

# Proceedings of the International Scientific Conference

## "Science of the XXI century: problems and prospects of researches"

(August 17, 2017, Warsaw, Poland)

**Vol.3**

Copies may be made only from legally acquired originals.  
A single copy of one article per issue may be downloaded for personal use (non-commercial research or private study). Downloading or printing multiple copies is not permitted. Electronic Storage or Usage Permission of the Publisher is required to store or use electronically any material contained in this work, including any chapter or part of a chapter. Permission of the Publisher is required for all other derivative works, including compilations and translations. Except as outlined above, no part of this work may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior written permission of the Publisher.

**Founder:**  
RS Global S.z O.O.,

Research and Scientific  
Group  
Warsaw, Poland

**Publisher Office's  
address:**

Poland, Warsaw,  
Humanska 8,

E-mail:  
rsglobal.poland@gmail.com

The authors are fully responsible for the facts mentioned in the articles. The opinions of the authors may not always coincide with the editorial boards point of view and impose no obligations on it.

## CONTENTS

### MEDICINE

<i>Ruzibakieva Malika Ruslanovna, Aripova Tamara, Yuldashev Ulugbek, Kasimov Abdumadjid, Grigoryants Karina, Khakimova Gulshan</i> TNF-A G238A GENETIC POLYMORPHISM IN UZBEK PATIENTS WITH GLOMERULONEPHRITIS, CKD AND ESRD.....	3
<i>Sanoyeva Matlyuba Jahonkulovna, Saidvaliyev Farrug Saidakramovich</i> DEPRESSION AS ONE OF THE REASONS THAT AGGRAVATE THE SYMPTOMS OF COMPLICATED FORMS OF MIGRAINE AND THE PATHOGENETIC APPROACH TO ITS MANIFESTATIONS.....	6
<i>Гандзюк Володимир Андрійович</i> ХВОРОБИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ В УКРАЇНІ. ДИНАМІКА ПОШИРЕНOSTI ТА СМЕРТНОСТІ 2002 – 2015 РР. ....	11
<i>Огоновський Р. З., Патерега Н. І.</i> ХРОМАТОГРАФІЧНЕ ВИЗНАЧЕННЯ ЧАСУ ВИВЕДЕННЯ АПРОТИНІНУ ПРИ ІМПЛАНТАЦІЇ ЙОГО У М'ЯКІ ТКАНИНИ НА ЖЕЛАТИНОВІЙ ГУБЦІ.....	16
<i>Онофрійчук О. С.</i> СИНДРОМ РЕЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ – ПЕДІАТРА.....	19
<i>Павликивская Б. М., Юрцева А. П., Воронич-Семченко Н. Н.</i> ЭНЕРГЕТИЧЕСКИЙ ОБМЕН И РЕЗЕРВНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА И ИХ КОРРЕКЦИЯ.....	25
<i>Резніченко О. Г.</i> ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ОПТИМІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ШЛЯХОМ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРИНЦИПІВ МЕДИЦИНИ ГРАНИЧНИХ СТАНІВ... ..	31
<i>Роша Л. Г.</i> СИСТЕМНА ОЦІНКА ЕЛЕМЕНТІВ ПАТОЛОГОАНАТОМІЧНОЇ СЛУЖБИ УКРАЇНИ В НОВИХ ЕКОНОМІЧНО-ПРАВОВИХ УМОВАХ.....	33
<i>Тихон Алёна Сергеевна</i> ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С СИНДРОМОМ ВЫГОРАНИЯ.....	36
<i>Ханюков А. А., Лакиза Т. В., Егудина Е. Д., Кротова В. Ю., Белецкий В. В., Киричко М. Г., Яловенко М. И.</i> ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ИЛИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ.....	40
<i>Цьома Є. І., Смоланка В. І.</i> ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО СПОНТАННОГО СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ.....	44
<i>Narutyunyan M. R.</i> DISCUSSION OF REQUIRED REFORMS IN THE FIELD OF DISABILITY IN ARMENIA AND THE FIRST STEPS OF THEIR IMPLEMENTATION.....	48
<i>Козерацька Олена Андріївна</i> ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ НАУКОВИХ РОЗРОБОК В ОЦІНЦІ ВІКТИМНОЇ ПОВЕДІНКИ ПОТЕРПІЛИХ ВНАСЛІДОК СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛЬСТВА.....	51
<i>Томенко Т. Р., Перунова Н. Ю.</i> НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ЭПИЛЕПТИФОРМНОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА ЭЭГ ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ ПРИСТУПОВ.....	57

## ПОКАЗНИКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО СПОНТАННОГО СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ

аспірант кафедри Цьома Є. І.,  
д. м. н., проф. Смоланка В. І.

Україна, м. Ужгород, Ужгородський національний університет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії, Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології м. Ужгород

**Abstract.** Subarachnoid hemorrhage – rupture blood in subarachnoid space - the area between the membrane and arahnoid soft membrane of the brain that usual arises due to rupture of arterial aneurysms, or, at least - traumatic genesis.

About 6-8% of all strokes are subarachnoid hemorrhage, due to rupture of arterial aneurysms. 10-15% of them are fatal, that is, that patients die before admission to a medical hospital.

A significant number of patients who survived the acute period of subarachnoid hemorrhage have a reduced quality of life, which is connected with the feeling of health. Sometimes, in the late period of the disease, even after an effective surgical treatment, they note cognitive and emotional problems, some personality changes.

Due to these effects, these patients are urgently needed special rehabilitation program for the implementation of which requires a routine research performance quality of life at early and distant period after SAH. Timely correction of negative physical and emotional changes could improve quality of life of this patients.

**Keywords:** arterial aneurysm, subarahnoid hemorrhage, SF-36 Health Status Survey, quality of life, Bartel Scale.

**Вступ.** Субарахноїдальний крововилив (Subarahnoid hemorrhage) – прорив крові в субарахноїдальний простір - ділянку між арахноїдальною мембраною та м'якою оболонкою головного мозку, що найчастіше виникає внаслідок розриву артеріальної аневризми, або ж, рідше – травматичного генезу.

Близько 6-8% всіх інсультів складає субарахноїдальний крововилив, внаслідок розриву артеріальних аневризм. 10-15% з них є фатальними, тобто, пацієнти помирають ще до поступлення в медичний стаціонар (Feigin VL, Rinkel GJ, Lawes CM, et al., 2005).

За останні кілька десятиліть, частота інших типів інсультів зменшилася; Проте, захворюваність САК не змінилася (R. Loch Macdonald, 2010).

Значна кількість пацієнтів, що вижили в гострому періоді субарахноїдального крововиливу аневризматичного генезу мають знижену якість життя, що пов'язано з відчуттям власного здоров'я [1]. Іноді, у віддаленому періоді захворювання, навіть після проведеного ефективного хірургічного лікування, вони вказують на когнітивні та емоційні проблеми, погіршення працездатності, зміну особистості.

Зважаючи на такі наслідки, цим пацієнтам вкрай необхідні спеціальні реабілітаційні програми, для впровадження яких, потрібне чітке рутинне дослідження показників якості їх життя.

**Мета.** Провести дослідження якості життя пацієнтів у віддаленому періоді спонтанного субарахноїдального крововиливу та визначили вплив фізичних та психологічних симптомів й змін особистості на цей показник.

**Матеріали і методи.** В дослідження було включено пацієнтів, що перебували на лікуванні в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології м.Ужгорода у період з січня 2013 по вересень 2016 року з приводу САК аневризматичного генезу та яким було проведено кліпування аневризми артеріального кола головного мозку, і саме тих, що продовжують незалежно та активно жити в соціумі. Критеріями виключення з дослідження були важка супутня патологія, що могла вплинути на якість життя, неможливість розмовляти українською мовою для заповнення опитувальника. Пацієнтам, які дали згоду на участь у дослідженні, було запропоновано заповнити опитувальник якості життя SF36 та оцінено їх стан за шкалою Бартел.

"SF-36 Health Status Survey", відноситься до неспецифічних опитувальників оцінки якості життя.

Всі пункти опитувальника згруповані в 8 показників, які в свою чергу формують два великі домени – фізичне та психічне благополуччя (таб.3). Показники варіюють від 0 до 100, де 100 – повне здоров'я.

Фізичне функціонування (Physical Functioning - PF), відображає ступінь, в якій фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підйом по сходах і т.п.). Низькі показники по цій шкалі свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежена через стан його здоров'я.

Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning- RP) - вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (робота, виконання щоденних обов'язків).

Інтенсивність болю ( Bodily pain- BP) та його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи хатню роботу та роботу поза домом.

Загальний стан здоров'я (General Health - GH) - оцінка хворим стану свого здоров'я в даний момент і перспектив свого лікування.

Життєва активність (Vitality - VT) передбачає відчуття себе сповненим сил та енергії, чи навпаки, знесиленим.

Соціальне функціонування (Social Functioning - SF), визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність(спілкування). Низькі оцінки свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування в зв'язку з погіршенням фізичного та емоційного стану.

Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (Role-Emotional - RE) передбачає оцінку ступеня, в якій емоційний стан перешкоджає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі затрати часу, для виконання звичної роботи, зменшення обсягу роботи, зниження її якості і т.п.).

Психічне здоров'я (Mental Health - MH), характеризує наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій.

Також проводився аналіз інших показників (таб.1), таких як: демографічні дані, неврологічний дефіцит у дебюті захворювання (World Federation of Neurological Surgeons scale), наявність ускладнень у ранньому періоді, локалізація аневризми, вихід у ранньому періоді після проведеного лікування (Glasgow Outcome Scale).

Статистичні показники були представлені як середнє значення  $\pm$  стандартне відхилення для безперервних змінних і в якості частоти (у відсотках) для категоріальних змінних.

**Результати.** Створено базу даних хворих, що перебували на лікуванні в Обласному клінічному центрі нейрохірургії та неврології м. Ужгорода за наведений вище період – всього 144 пацієнта, з них 127 пацієнтів з розірваною артеріальною аневризмою і, як наслідок САК та 18 пацієнтів з безсимптомною артеріальною аневризмою (ці пацієнти не включені в дослідження якості життя).

З 127 пацієнтів, що перенесли САК та отримали ефективне лікування, в наше дослідження включено 50 чоловік. Загальні характеристики групи винесені в таб.1

В ранньому періоді САК всіх пацієнтів оцінювали за уніфікованими шкалами WFNS, Glasgow Coma Scale, згідно діючих протоколів надання медичної допомоги при даній патології. Ці шкали дають змогу частково прогнозувати вихід пацієнта та обрати строки проведення оперативного втручання. Ранній вихід (неврологічний дефіцит/обмеження дієздатності) оцінювався на момент виписки зі стаціонару за шкалою Glasgow Outcome Scale (таб.1).

У віддаленому періоді САК пацієнтів, що дали згоду для участі в дослідженні, було оцінено за шкалою Бартел. Середня тривалість періоду після дебюту захворювання складала 36.1 місяці.

При порівнянні фізичного стану здоров'я на момент виписки зі стаціонару за шкалою GOS та у віддаленому періоді за шкалою Бартел, ми виявили, що навіть у групі пацієнтів, що мали важку недієздатність та потребували сторонньої допомоги при виписці (GOS 3), віддалений вихід за Бартел виявився достатньо хорошим та складав в середньому 78.3 бали, хоча і був найменшим з трьох груп (таб.2). Але такі показники відповідають мінімальному обмеженню або й відновленню втрачених неврологічних функцій.

Проте, шкала Бартел оцінює виключно фізичний стан пацієнта, що є лише компонентом показника якості життя людини, і не враховує психо-емоційну складову. Тому, ми провели опитування в даній групі пацієнтів також за уніфікованою шкалою SF 36. При аналізі даних ми отримали наступне (таб.3, рис.1): в групі пацієнтів з хорошим раннім виходом GOS 5, фізичний та психологічний компонент здоров'я був вище, ніж у групі з GOS<5.

Таблиця 1. Характеристики пацієнтів з САК (N=50)

Демографічні дані	
Жінки	22 ( 44%)
Чоловіки	28 ( 56%)
Середній вік	51.2 (5.3)
Дані обстежень та досліджень	
Середня тривалість періоду після САК на момент оцінювання в місяцях	36.1 (7.3)
Локалізація аневризми	
MCA/ICA, %	19(38%)
AcomA/ACA, %	17(34%)
Vertebrobasilar, %	14(28%)
WFNS в дебюті	
I, GCS 15, без моторного дефіциту %	34 (68%)
II, GCS 13–14, без моторного дефіциту%	12 (24%)
III, GCS 13–14, з моторним дефіцитом %	3 (6%)
IV, GCS 7–12, з чи без дефіциту %	1 (2%)
V, GCS 3–6, з чи без дефіциту%	0
Наявність ускладнень після САК	
Гідроцефалія	1(2%)
Вторинна ішемія	7 (14%)
Повторний крововилив	2 (4%)
GOS при виписці	
5 – хороше відновлення	30(60%)
4 – недієздатний, але незалежний;	14 (28%)
3 – важка інвалідність;	6 (12%)

Таблиця 2. Порівняння раннього та віддаленого неврологічного дефіциту у пацієнтів після САК

Glasgow Outcome Scale	N=50	Бартел
GOS 5	30	94.8
GOS 4	14	86.7
GOS 3	6	78.3

\* Шкала Бартел  
 45-50 балів – важка інвалідність  
 50-75 балів – помірна інвалідність  
 75-100 – мінімальне обмеження чи відновлення функцій

Таблиця 3. Порівняння показників якості життя у віддаленому періоді САК у пацієнтів з різним раннім виходом (GOS 5/ GOS<5)

	SF 36 (Quality of life)	GOS 5 (N=30)	GOS <5 (N=20)
Фізичний компонент здоров'я (Physical Health)	Фізичне функціонування (PF)	73.5	45.5
	Рольове функціонування (RF)	65.0	33.75
	Інтенсивність болю (BP)	62.1	48.3
	Загальний стан здоров'я (GH)	54.5	35.65
Психологічний компонент здоров'я (Mental Health)	Психічне здоров'я (MH)	64.0	51.4
	Рольове функціонування (RE)	76.6	41.65
	Соціальне функціонування (SF)	70.46	62.5
	Життєва активність (VT)	53.16	38.0

У групі з гіршим раннім виходом (GOS<5), якість життя у віддаленому періоді теж значно гірша, як за рахунок фізичного, так і за рахунок психологічного стану, відчуття себе в соціумі, впливу на повсякденну діяльність (GH, RF, RE – таб.3, рис.1). При тому, що лише одиниці при огляді у віддаленому періоді, особисто скаржились на зміни настрою, тривогу, знервованість. Отже, психо-емоційна складова є не менш важливою, ніж фізичне здоров'я, а особливо у пацієнтів з гіршим раннім виходом після субарахноїдального крововиливу і тому потребує вчасного обстеження та корекції для покращення показників якості життя.

**Висновки.** Провівши дослідження якості життя пацієнтів у віддаленому періоді спонтанного субарахноїдального крововиливу та визначивши вплив фізичних та психологічних симптомів на цей показник, проаналізувавши результати, можемо зробити наступні висновки, що стан пацієнта після перенесеного субарахноїдального крововиливу в ранній та віддалений

період дещо відрізняються та повинні бути оцінені в динаміці клініцистами, що мають досвід лікування таких хворих.

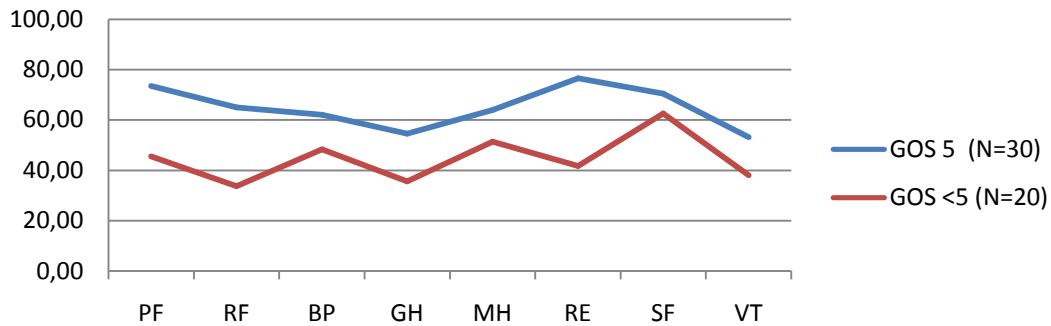


Рис. 1. Порівняння показників якості життя у віддаленому періоді САК у пацієнтів з різним раннім виходом (GOS 5/ GOS<5)

Хороший ранній вихід, оцінений за шкалою GOS (що є стандартом при виписці зі стаціонару), враховує лише фізичну складову здоров'я і є недостатнім, так як ігнорує психо-емоційні порушення та негрубий неврологічний дефіцит.

Згідно наших даних, когорта пацієнтів, оцінена як GOS 5 при виписці зі стаціонару, у віддаленому періоді має незадовільну якість життя, в тому числі і внаслідок психо-емоційної сфери. А пацієнти з GOS<5, ще більш низькі показники за шкалою якості життя SF 35 (рис.1)

Тому вважаємо, що проведення тестування пацієнтів з САК за шкалою якості життя, як в ранньому, так і у віддаленому періоді (та/або в динаміці), повинно братися за стандарт в спеціалізованих центрах надання допомоги таким хворим, а діагностовані відхилення вчасно коригуватися, за допомогою реабілітаційних, психотерапевтичних, а при потребі і медикаментозних заходів.

Це значно покращить рівень життя не лише пацієнтів, але і їх родин та розширить сприйняття здоров'я, як хворим, так і його лікарем за рамки лише фізичного самопочуття.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Katati M J, Santiago-Ramajo S, Pe.rez-Garcia M, Meersmans-Sa.nchez J M, Vilar-Lopez R, Coin-Mejias M A, Caracuel-Romero A, Arjona-Moron V. Description of quality of life and its predictors in patients with aneurismal subarachnoid hemorrhage. *Cerebrovasc Dis.* 2007;24:66 –73.
2. Wermer M J, Kool H, Albrecht K W, Rinkel G J. Subarachnoid hemorrhage treated with clipping: long-term effects on employment, relationships, personality, and mood. *Neurosurgery.* 2007;60:91–97.
3. Fertl E, Killer M, Eder H, Linzmayer L, Richling B, Auff E. Long-term functional effects of aneurysmal subarachnoid haemorrhage with special emphasis on the patient's view. *Acta Neurochir.* 1999;141:571–577.
4. Tomberg T, Orasson A, Linnama.gi U, Toomela A, Pulver A, Asser T. Coping strategies in patients following subarachnoid haemorrhage. *Acta Neurol Scand.* 2001;104:148 –155.
5. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a stroke specific quality of life scale. *Stroke.* 1999;30:1362–1369.
6. Warlow CP. *Stroke, a Practical Guide to Management.* Oxford: Blackwell Science Ltd; 1998.
7. Wade DT. *Measurement in Neurological Rehabilitation.* Oxford: Oxford University Press; 1992.
8. Spinhoven PH, Ormel J, Sloekers PPA, Kempen GIJM, Speckens AEM, van Hemert AM. A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychol Med.* 1997;27:363–370.
9. Eriksen HR, Olf M, Ursin H. The CODE: a revised battery for coping and defense and its relation to subjective health. *Scand J Psychol.* 1997; 38:175–182.
10. Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Manual of the Eysenck Personality Scales.* London: Hodder and Stoughton; 1991.
11. Schepers VP, Visser-Meily AM, Ketelaar M, Lindeman E. Poststroke fatigue: course and its relation to personal and stroke-related factors. *Arch Phys Med Rehabil.* 2006;87:184 –188.
12. Storor DL, Byrne GJ. Pre-morbid personality and depression after stroke. *Int Psychogeriatr.* 2006;18:457–469.
13. Finset A, Andersson S. Coping strategies in patients with acquired brain injury: relationships between apathy, depression and lesion location. *Brain Inj.* 2000;4:887–905.