

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрейчин М.А., Івахів О.Л., Господарський І.Я. Ступінчаста етіотропна терапія у хворих на хронічні вірусні гепатити // Клінічні проблеми боротьби з інфекційними хворобами. Матеріали VI з'їзду інфекціоністів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 260 – 261.
2. Вовк А.Д., Матяш В.І., Архипенко О.Б. Поєднане застосування урсодезоксихолевої кислоти (урсофальк) і лаферону в комплексному лікуванні хворих на хронічні вірусні гепатити В і С // Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я № 149. – Київ, 2001. – 3 с.
3. Возіанова Ж.И. Вирусные гепатиты. II. Осложнения, исходы, диагностика и принципы лечения // Лікування і діагностика. – 1997. – № 2. – С. 39 – 47
4. Возіанова Ж.И., Корчинський М.Ч. Перспективи та особливості застосування деяких препаратів альфа -2а інтерферону в лікуванні хворих на хронічні вірусні гепатити // Сучасні інфекції. – 2002. – № 3. – С. 34 – 44.
5. Громашевська Л.Л. Питання біохімічних досліджень при хронічному гепатиті С // 36. наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупіка. – Київ, 2000. – Вип. 9. Кн. 4. – С. 53 – 56.
6. Громашевська Л.Л. Тракткування результатів біохімічних досліджень у хворих на гепатити В і С // Клінічні проблеми боротьби з інфекційними хворобами. Матеріали VI з'їзду інфекціоністів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 239 – 242.
7. Пінський Л.Л. Діагностичне значення хемілюмінесцентного методу при патології печінки // Український медичний альманах. – 2000. – № 1. – С. 201 – 203.
8. Fortunato G., Castaldo G., Oriani G. et. al. Multivariate discriminant function based on six biochemical markers in blood can predict the cirrhotic evolution of chronic hepatitis // Clin. Chem. – 2001. – Vol.47, №9. – P. 1696 – 1700
9. Hwang S.J., Luo J.C., Lai C.R. et al. Clinical, virologic and pathologic significance of elevated serum gamma-glutamyl transpeptidase in patients with chronic hepatitis C // Zhonghua. Yi. Xue. Za. Zhi. (Taipei) – 2000. – Vol. 63, №7. – P. 527 – 535
10. Pohl A., Behling C., Oliver D. et al. Serum aminotransferase levels and platelet counts as predictors of degree of fibrosis in chronic hepatitis C virus infection // Am. J. Gastroenterol. – 2001. – Vol. 96, №11. – P. 3053 – 3055.
11. The French METAVIR Cooperative Study Group. Intraobserver and interobserver variations in liver biopsy interpretation in patients with chronic hepatitis C // Hepatology. – 1994. – № 20. – P. 15 – 20.
12. Wong V.S., Hughes V., Trull A. et al. Serum hyaluronic acid is a useful marker of liver fibrosis in chronic hepatitis C virus infection // J. Viral. Hepat. – 1998. – Vol. 5, №3. – P. 187 – 192

SUMMARY

USAGE OF METHODS IN RATING OF INTENSITY OF FIBROSIS WITH PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC HEPATITIS C

Pinsky L.L., Gromashevskaya I.L., Frolov V.M.

The present work offers a method of assessment of the intensity of fibrosis with patients suffering from chronic hepatitis C. The method uses biochemical tests, indices of metabolic intoxication and chemiluminescence of the blood serum.

Key words: chronic hepatitis C, fibrosis, laboratory methods

УДК 616.831-005.4-036.2

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ НА ЗАКАРПАТТІ

Пулик О.Р., Смоланка В.І., Гирявець М.В., Галін Л.М., Карпінська К.О., Яджак М.М.

Ужгородський національний університет, кафедра неврології, нейрохірургії та психіатрії, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: у роботі наведені епідеміологічні особливості мозкових інсультів у Закарпатській області. Проведено аналіз факторів ризику виникнення інсульту, вираженості когнітивних порушень у ранньому постінсультному періоді. Для моніторингу клінічного стану хворих була використана Скандинавська шкала інсульту (SSSG), а для дослідження когнітивних функцій використано коротку шкалу оцінки психічного стану MMSE.

Ключові слова: інсульт, фактори ризику, епідеміологія

Вступ. Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) є однією з найважливіших медико-біологічних та соціальних проблем людства. За даними експертів ВООЗ щороку в світі відбувається близько 7 млн. інсультів. В Об'єднаній Європі щорічно реєструється 1 млн. 750 тис. інсультів, у США – 700 тис., в Росії – понад 450 тис., в Україні – 120-130 тис. [1, 3, 5, 7, 10]. В економічно розвинутих країнах смертність від інсульту займає третє місце у структурі загальної смертності. Мозкові інсульти (МІ) – на першому місці серед усіх причин інвалідизації. Особливо актуальна ця проблема в Україні, де показники захворюваності на МІ, смертності та

інвалідизації від нього невинно зростають і перевищують показники розвинутих країн. За інформацією головного невролога МОЗ України в 2005 р. в Україні було зареєстровано понад 3 млн. осіб із різними формами ЦВЗ, причому за останні 10 років кількість хворих на ЦВЗ у нашій країні зросла в 1,8 разу [2, 4, 6, 8, 9].

В 2005 році на МІ вперше захворіло 102 434 українців, що становить 269,8 випадків на 100 тис. населення [7]. В той же час захворюваність на МІ у середньому у країнах Європи становить 200,0 випадків на 100 тис. населення. Зазначимо, що третина інсультів відбувається в осіб працездатно-

го віку. За даними проведених нечисленних реєстрів мозкового інсульту в Україні, співвідношення ішемічних інсультів до геморагічних становить 3,6:1, а в розвинутих країнах – 7:1 [7, 12].

У західному регіоні України (Закарпатська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Івано-Франківська області) показник захворюваності і смертність від МІ вдвічі нижчі, ніж у східних і центральних областях (Луганська, Сумська, Донецька, Запорізька) та значно нижчі, ніж в середньому по Україні [4,7,8,9]. В 2004 році в Закарпатській області було зареєстровано 1811 випадків МІ (184 випадки на 100 тис. дорослого населення), в 2005 – 1715 випадків МІ (177 на 100 тис. дорослого населення), а в 2006 році – 1586 випадків МІ (169 на 100 тис. дорослого населення).

З метою опрацювання заходів активної профілактики МІ, які можуть істотно зменшити захворюваність, інвалідність та смертність від цієї важкої патології серед населення України, проблема розповсюдженості та поширеності ЦВЗ в регіоні Українських Карпат та епідеміологія МІ в Закарпатській області вивчаються науковцями УжНУ протягом останніх 25 років. Дослідження останніх років зосереджені передусім на вивченні якості життя хворих після перенесеного інсульту, зокрема вивчення когнітивних функцій у осіб, що перенесли мозковий інсульт. Окремі результати досліджень останніх років викладені нижче.

Метою нашого дослідження було вивчення епідеміологічних особливостей мозкових інсультів в Закарпатській області.

Матеріали та методи. Епідеміологія МІ вивчалась за даними історій хвороб, на основі даних анкетування та клінічного моніторингу всіх випадків інсультів по Закарпатській області за 2005–2006 рр. При проведенні наукових досліджень був використаний клініко-епідеміологічний метод, анкетний метод, клініко-лабораторний метод, для нейровізуалізації використовувався метод аксіальної комп'ютерної томографії. При моніторингові клінічного стану хворих була використана Скандинавська шкала інсульту (Scandinavian Stroke Study Group), для дослідження когнітивних функцій було використано шкалу оцінки психічного стану (Mini-Mental State Examination), дані вносились при поступленні, на 7 день та при виписці пацієнтів. Для досягнення мети та полегшення аналізу працівниками кафедри була розроблена “Анкета хворого, що переніс гостре порушення мозкового кровообігу”.

Результати досліджень та їх обговорення. Захворюваність на інсульт в 2004 році склала 1,84‰, смертність від інсульту – 0,28‰, а смертність в працездатному віці – 0,12‰, в 2005 році відповідно – 1,77‰, 0,31‰, та 0,12‰, в 2006 р – захворюваність на інсульт 1,69‰, смертність – 0,34‰, смертність в працездатному віці – 0,12‰ (табл.1).

Таблиця 1

Захворюваність та смертність від мозкового інсульту в Закарпатській області

Роки досліджень	Кількість мозкових інсультів	Захворюваність на тис. дор. насел.	Смертність на 1 тис. дор. насел.	Смертність в працездатному віці 1 тис. дор. насел.
2004 р.	1811	1,84	0,28	0,12
2005 р.	1715	1,77	0,31	0,12
2006 р.	1586	1,69	0,34	0,12

З точки зору медичної географії в межах Закарпатської області, виділяють три природничі зони: гірську, передгірну та низинну. На 2006 рік у гірських районах нашої області проживає до 12,6% населення області, в передгірних – 37,3% та в низинних – 50,1%. При аналізі співвідношення кількості МІ в залежності від місця проживання отримано наступні результати: на гірські райони припадає 17,1% всіх випадків МІ, на передгірні –

32,7%, а на низинні – 50,2%. Захворюваність на МІ в залежності від клімато-географічної зони в 2004 році була наступна: в гірській зоні – 1,79‰, в передгірній – 1,73‰, в низинній – 1,99‰; в 2005 році в гірській зоні – 1,75‰, в передгірній – 1,58‰, в низинній – 1,98, ‰; в 2006 році в гірській зоні – 1,76‰, в передгірній 1,41‰, в низинній – 1,91‰ (табл. 2).

Таблиця 2

Захворюваність на інсульт залежно від клініко-географічної зони

	1994	1995	1996	2004	2005	2006
Гірська зона	1,40	1,53	1,47	1,79	1,75	1,76
Передгірна зона	1,71	1,70	1,71	1,73	1,58	1,41
Низинна зона	1,88	1,81	1,95	1,99	1,98	1,91

Попередні дослідження, проведені в 90-х роках ХХ століття, виявили кілька тенденцій, згідно з якими захворюваність у гірській зоні була найнижчою на Закарпатті, захворюваність на МІ була у півтора рази нижчою за захворюваність на МІ в низинній зоні. При порівнянні даних за три роки (1994, 1995 та 1996 рр.) та за останні три роки можна констатувати, що захворюваність на МІ в Закарпатській області за останні 10 років зросла, причому виявлена тенденція до зростання захворюваності в гірській зоні. Такі зміни можна пояснити фактом значної сезонної міграції населення гірської зони в останні роки як у низинні райони області, так і у віддалені області України, в Росію, інші країни Європи, що ускладнює контроль за

артеріальним тиском та усунення інших факторів ризику.

Аналіз захворюваності на МІ в залежності від віку, статі, ваги та зросту за останні три роки показав наступне: середній вік хворих склав 62,8+/-1,2; з них до 40 років МІ настав у 2,7% хворих, на вікову групу 41-50 років припало 5,5%, на вікову групу 51-60 років – 16,4%, на вікову групу 61-70 років – 32,9% і на групу віком 70 років та старше – 40,6% хворих (рис. 1).

Таким чином можна констатувати, що 73,5% всіх випадків МІ припадає на вік понад 60 років, що відповідає даним світової медичної літератури [1, 4, 5, 10]. Переважна кількість МІ була зафіксована у чоловічої статі – 57%.

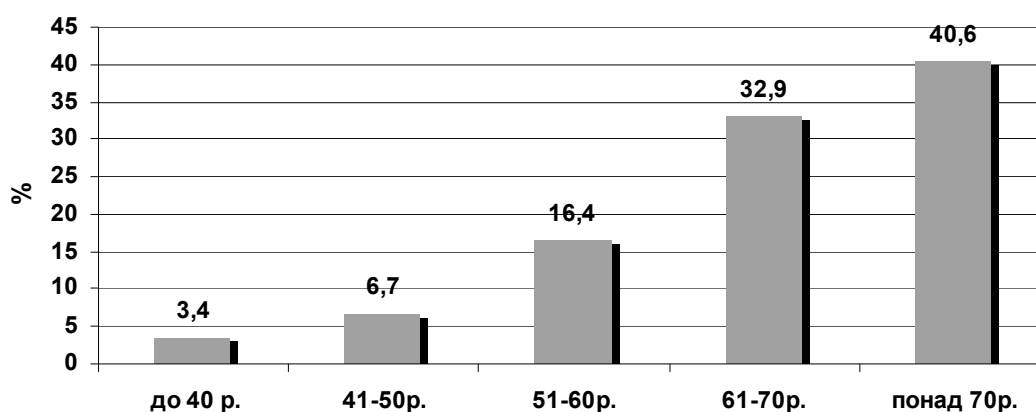


Рис. 1. Розподіл хворих з мозковим інсультом за віком

За індексом Кетле ($IK = \text{вага тіла в кг} / \text{зріст в м}^2$), який було використано при вивченні впливу ваги тіла на частоту виникнення МІ, хворі розподілились наступним чином: від 20-25 балів 32,4%, 26-30 балів – 48,1%, більше 30 балів – 19,5%. Це дослідження показало, що у переважній більшості хворих, що хворіли на МІ, мало місце значне підвищення маси тіла (26 балів та вище за ІК було зареєстровано у 68% хворих).

Ішемічний інсульт було верифіковано у 75,2% випадків, геморагічний у 24,8%. Найчастішими факторами ризику МІ є артеріальна гіпертензія 73,9%, ішемічна хвороба серця – 67,1%, серцеві аритмії – 32,9%, ГІА – 19,1%, перенесені МІ – 15%, цукровий діабет – 13,7%. Отримані нами дані підтверджують попередні дослідження, які виявили наявність добової циклічності у виникненні МІ. У 65,8% хворих інсульт стався протягом світлої частини доби і у 34,2% – вночі. Виявлено також сезонну залежність: 24,2% МІ трапилося навесні, 30,3% влітку, 28,4% восени та 17,1% взимку.

Для уточнення локалізації процесу в головному мозку 187 пацієнтам, що перенесли МІ, було проведено аксіальну комп'ютерну томографію. Ураження лівої півкулі було зафіксовано в 39,2% випадків, правої – у 42,5% випадків, стовбурових структур – 18,3%. При локалізації вогнища в пів-

кулях головного мозку: на лобну долю припало 4,7%, лобно-тім'яну – 2,8%, лобно-скроневу – 4,8%, скроневу – 6,7%, скронево-тім'яну – 10,5%, скронево-потиличну – 2,2%,тім'яну – 5,7%,тім'яно-потиличну – 7,6%, потиличну – 6,9%, вогнища не виявлено у 19%. У 5,3% випадків ураження мозку супроводжувалося проривом у шлуночки. Розмір вогнища в діаметрі до 1 см при півкульній локалізації процесу зафіксовано у 9 хворих (5,8%), від 1 см до 2 см – у 31 хворих (20,2%), від 2 см до 3 см – у 47 хворих (31,1%), більше 3 см у 66 хворих (42,9%). За Скандинавською шкалою виражений неврологічний дефіцит у першу добу спостерігався у 19,8% хворих, помірний – у 47,2% хворих, легкий – у 33%, на 7 день – виражений у 10,6%, помірний – у 58,4%, легкий – 31%. При виписці виявлено виражений неврологічний дефіцит у 9,4%, помірний – у 22,1%, легкий – у 68,5%.

Висновки:

1. Захворюваність на мозковий інсульт у Закарпатській області є однією з найнижчих по Україні.
2. Особливістю мозкового інсульту в Закарпатській області є його регіональна зональність.
3. Серед корегованих чинників ризику важливу роль відіграє надлишкова вага тіла.

4. У виникненні мозкових інсультів серед населення Закарпатської області спостерігається ритмічність, як циркадна, так і сезонна.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богданов А.Н., Кравцов Ю.И. Эпидемиология и факторы риска ишемического инсульта в Среднем Приобье по данным проспективного исследования // Неврологический журнал. – 1998. – №3(2). – С. 39-42.
2. Волошин П.В., Мищенко Т.С., Лекомцева С.В. Анализ поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні. // Міжнародний неврологічний журнал. – 2006. – № 3(7). – С. 10-11.
3. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы. // Инсульт. – 2001. – № 1. – С 34-40.
4. Гринчук А. Д., Обухівська Л.І. Епідеміологія церебро-васкулярних захворювань в Рівненській області // Інсульт та судинно-мозкові захворювання. Матеріали першого національного конгресу. – 2006. – С 17.
5. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Журнал неврологии и психиатрии (приложение «Инсульт»). – 2003. – № 8. – С 8–9.
6. Мищенко Т.С. Стан неврологічної служби в Україні // Здоров'я України.–2006. – № 23(1). – С.9.
7. Мищенко Т.С., Здесенко І.В., Лапшина І.О., Перцева Т.Г. Епідеміологія та фактори ризику розвитку мозкового інсульту в Україні // Інсульт та судинно-мозкові захворювання. Матеріали першого національного конгресу. – 2006. – С.14.
8. Назаренко В.Г., Грищенко С.В., Калмышова Т. Н. Эпидемиология мозгового инсульта в популяции экоризисного региона Украины // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2003. – Т.12, №1. – С.28-31.
9. Шкробот С.І., Салій З.В., Колеснікова Л.І., Стоян С.Б. Епідеміологія мозкового інсульту в Тернопільській області. // Інсульт та судинно-мозкові захворювання. Матеріали першого національного конгресу. – 2006. – С.19.
10. Bonita R. Epidemiology of stroke // The Lancet. – 1992. – Vol.339. – P.342-344.
11. Davalos A. Risk of stroke in TIA with a cerebral infarct on CT. // J. Neurol., Neurosurgery and Psychiatry. – 1993. – Vol.25, №8. – P.1611-1616.
12. Mihalka L., Smolanka V., Bulecza B., Mulesa S., Bereczki D. A population study of stroke in West Ukraine. Incidence, stroke services, and 30-day case fatality // Stroke. – 2001. – Vol. 32, № 10. – P.2227-2231.
13. Feigin V.L., Wiebers D.O., Nikitin Y.P., O' Fallon W.M., Whisnant J.P. Risk factors for ischemic stroke in a Russian community: a population — based case — control study // J. Stroke. – 1998. – № 29. – P.34—39.

SUMMARY

THE PECULIARITIES OF STROKE EPIDEMIOLOGY IN TRANSCARPATION REGION

Pulyk O.R., Smolanka V.I., Gyryavets M.V., Galin L.M., Karpinska K.O., Yadhzak M.M.

The increase of stroke rates in a population is a great problem. We used clinical and functional methods to analyze the epidemiology of strokes. We used MMSE in order to study the cognitive functions in patients with stroke. We found that the main risks factors of stroke are heart diseases.

Key words: stroke, risks factors, epidemiology

УДК 616.127-005.8-084 (477.87)

СТАН ВТОРИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФАРКТУ МІОКАРДА В М. УЖГОРОД

Рішко О.А., Блецкан М.М., Бубряк А.Е., Варваринець А.В., Вор'ю А.Й., Іваньо Н.В., Іваньо Т.В., Павлюк А.П.

Ужгородський національний університет, Ужгородська центральна міська клінічна лікарня, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: з метою вивчення стану вторинної профілактики інфаркту міокарда було проаналізовано лікування 114 пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда у 2004 році і знаходяться на диспансерному обліку у кардіолога поліклініки. Як позитивний факт було встановлено, що більшість пацієнтів отримують бета-адреноблокатори (90%), аспірин (88%), інгібітори АПФ (80%), що відповідає європейським рекомендаціям. У 68% гіпертоніків артеріальний тиск є в межах цільового. В той же час виявлено резерви покращення вторинної профілактики інфаркту міокарда через більш настирливі заходи щодо зміни способу життя та корекції факторів серцево-судинного ризику, адже 19% пацієнтів продовжують палити, 75% мають надмірну масу тіла чи ожиріння, у 32% виявлено гіперхолестеринемію, у 18% – гіперглікемію.

Ключові слова: інфаркт міокарда, вторинна профілактика

Вступ. Серцево-судинні захворювання та висока смертність від їх ускладнень залишаються основною проблемою сучасної медицини. Особливо актуальною вона є в Україні, де у структурі смертності серцево-судинні захворювання становлять 61,6%, причому 65,5% останніх припадають на ішемічну хворобу серця, показник смертності від

якої є 632 на 100 тис. населення (2003 рік), тоді як в Європі та країнах Євросоюзу він становить 224,5 та 107,6 на 100 тис. населення відповідно (2001 рік) [2]. Про недостатню профілактичну роботу свідчить і високий показник інвалідності від ішемічної хвороби серця, який за період 2000-2003 рр. збільшився у 3,2 рази [2].