалансу вітаміну D. Вкрай важкий дефіцит вітаміну D ($8,98 \pm 1,68$ нг/мл) виявлений у 21,3%, дефіцит вітаміну D у 60,0% жінок основної групи. Тільки у 18,7% пацієнток з дисгормональною патологією репродуктивних органів і коморбідними станами мав місце близький до оптимального рівень вітаміну D ($27,25 \pm 1,45$ нг/мл).*

Ключові слова: *вітамін D, коморбідна патологія, дисгормональні захворювання репродуктивних органів.*