

наступних функцій: зорово-конструктивні навички, пам'ять, мова. Зафіксовано вірогідний кореляційний зв'язок між клінічними проявами (комбінацією синдромів) та когнітивним дефіцитом.

УДК 616.831-005.1-071.3

САЛІЙ М.І., ШКРОБОТ С.І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського», м. Тернопіль, Україна

Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня, м. Тернопіль, Україна

Адреса для листування з авторами:

E-mail: margaruta@mail.ru

### КОГНІТИВНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ ІЗ ЛАКУНАРНИМ ІНСУЛЬТОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ТИПУ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ АТРОФІЇ

**Актуальність.** Лакунарний інсульт (ЛІ) — поширена форма цереброваскулярної патології, що характеризується мінімальним неврологічним дефіцитом і в 15–20 % випадків — розвитком деменції. У перші 4 роки після перенесеного ЛІ у 30 % хворих розвиваються когнітивні порушення, що є причиною професійної та соціальної дезадаптації пацієнтів.

**Метою** нашої роботи було визначення типу церебральної атрофії за даними комп'ютерної томографії (КТ) головного мозку у хворих з перенесеним ЛІ для виявлення залежності когнітивних функцій від типу атрофії.

**Матеріал і методи дослідження.** Нами було обстежено 48 хворих з гострим ішемічним ЛІ, середній вік —  $63,36 \pm 1,89$  року. Усім пацієнтам проведено тестування за шкалою МоСА в гострому періоді і через 10–12 місяців та визначення морфометричних змін головного мозку на відповідних КТ-зрізах з метою виявлення зовнішньої, внутрішньої чи змішаної церебральної атрофії.

Зважаючи на розміри субарахноїдальних просторів і шлуночкової системи, хворі були розподілені на чотири групи: I група (9 хворих) — з проявами внутрішньої атрофії, II група (12 хворих) — з фокальною зовнішньою, III група (13 хворих) — із змішаною церебральною атрофією, IV група (14 хворих) — без ознак атрофії.

**Результати дослідження.** У I групі показники МоСА-тесту в гострому періоді становили  $18,00 \pm 0,41$  бала, а в динаміці —  $16,67 \pm 0,33$  бала, що вірогідно нижче вихідного рівня ( $p < 0,01$ ). У II групі показник МоСА-тесту не зазнав суттєвої динаміки:  $23,00 \pm 0,66$  бала — в гострому періоді та  $22,58 \pm 0,70$  бала — в динаміці. У III групі спостерігалось вірогідне ( $p < 0,05$ ) погіршення когнітивного функціонування в динаміці — від  $20,69 \pm 0,84$  бала до  $20,31 \pm 0,94$  бала. У IV групі когнітивні функції згідно з даними шкали МоСА змін не зазнали:  $19,21 \pm 0,79$  бала — в гострому періоді та  $19,07 \pm 0,84$  бала — в динаміці.

**Висновки.** Таким чином, встановлено, що наявність у хворого ознак внутрішньої та змішаної атрофії є предиктором наростання когнітивних порушень, що потребує динамічного спостереження та адекватної медикаментозної терапії, з метою сповільнення розумового зниження у хворих після перенесеного ЛІ.

УДК 616.831-001-036:11-073.756.8:681.31

САЛІЙ З.В., ШКРОБОТ С.І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Адреса для листування з авторами:

E-mail: saliye@tdmu.edu.ua

### ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

**Мета роботи:** дослідити особливості когнітивного функціонування у хворих з наслідками черепно-мозкової травми (ЧМТ) залежно від віку.

**Матеріал і методи дослідження.** У 367 хворих з наслідками ЧМТ (99 — легка ЧМТ, 118 — середньої тяжкості та у 150 — тяжка), середнього віку ( $42,72 \pm 0,51$  року) дослідили стан когнітивного функціонування за допомогою МоСА-тесту.

Згідно з класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я, пацієнтів розподілили на групи: I — молодий вік (до 29 років),  $n = 41$ , жінок — 14,60 %, неврологічний дефіцит оцінено в  $2,78 \pm 0,34$  бала; II — середній вік (30–44 роки),  $n = 138$ , жінок — 13,77 %, неврологічний дефіцит —  $3,11 \pm 0,19$  бала та III — зрілий вік (45–60 років),  $n = 188$ , жінок — 16,48 %, неврологічний дефіцит —  $3,29 \pm 0,17$  бала.

**Результати та їх обговорення.** Значення МоСА-тесту у першій групі —  $21,83 \pm 0,60$  бала, у другій —  $22,14 \pm 0,28$  бала, у третій —  $21,11 \pm 0,24$  бала. Різниця між результатами груп середнього та зрілого віку не була вірогідною ( $p = 0,06$ ).

У групі молодого та зрілого віку відсоток пацієнтів з деменцією був практично на одному рівні (20 та 19 % відповідно). Найбільша частка осіб з легким когнітивним зниженням — у групі середнього віку (54 %), помірним когнітивним зниженням — у групі зрілого віку (36 %). Не зафіксовано когнітивної дисфункції у 20 % осіб молодого віку, 12 % — середнього та 11 % — зрілого віку. За середнім значенням рубрик «назви», «орієнтація», «абстракція» групи не відрізнялись. Нижчі значення рубрик «зорово-конструктивні навички», «пам'ять», «мова» у пацієнтів зрілого віку не набули підтвердження статистичною вірогідністю ( $p = 0,06$ ).

З метою встановлення факторів, що впливають на результат МоСа-тесту у кожній віковій категорії, досліджено кореляційні зв'язки. Так, у осіб молодого віку МоСа-тест продемонстрував зв'язок із рівнем

освіти —  $r = 0,563$ ;  $p = 0,000$  (залежність окремих рубрик від даного показника: зорово-конструктивні навички —  $r = 0,313$ ;  $p = 0,046$ , пам'ять —  $r = 0,340$ ;  $p = 0,03$ , увага —  $r = 0,461$ ;  $p = 0,02$ , здатність до абстрагування —  $r = 0,341$ ;  $p = 0,029$ , орієнтація —  $r = 0,384$ ;  $p = 0,013$ ). Жіноча стаття була пов'язана з гіршими результатом рубрики «орієнтація» —  $r = -0,363$ ;  $p = 0,020$ .

У осіб середнього віку спектр залежностей був більшим: освіта/МоСА-тест —  $r = 0,465$ ;  $p = 0,000$  (у тому числі освіта/зорово-конструктивні навички —  $r = 0,351$ ;  $p = 0,000$ , освіта/пам'ять —  $r = 0,291$ ;  $p = 0,001$ , освіта/мова —  $r = 0,300$ ;  $p = 0,000$ ), вид травми/мова —  $r = -0,230$ ;  $p = 0,007$ , депресія/пам'ять —  $r = -0,226$ ;  $p = 0,008$ , депресія/увага —  $r = -0,178$ ;  $p = 0,037$ .

У пацієнтів зрілого віку кореляція МоСА-тесту з освітою була слабшою, ніж в попередніх групах ( $r = 0,391$ ;  $p = 0,000$ ). Окрім цього, встановлено, що до факторів, які негативно впливають на результат, слід віднести вік ( $r = -0,166$ ;  $p = 0,000$ ), неврологічний дефіцит ( $r = -0,147$ ;  $p = 0,044$ ) та наявність депресивного розладу ( $r = -0,249$ ;  $p = 0,000$ ). Кореляційний зв'язок неврологічного дефіциту з рубрикою «зорово-конструктивні навички» був на рівні  $r = -0,240$ ;  $p = 0,001$ , з рубрикою «пам'ять» —  $r = -0,177$ ;  $p = 0,017$ . У жінок результати тестування були вищими ( $r = 0,158$ ;  $p = 0,030$ ).

**Висновок.** Легке когнітивне зниження частіше діагностували у осіб середнього віку, помірне когнітивне зниження — у осіб зрілого віку, деменцію — у групах молодих і зрілих осіб. Встановлено певні закономірності впливу клінічних чинників на розвиток когнітивного дефіциту у хворих різного віку.

УДК 616.831-005.1-06:616.717-08:615.8

СІКОРСЬКА М.В.<sup>1</sup>, РЕМЕНЮК Ю.К.<sup>2</sup>, ДУШЕНКО В.В.<sup>2</sup>, МАРИХІН В.Г.<sup>2</sup>, ВІЗІР І.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup>Медичний центр «Аватаж», м. Запоріжжя, Україна

Адреса для листування з авторами:  
E-mail: isikorska@mail.ru

## ЗАСТОСУВАННЯ РАДІАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ БОЛЬОВИХ СИНДРОМАХ ПЛЕЧА ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Больові синдроми плеча — одне з найбільш поширених ускладнень мозкових інсультів, що становить до 19 % від усіх хворих. Причина — порушення біомеханіки плеча, що пов'язано зі зменшенням стабільності, частковим підвизихом головки плечової кістки та, як наслідок, розвиток ненормальної сенсорно-симпатичної рефлекторної дуги та зміна механізму обробки сенсорних стимулів. Застосування радіальної ударно-хвильової терапії (РУХТ) в гострому періоді розвитку больового синдрому дозволяє не тільки зменшити біль,

а й збільшити об'єм активних і пасивних рухів без застосування медикаментозних препаратів.

**Метою** роботи було дослідити ефективність РУХТ при лікуванні постінсультних больових синдромів плеча.

**Матеріал і методи.** Нами було проліковано 23 пацієнти з больовими синдромами у плечі після інсульту. Хворі розподілилися на групи: I група — 2–3 тижні, II група — 4–6 тижнів, III група — понад 3 місяці. Середній вік хворих —  $65,1 \pm 1,2$  року. Жінок було 60,7 %, чоловіків — 39,3 %. Лікування проводилось на апараті MR-200-810. Курс лікування — 5–7 процедур 1 раз на тиждень. Кожна процедура до 6 тисяч ударів силою 2,5–3,5 бар, частотою 8–15 Гц.

**Результати** оцінювались за динамікою больового синдрому та розширенням об'єму пасивних та активних рухів. Найліпші результати були отримані у хворих з давністю інсульту, що не перевищувала 6 тижнів, і 1–3 тижні від виникнення больового синдрому. Досягнуті результати мали стійкий характер та зберігалися протягом року спостереження.

**Висновки.** Таким чином, РУХТ є сучасним ефективним методом лікування постінсультного болю в плечі, може застосовуватися в гострому періоді інсульту і дозволяє виключити медикаментозні препарати при терапії. Усунення больового синдрому дозволило активно застосовувати методи реабілітації рухових розладів у хворих на гострий мозковий інсульт.

УДК 616.8-08:615.8

СІКОРСЬКА М.В.<sup>1</sup>, РЕМЕНЮК Ю.К.<sup>2</sup>, ДУШЕНКО В.В.<sup>2</sup>, МАРИХІН В.Г.<sup>2</sup>, ГОСТИЦЬЄВА І.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

<sup>2</sup>Медичний центр «Аватаж», м. Запоріжжя, Україна

<sup>3</sup>Міська клінічна лікарня № 6, м. Запоріжжя, Україна

Адреса для листування з авторами:  
E-mail: isikorska@mail.ru

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІКРОПОЛЯРИЗАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Мікрополяризація — метод лікування, що впливає на головний та спинний мозок постійним током малих величин. Завдяки такому впливу змінюються нейропластичні властивості центральної нервової системи, прискорюються процеси навчання, поліпшуються пам'ять, увага, зменшуються прояви гіперкінезів, судомних синдромів, значно прискорюється регресування рухових розладів.

**Матеріали та методи.** За рік використання в клініці «Реамед-поляріс» було проліковано понад 50 пацієнтів, з них 18 дітей віком від 4 до 12 років з різними ступенями затримки нервово-психічного розвитку, у тому числі так звані гіперактивні діти, з розладами мовного розвитку; 4 хворих з ішемічними інсультами в резидуальному періоді