ЛІТЕРАТУРА

1. Нурметова І.К. Функціональне значення гормонів щитоподібної залози в процесах адаптації / І.К. Нурметова // Досягнення біології та медицини. – 2013. – №2. – С. 68-71.
2. Вернигородський В.С. Адаптаційний потенціал і реабілітаційний прогноз у хворих на гіпотиреоз / В.С. Вернигородський, Н.М. Фетісова, М.В. Вернигородська // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2011. – № 2(35). – С. 34-36.

Дата надходження до редакції 10.10.2018 р.

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150223](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150223)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ У ПАЦІЄНТІВ З НАДЛИШКОВОЮ МАСОЮ ТІЛА ТА МІГРЕННЮ БЕЗ АУРИ І ХРОНІЧНОЮ МІГРЕННЮ

Ю.І. Романенко¹, І.А. Григорова², І.Ю. Романенко³

¹Київська обласна клінічна лікарня, ²Харківський державний медичний університет,

³Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України

Головний біль є однією з найбільш частих скарг не тільки в неврологічній, але і в загальномедичній практиці [1, 2]. Поширеність мігрень (М) коливається від 4 до 20% випадків у загальній популяції, М страждають 6-8% чоловіків і 15-18% жінок [3]. Психічними розладами, найбільш часто присутніми при головному болю, є тривога і депресія, які часто поєднуються з порушеннями сну [4].

Мета: вивчити поширеність та виразність проявів тривоги, депресії та диссомнічних порушень у пацієнтів з надлишковою масою тіла та мігренню без аури і хронічною мігренню.

Матеріал та методи. Було обстежено 31 пацієнта з діагнозами «мігрень без аури» та «хронічна

мігрень». Критеріями включення були підписання інформованої згоди на участь у дослідженні, вік більше 18 і менше 60 років, наявність головного болю, який відповідає критеріям М відповідно до Міжнародної класифікації головного болю, МКГБ-3. В групу здорових випробовуваних увійшло 30 осіб (15 (50%) чоловіків і 15 (50%) жінок), які за минулий рік відмічали не більше 1 епізоду головного болю та не скаржилися на біль у шиї, а також не зверталися за медичною допомогою впродовж минулого року. Було проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження з включенням тестів Спілбергера, Бека, анкети бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну. Статистична обробка даних проводилася з

Таблиця 1

Психометричні показники в групі пацієнтів клінічних груп та груп здорових випробовуваних

Показник	Група I (n=20) Me (Q1–Q3)	Група II (n=11) Me (Q1–Q3)	Здорові випробовувані (n=30) Me (Q1–Q3)
Реактивна тривога, бали	43,50 (41,25–53,25)*	49,00 (42,00–53,00)**	29,50 (27,00–34,25)
Особистісна тривога, бали	49,00 (43,00–52,75)*	50 (47,00–56,00)**	32,50 (30,00–37,00)
Рівень депресії, бали	7,50 (3,00–18,25)*	9,00 (8,00–19,00)**	0,0 (0,0–2,00)
Якість сну, бали	20,00 (19,00–21,75)*	20,00 (18,00–22,00)**	25,00 (23,00–26,00)

Примітки: : рівень значущості відмінності – $P=0,001$ при порівнянні пацієнтів відповідних груп:

* – при порівнянні пацієнтів групи I та здорових випробовуваних; ** – при порівнянні пацієнтів групи II та здорових випробовуваних.

використанням програм SPSS 17.0 і Microsoft Excel для Windows (2013). Оцінювалися відмінності за допомогою непараметричного теста Манна-Уїтні для незалежних вибірок. Критичний рівень значущості при перевірці статистичних гіпотез приймали рівним 0,05.

Результати та обговорення. Обстежено 31 пацієнта (11 чоловіків, 20 жінок, середній вік $46,22 \pm 9,03$ року, $Me (Q1-Q3) = 49,00 (40,0-52,0)$ року) із середнім індексом маси тіла $27,19 \pm 1,25$ з діагнозами М без аури (група I, $n=20$) та хронічна М (група II, $n=11$). Для пацієнтів груп I і II характерні достовірно більш високі показники реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ), депресії, більш виразні розлади сну порівняно зі здоровими випробуваними (табл. 1).

У пацієнтів з хронічною М високий рівень РТ зустрічався в 1,62 рази, високий рівень ОТ – в 1,26 рази частіше, суб'єктивні ознаки депресивного настрою відповідно до оцінки за шкалою Бека – в 1,21 рази частіше, порушення сну – в 1,36 разів частіше, ніж у пацієнтів із М без аури.

Висновки. У пацієнтів з надлишковою масою тіла та М без аури і хронічною М відмічаються достовірно більш високі рівні РТ та ОТ, депресії, виразні розлади сну в порівнянні зі здоровими випробуваними. Зазначені психоемоційні розлади частіше зустрічаються у хворих з хронічною М порівняно з М

без аури. Визначення психоемоційного стану у даній категорії пацієнтів дозволить індивідуалізувати підхід до ведення та своєчасно розробити в разі потреби корегуючі та реабілітаційні заходи, які будуть запобігати хронізації головного болю та сприяти підвищенню якості життя.

Ключові слова: мігрень без аури, хронічна мігрень, тривога, депресія, диссомнічні порушення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Stovner Lj, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, Steiner T, Zwart JA. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007 Mar;27(3):193-210.
2. Wiendels NJ, Knuistingh Neven A, Rosendaal FR, Spinhoven P, Zitman FG, Assendelft WJ, Ferrari MD. Chronic frequent headache in the general population: prevalence and associated factors. *Cephalalgia*. 2006 Dec; 26(12):1434-42.
3. World Health Organization (WHO). Headache disorders. WHO fact sheet 277. Updated April 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs277/en/> Accessed February 21, 2018.
4. В.В. Осипова. Коморбидность мигрени: обзор литературы и подходы к изучению / Осипова В.В., Вознесенская Т.Г. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – № 107(3). – С. 64–73.

Дата надходження до редакції 24.10.2018 р.

[https://doi.org/10.24026/1818-1384.4\(64\).2018.150224](https://doi.org/10.24026/1818-1384.4(64).2018.150224)

АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІД ЧАС ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ПЕРВИННОМУ ГІПЕРПАРАТИРЕОЗІ

В.Л. Руденко, М.В. Кунатовський, С.О. Тарасенко

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України

Вступ. Первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ) – це ендокринне захворювання, яке виникає на тлі пухлинних або гіперпластичних змін однієї чи декількох прищитоподібних залоз і призводить до нерегульованої гіперсекреції паратгормону, гіперкальціємії та ряду патологічних змін у органах-мішенях, у першу чергу в кістках та нирках. Патофізіологічною основою розвитку захворювання є порушення кальцієво-фосфорного гомеостазу організму людини.

Мета: проаналізувати особливості проведення, перебіг анестезії при анестезіологічному забезпеченні з інтубацією трахеї або застосуванням ларингеальної маски при видаленні поодинокі аденони ПЩЗ при ПГПТ в умовах спеціалізованого ендокринологічного центру.

Матеріали та методи. 39 пацієнтів було включено в дослідження. Оперативні втручання виконували на тлі загальної анестезії з ШВЛ у вигляді низько/мінімально потокової інгаляційної анестезії (ІНПА/