

класс II–IV): 28 женщин, 20 мужчин в возрасте от 18 до 65 лет. Длительность болезни составляла от 1 до 23 лет (в среднем $11,5 \pm 3,8$ года). Для определения уровня личностной и ситуативной тревожности пациентов тестировали по шкале тревоги Спилбергера — Ханина. Статистическую обработку результатов проводили с помощью компьютерной программы Stadia.

Результаты и их обсуждение. Низкий уровень личностной тревожности определялся у 24 (50 %) пациентов, умеренный — у 14 (29,2 %), высокий — у 10 (20,8 %) человек.

Противоположные данные получены при оценке ситуативной тревожности: низкий ее уровень определялся лишь у 7 (14,6 %) человек, умеренный — у 22 (45,8 %), высокий — у 19 (39,6 %). Уровень личностной тревожности не коррелировал с длительностью заболевания ($r = 0,11$; $p > 0,05$), в то время как степень ситуативной тревожности достоверно с ней коррелировала ($r = 0,28$; $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, пациенты с миастенией подвержены повышенному уровню ситуативной тревожности, степень которой нарастает с течением заболевания. Пациентам с миастенией рекомендовано проводить тестирование на предмет тревожных нарушений, а при их выявлении применять адекватные методы лечения.

УДК 616.74+616.81-009.17:616.89-008.454

КАЛЬБУС А.И.¹, ШКОЛЬНИК В.М.¹, СИДОРЕНКО Д.В.², ГУЦА И.А.²

¹ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск, Украина

²КУ «Городская многопрофильная клиническая больница № 4», г. Днепропетровск, Украина

Адрес для переписки с авторами:
E-mail: alexkalbus@email.ua

ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ МИАСТЕНИЕЙ

Актуальность. Несмотря на относительно невысокую распространенность и заболеваемость, миастения является актуальной проблемой современной неврологии. Это обусловлено потенциальной курабельностью заболевания при относительно невысокой стоимости лечения. Как известно, пациенты с хроническими заболеваниями больше подвержены депрессии по сравнению с общей популяцией, что приводит к значительному ухудшению качества их жизни. Особенности проявления депрессии при миастении изучены недостаточно и требуют дальнейшего уточнения.

Целью работы было изучить особенности проявления депрессии у больных миастенией.

Материалы и методы исследования. В данное исследование было включено 48 пациентов с подтвержденным диагнозом миастении (генерализованная форма, класс II–IV): 28 женщин, 20 мужчин в возрасте от 18

до 65 лет. Длительность болезни составляла от 1 до 23 лет (в среднем $11,5 \pm 3,8$ года). Для выявления депрессии пациентов тестировали по шкале депрессии Бека. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Stadia.

Результаты и их обсуждение. Депрессия была выявлена у 39 пациентов (81,3 %), из них легкая — у 20 (51,3 %) человек, умеренная — у 12 (30,8 %), выраженная — у 7 (17,9 %) человек. Выраженность депрессии коррелировала с длительностью заболевания ($r = 0,24$; $p < 0,05$), но в большей мере — с частотой миастенических кризов в анамнезе ($r = 0,41$; $p < 0,001$).

Степень депрессии коррелировала также с классом миастении ($r = 0,38$; $p < 0,05$).

На момент обследования из 39 человек с выявленной депрессией антидепрессанты принимали лишь 5 (10,2 %) пациентов.

Выводы. Таким образом, пациенты с миастенией подвержены депрессивным расстройствам. Выраженность депрессии увеличивается с течением заболевания, со степенью клинических проявлений миастении, а также зависит от частоты осложнений (миастенических кризов). Пациентам с миастенией рекомендовано проводить тестирование на предмет депрессии, а при ее выявлении — назначать антидепрессанты.

УДК 616.831-005.1-036.11-036.82(043.3)

КОЛЕНКО О.И., ЧЕМЕРИС І.О.

Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми, Україна

Адреса для листування з авторами:
E-mail: neurologist_oksana@ukr.net

ПИТАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ РАНЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Актуальність. Проблема інсультів щорічно набирає обертів та є актуальною чи не для всіх країн світу. Як правило, перенесене гостре порушення мозкового кровообігу призводить до певного неврологічного дефіциту, повної або часткової втрати однієї або декількох функцій.

Мета дослідження: визначити значимість факторів, що можуть покращити швидкість та ефективність рухової реабілітації після гострого ішемічного інсульту (І).

Матеріали та методи. Обстежено 60 хворих (чоловіки — 32, жінки — 28), які перенесли ІІ, підтверджений за допомогою комп'ютерної томографії. Досліджували пацієнтів, які мали свідомість на рівні 14–15 балів за шкалою коми Глазго. У неврологічному статусі хворих виявлено вогнищевий неврологічний дефіцит у вигляді переважання вираженого контралатерального геміпарезу з локальним порушенням м'язового тону. Після завершення реабілітаційного курсу в умовах відділення

функціональний стан хворих був оцінений за шкалою Бартел. Стан хворих порівнювали залежно від латералізації та статі. Пацієнти були розподілені на 2 групи, по 30 чоловік у кожній. У першій групі проводились активні реабілітаційні заходи, у тому числі черезшкірна електронейростимуляція (ЧЕНС), лікувальна фізкультура (ЛФК), масаж, застосовували елементи психотерапії. У другій групі проводилась ЛФК, масаж; хворі мали протипоказання або не бажали проводити ЧЕНС та спілкуватись з психотерапевтом з інших причин.

Результати та їх обговорення. На момент виписки з су-динного відділення в першій групі середній бал за шкалою Бартел становив $87,0 \pm 4,3$, у другій — $75,0 \pm 5,6$ бала. У групі хворих із правопівкульним П оцінка становила $75,0 \pm 5,6$, а з лівопівкульним — $86,0 \pm 4,4$. Стать не була визначальним фактором відновлення функцій і суттєво не впливала на прогноз реабілітації.

Висновки. Отже, найбільш ефективними факторами відновлення є ранній початок, латералізація ураження та максимальне залучення всіх доступних засобів реабілітації рухових функцій із залученням суміжних фахівців.

УДК 616.831-005.1:616.857-07

ЛАПШИНА Л.А., ЛАПШИНА І.О.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна

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

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Актуальність. Досить частий наслідок мозкових інсультів (МІ) — це постінсультний біль (ПІБ), який відзначають, за даними літератури, від 11 до 53 % пацієнтів. Успішність реабілітаційних заходів у хворих із різними типами ПІБ є одним з актуальних завдань сучасної неврології.

Мета: вивчити клінічні особливості больових синдромів у хворих, які перенесли МІ.

Методи дослідження. Клініко-неврологічні обстеження хворих з використанням неврологічних шкал: Лідська шкала (LANSS); візуально-аналогова шкала болю.

Результати та їх обговорення. Нами було обстежено 54 хворих, які перенесли МІ та мали ПІБ. Центральний постінсультний біль (ЦПІБ) був у 7 (12,9 %) пацієнтів. Це були хворі з інфарктом таламусу та латеральним інфарктом довгастого мозку. Біль локалізувався в правій або лівій половині тіла, в 1 (1,9 %) хворого він був локальним у ділянці обличчя. Біль мав виражений, стійкий характер, виникав спонтанно або був обумовлений дією подразника. Він виникав відразу після інсульту або через місяць після нього. Постінсультні артропатії

турбували 39 хворих (72,2 %) із постінсультними геміпарезами. Це були ураження плечового суглоба (76,9 % хворих) у поєднанні (43,5 %) з ураженням ліктьового. У 79,4 % хворих було ураження колінного та тазостегнового суглобів. Больова спастичність у паретичних кінцівках була у 27 хворих (50,0 %). Болючі м'язові спазми турбували хворих у перші місяці після МІ і були пов'язані з прогресуючим наростанням м'язової спастичності. Постінсультний головний біль (ГБ) турбував 6 хворих (11,1 %). У більшій кількості хворих це був ГБ напруження.

Висновки. Нами виділені наступні типи хронічного ПІБ: ЦПІБ, больовий синдром, пов'язаний з ураженням суглобів та кістково-м'язового апарату, ГБ та больова спастичність. У одного хворого може бути кілька видів ПІБ, найчастіше це поєднання артралгій з больовою спастичністю та ГБ. Наявність різних больових синдромів підвищує тяжкість неврологічного дефіциту та ускладнює проведення лікувально-реабілітаційних заходів.

УДК 616.853-009.24-053.8-037

МАР'ЄНКО Л.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Адреса для листування з автором:
E-mail: lepilep@i.ua

МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЕПІЛЕПСІЇ У ДОРОСЛИХ ПІСЛЯ ПЕРШОГО НЕСПРОВОКОВАНОГО НАПАДУ

Актуальність. Навіть єдиний епілептичний напад (ЕН) є травматизуючою фізичною і психологічною подією, що стає складною діагностичною і лікувальною проблемою та має серйозні соціальні наслідки. Тому продовжуються пошуки предикторів адекватної відповіді пацієнтів на лікування після першого нападу, заснованих на доказовій базі, що дозволять з високим рівнем імовірності прогнозувати перебіг хвороби і попереджувати її рецидиви.

Мета: вивчення частоти та причин рецидивів ЕН після першого неспровокованого ЕН на фоні лікування.

Матеріал та методи дослідження. Протягом 2010–2015 рр. було обстежено 84 пацієнти віком від 17 до 68 років (середній вік $30,5 \pm 15,1$ року) з тривалістю спостереження $3,21 \pm 1,05$ року, які були скеровані у Львівський обласний протиепілептичний центр після виникнення перших неспровокованих ЕН і яким ще не призначались протиепілептичні препарати (ПЕП). Особи, у яких напад визначався як гострий симптоматичний ЕН, в дослідження не включались. У найкоротші терміни пацієнти були обстежені з використанням обов'язкових методів — електроенцефалографії (ЕЕГ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ).