

Our results indicate the need to clarify the reasons for the increased DG prevalence among the population of Lviv region, the definition of the risk of thyroid pathology in each district of the region among the different age groups, which will propose measures to prevent further increase of DG incidence.

## **НООТРОПНЫЙ ПРЕПАРАТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА**

*Авдей Г.М., Авдей С.А.*

*Гродненский государственный медицинский университет*

Энцефалопатия – неспецифический синдром, отражающий диффузное нарушение функции головного мозга [1]. Основными причинами энцефалопатий в позднем возрасте могут стать заболевания сердечно-сосудистой системы, дыхательная, печеночная, почечная недостаточность, эндокринопатии. Особое место в лечении занимают ноотропные и нейропротекторные препараты [2]. Тиоцетам относится к группе цереброактивных средств, обладает ноотропными, противоишемическими, антиоксидантными и мембраностабилизирующими свойствами.

Цель исследования: оценить терапевтическую эффективность и переносимость препарата Тиоцетам («Артериум», Украина) у больных с гипертонической дисциркуляторной энцефалопатией II стадии (ГДЭII) и дисметаболическими энцефалопатиями на фоне сахарного диабета и почечной патологии.

Материал и методы исследования. В исследовании участвовал 61 пациент в возрасте от 48 до 73 лет. В I группу вошло 26 больных с ГДЭII. II группу составило 20 пациентов с сахарным диабетом 2 типа (инсулиннуждающийся) с сопутствующей энцефалопатией. В III группу вошли 15 пациентов с дисметаболической энцефалопатией, обусловленной соматической патологией с преимущественным поражением почек. Все пациенты получали стандартную комплексную терапию, включающую также Тиоцетам, который вводили внутривенно капельно по 10,0 на 250 мл физиологического раствора 1 раз в сутки в течение 10 дней, а затем пациенты продолжали принимать Тиоцетам по 2 таблетке 3 раза в день за 30 минут до еды в течение месяца. Всем пациентам в динамике проводились: оценка психоэмоционального состояния по шкалам субъективных симптомов, Бека (депрессия), Спилберга-Ханина (личностная и ситуативная тревожность), Л.Д. Малковой-Т.Г. Чертовой (астеническое состояние); экспресс-методика оценки когнитивных функций; анализ качества жизни с помощью тестового опросника SF-36 (MOS 36-Item Short Form) [3, 4]. Каждый пациент проходил обследование до начала лечения и дважды в течение курса лечения – после инфузионного периода и после периода пероральной терапии (в конце лечения). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Подавляющее большинство пациентов отмечали улучшение самочувствия. У больных, использующих в

комплексной терапии препарат Тиоцетам отмечалось улучшение психоэмоционального состояния: имеющиеся до лечения умеренные депрессивные расстройства у лиц I группы ( $19,9 \pm 2,50$ ) переходили в легкую депрессию ( $13,5 \pm 1,71$ ,  $p < 0,05$ ) после инфузионного периода, а к концу лечения полностью исчезали ( $8,3 \pm 1,50$ ,  $p < 0,05$ ). У пациентов с дисметаболической энцефалопатией (II и III группы) наблюдалась выраженная депрессия (соответственно:  $20,3 \pm 1,94$ ,  $24,4 \pm 3,11$ ), степень интенсивности которой на фоне лечения снижалась до легкой депрессии (субдепрессии) (соответственно:  $14,9 \pm 1,74$ ,  $15,7 \pm 2,15$ ,  $p < 0,05$ ,  $p < 0,05$ ), но полностью не проходила. После курса терапии почти в 2 раза уменьшилась ситуативная тревожность у всех больных с ГДЭИ (I группа) ( $42,1 \pm 1,91$ ,  $25,4 \pm 1,35$ ,  $p < 0,05$ ). Статистически достоверно имело место уменьшение напряжения у лиц II группы как после инфузии, так и в конце лечения ( $38,1 \pm 3,40$ ,  $26,6 \pm 1,40$ ,  $p < 0,01$ ). Беспокойство и нервозность сохранялись у пациентов III группы, даже после инфузионного периода. Умеренная астения ( $69,9 \pm 3,51$ ) пациентов I группы плавно переходила в слабую астению ( $57,8 \pm 2,73$ ,  $p < 0,05$ ) после инфузионного периода и полностью проходила после периода пероральной терапии ( $45,6 \pm 2,51$ ,  $p < 0,01$ ). Изначально слабые астенические расстройства пациентов II группы полностью нивелировались в конце лечения. У лиц III группы астенические расстройства проходили только у мужчин на фоне лечения и сохранялись у женщин даже к концу комплексной терапии.

У всех больных с энцефалопатией установлено улучшение когнитивных функций на фоне лечения препаратом Тиоцетам. При этом у лиц I-II групп статистически значимо улучшалась слухоречевая память, зрительно-пространственная деятельность, вербальное мышление на фоне сохранной избирательной актуализации из памяти слов. У пациентов III группы отмечено постепенное и медленное улучшение когнитивных функций, в том числе и избирательной актуализации из памяти слов, связанных общим смысловым признаком, но только к концу периода пероральной терапии.

Оценка качества жизни больных с энцефалопатиями выявила рост физической активности (PF) пациентов I группы уже после инфузионного периода. Соматическая патология и, вероятно, осложнения сахарного диабета, ограничивали выполнение физических нагрузок больными II группы. У лиц III группы физическое состояние значимо улучшалось к концу курса терапии. После курса терапии повышалась оценка больными I группы и женщинами III группы своего состояния здоровья (GH), увеличивалась жизненная активность (VT) у женщин I-II групп. При этом пациенты III группы ощущений себя полными сил и энергии не испытывали. У всех больных, вне зависимости от пола, прием препарата Тиоцетам улучшал настроение, вызывал положительные эмоции. Статистически достоверное позитивное изменение психического здоровья (MH) на фоне лечения получены у лиц II-III групп. В целом, прием препарата Тиоцетам улучшал физический ком-

понент здоровья у больных I группы и женщин III группы, а психологический компонент здоровья – у всех больных с энцефалопатиями.

Заключение. Применение препарата Тиоцетам в комплексном лечении больных с ГДЭ II и дисметаболическими энцефалопатиями улучшало субъективное состояние этих пациентов; уменьшало чувство тревоги, депрессивные и астенические расстройства; повышало способность восстановлению нарушенных когнитивных функций у пациентов; способствовало росту качества жизни пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Стаховская, Л.В. Место дисциркуляторной энцефалопатии в структуре цереброваскулярных заболеваний. Вопросы диагностики и лечения /Л.В. Стаховская, В.В. Гудкова //Неврология. - 2009. - № 2. – С. 25 – 29.
2. Дзяк, Л.А. Эффективность Тиоцетама в лечении дисциркуляторных энцефалопатий вследствие атеросклеротического поражения церебральных артерий /Л.А. Дзяк, В.А. Голик //Мистецтво лікування.- 2004. – С. 25 – 27.
3. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии /А.Н. Белова //Руководство для врачей. – М.: Медкнига, 2004. – 456 с.
4. Корсакова, Н.К. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении /Н.К. Корсакова, Е.Ю. Балашова, И.Ф. Рощина //Журн. Неврологии и психиатрии. – 2009. - № 2. – С. 44 – 50.

### **АНОМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННАЯ ХОРДА В ЛЕВОМ ЖЕЛУДОЧКЕ У ДЕТЕЙ, ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)**

**Акабаева В.К.**

*ТОО Медицинский центр «А-Sanas», г. Алматы*

На сегодняшний день многих клиницистов волнует вопрос тактики ведения и современный неинвазивный подход в лечении пациентов, у которых обнаружены аномально расположенные хорды (АРХ) в левом желудочке, угрожающие их жизни.

И, хотя данная проблема изучается давно, этот вопрос всё так же остаётся актуальным из-за высокой популяционной частоты, социальной значимости и риска развития серьёзных осложнений[1].Проводя консервативное лечение у детей с наличием АРХ в сердце, необходимо четко представлять, что в определенных случаях (при гемодинамически значимых, угрожающих состояниях) требуется хирургическое вмешательство.

АРХ – это любые сухожильно-мышечные структуры, пересекающие полость левого желудочка, которые, в отличие от истинных, крепятся к различным участкам стенки ЛЖ, а не к створкам митрального клапана.При этой патологии у лиц молодого возраста повышен риск развития таких осложнений, как инсульты, внезапная аритмическая смерть и отрывы хорд.[2]Сочетание «АРХ в левом желудочке, наличие признаков нарушенной реполяризации на ЭКГ должно быть расценено как совокупность усиливающих друг друга факторов аритмогенеза.[3]

Клинический случай: пациент К., 7лет, предъявлял жалобы на кардиалгию и периодическое сердцебиение вне связи с физической нагрузкой, утомляемость, снижение толерантности к физической