

значено відсутність значущих різниць щодо неврологічного дефіциту. Така саме динаміка спостерігалась і у пацієнтів, що отримували тільки хвороба-модифікуючу терапію.

В групі лікування препаратом вітаміну D₃ (III група) середня оцінка EDSS через 1 рік залишилася без змін, але в цій групі на 10,4 % більше хворих протягом однорічного періоду спостереження зберігають стабільність неврологічного стану, ніж у групі пацієнтів без такого лікування ($p = 0,021$).

У хворих, які отримували холекальциферол на тлі лікування імуномодулюючими засобами (IV група), траплялося погіршення зорової функції (СШ: 0,16; ДІ: [0,019—1,124], $p = 0,048$), але достовірної динаміки сумарних оцінок EDSS не встановлено.

Результати проведеного дослідження показали зниження частоти рецидивів МС у пацієнтів, передусім, які використовували вітамін D як доповнення до лікування імуномодулюючими препаратами і певні позитивні тенденції при монотерапії холекальциферолом. Відмінностей у змінах оцінок функціональної спроможності за шкалою EDSS між досліджуваними групами не спостерігалось. Натомість, є підстави рекомендувати вживання препаратів вітаміну D у хворих з МС у фізіологічних, безпечних дозах.

УДК 616.853-02:616-001.3-036.8-037

Мар'єнко Л. Б., Мар'єнко К. М.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)*

Наслідки лікування та прогноз післятравматичної епілепсії

Частота розвитку післятравматичної епілепсії (ПТЕ) складає 2—5 % після закритої і до 50 % після відкритої черепно-мозкової травми (ЧМТ). Вважають, що основними предикторами розвитку ПТЕ є виникнення нападів в гострому періоді травми (ранні — в межах одного тижня — так звані гострі симптоматичні епілептичні напади, або пізні — після двох і більше тижнів після ЧМТ), а також ступінь її тяжкості. У дослідників все ще немає впевненості в тому, що фармакологічне лікування наслідків ЧМТ з превентивним призначенням протиепілептичних препаратів (ПЕП) одночасно сприяє профілактиці ПТЕ.

Метою дослідження було вивчення результатів лікування і прогнозу пацієнтів з ПТЕ порівняно з іншими формами симптоматичної епілепсії (СЕ) шляхом тривалого (в середньому $8,3 \pm 3,0$ роки) спостереження.

Під наглядом перебували 236 пацієнтів з різними етіологічними формами симптоматичної епілепсії, серед них 46 пацієнтів із ПТЕ (19,5 %): 33 чоловіки (71,7 %) і 13 жінок (28,3 %) віком від 21 до 82 роки (середній вік — $41,7 \pm 14,9$ роки). Середній вік початку захворювання становив $24,9 \pm 14,6$ роки. Всім пацієнтам проводили МРТ та неодноразово — ЕЕГ обстеження.

Легкі закриті ЧМТ діагностовано у 34 осіб (73,9 %), середнього і тяжкого ступеня — у 10 осіб (21,7 %), з них троє пацієнтів були прооперовані з приводу субдуральної гематоми. Двоє осіб (4,4 %) перенесли відкриті проникаючі ЧМТ в поєднанні із забоем тяжкого ступеня. У більшості пацієнтів перші неспровоковані напади виникали протягом кількох місяців після перенесеної ЧМТ (67,4 % хворих), але були випадки появи перших приступів через 3—5—7 років. Незважаючи на клінічну діагностику ЧМТ легкого ступеня у більшості пацієнтів в первинній документації, в усіх хворих виявлені структурні зміни головного мозку на МРТ.

У більшості пацієнтів з ПТЕ спостерігались часті — у 23 (50,0 %) і дуже часті напади — у 11 (23,9 %), тобто від 1 до 5—6

на місяць, причому часто поєднувались три типи приступів — прості і складні вогнищеві та вторинно-генералізовані, що статистично достовірно приводило до фармакорезистентності ($p < 0,01$). Загалом при ПТЕ 20 осіб (43,5 %) перебували в ремісії, у 26 (56,5 %) напади залишались неконтрольованими, незважаючи на використані різні режими прийому ПЕП. Якщо початок ПТЕ відбувся у віці до 12 років, то хвороба набувала найбільш несприятливого перебігу: у 80 % пацієнтів надалі розвинулась фармакорезистентність ($p < 0,05$). Зриви ремісії найчастіше відбувались у пацієнтів із ПТЕ та з алкогольною СЕ (23,9 % і 58,3 % відповідно), здебільшого через некомплаєнтність та вживання спиртних напоїв. Серед всіх пацієнтів із СЕ найгірші результати терапії з розвитком фармакорезистентності були у хворих з ПТЕ, з медіальним темпоральним склерозом і з дитячим церебральним паралічем. У пацієнтів з ПТЕ коморбідний вторинний інтер-та перііктальний біль голови виникав достовірно частіше, ніж при СЕ іншої етіології ($p < 0,05$). Соматична коморбідність виявлялась у пацієнтів з ПТЕ поряд із особами із судинною та з алкогольною СЕ. Це було пов'язано як з появою вік-залежної соматичної патології, так і з вторинними ускладненнями з боку внутрішніх органів у віддаленому періоді ЧМТ з розвитком поліорганної патології. Сійка втрата працездатності також була характерною для пацієнтів з ПТЕ ($p < 0,01$), що було зумовлено не тільки несприятливим перебігом СЕ, але і неврологічним дефіцитом різного ступеня.

Отже прогноз щодо розвитку ПТЕ залишається серйозним навіть при перенесеній легкій ЧМТ з вірогідністю фармакорезистентного перебігу епілепсії.

УДК 614.2:616.853

Мар'єнко Л. Б., Мар'єнко К. М., Ткачук Л. Й.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)*

Десятирічний досвід роботи Львівського обласного протиепілептичного центру: підсумки та перспективи

Львівський обласний протиепілептичний центр був створений 2006 року на базі кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні. Відповідно до затвердженого Положення центру (а на цей час і відповідно до вимог уніфікованих клінічних протоколів «Епілепсія у дорослих» та «Епілепсія у дітей»), первинні пацієнти скеровуються на консультацію в центр за умови труднощів діагностики і/або безуспішності лікування у лікаря-невролога вторинної ланки, а також з метою обліку і подальшого спостереження.

За час існування центру була надана консультативна допомога більш як 8,5 тис. пацієнтів, з них близько 10 % — діти і підлітки, 8,4 % осіб — з інших областей Західно-українського регіону. Від 6 до 10 % пацієнтів щороку проходять стаціонарне обстеження з метою диференціальної діагностики епілептичних і неепілептичних пароксизмальних станів, підбору або корекції лікування, визначення ступеня непрацездатності та ін. Відповідно до рекомендацій Міжнародної протиепілептичної Ліги (1997) усім пацієнтам обов'язково проводять ЕЕГ і МРТ дослідження. За останні роки з'явилась можливість використання МРТ з потужністю магнітного поля 1,5 Т, а також відео-ЕЕГ-моніторингу, що дозволило встановити діагноз симптоматичної епілепсії близько 15 % пацієнтів, у яких етіологія захворювання тривалий час була невідомою — криптогенна епілепсія. Це, в свою чергу, дало можливість скерувати деяких хворих на нейрохірургічне лікування.

Було проведено порівняння ефективності лікування різних етіологічних форм епілепсії у 404 хворих з тривалістю спостереження не менше ніж 5 років. У 198 осіб (1 група) діагноз епілепсії був встановлений вперше в центрі, з призначенням відповідного лікування, у 206 пацієнтів (2 група) були проведені більш досконалі обстеження і корекція попередньої безуспішної терапії (в середньому протягом $10,2 \pm 5,2$ роки). За період спостереження у пацієнтів 1 групи було досягнуто тривалої ремісії нападів у 72,2 % осіб, що відповідає кращим показникам, наведеним в літературних джерелах. Напади були контрольованими при симптоматичній епілепсії — у 71,8 % пацієнтів, при криптогенній — у 71,1 %, при ідіопатичній — у 100 %. Водночас після оптимізації терапії пацієнтів 2 групи ремісії вдалось досягти у значно меншій частині осіб — 49 % (із симптоматичною — у 26,3 %, із криптогенною — у 56,5 %, з ідіопатичною — у 82,4 %). У пацієнтів 2 групи достовірно частіше діагностовано фармакорезистентність ($p < 0,01$). Більшого успіху у веденні пацієнтів у високоспеціалізованому центрі від початку захворювання вдалось досягти завдяки своєчасній діагностиці, призначенню адекватного лікування та міцній співпраці лікар — пацієнт для досягнення комплаєнтності (роз'яснювальна робота щодо причин, особливостей перебігу епілепсії, правил повсякденного життя, роботи, занять спортом, необхідності уникнення провокуючих нападів чинників, суворого дотримання режиму лікування, заповнення «щоденника нападів», використання спеціально розробленого порадики для пацієнтів та їхніх родичів).

Третинну допомогу хворим на епілепсії в Україні надають, здебільшого, фахівці обласних неврологічних та психіатричних установ, а високоспеціалізованих центрів третинного рівня існує лише декілька — в Києві, Харкові, Ужгороді, Львові, Донецьку. Наш досвід свідчить, що організація і діяльність таких центрів має бути запроваджена в усіх обласних центрах України.

УДК 616.831-005-053.81

Матюшко М. Г.¹, Чижевська О. С.¹, Влащук А. М.², Литовальцева Г. М.²

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ)

²Київська міська клінічна лікарня № 4 (м. Київ)

Порушення мозкового кровообігу у людей молодого віку

Судинні захворювання головного мозку є однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності. Статистичні дані останніх років свідчать про зростання поширеності судинних захворювань головного мозку у людей молодого віку (до яких ВООЗ відносить осіб від 15 до 45 років). Це пояснюється недостатнім вивченням судинної патології у цих вікових категоріях, низькою інформованістю населення про перші симптоми та їх наслідки, які займають провідне місце серед причин первинної інвалідизації, а також несприятливою соціально-економічною ситуацією.

В Україні, згідно з офіційною статистикою МОЗ, щороку стається 100—110 тис. інсультів (понад третина з них — у людей працездатного віку).

Мета роботи:

1. Визначити частку осіб молодого віку в неврологічних відділеннях № 1 та № 2 Київської міської клінічної лікарні (КМКЛ) № 4 з порушеннями мозкового кровообігу, що були госпіталізовані протягом 2016 року.

2. На ґрунті медичної документації проаналізувати основні чинники виникнення і фактори ризику розвитку порушень мозкового кровообігу в чоловіків і жінок молодого віку.

3. З'ясувати частоту ураження вертебрально-базиллярного та каротидного судинних басейнів.

Протягом 2016 року до неврологічних відділень № 1 та № 2 КМКЛ № 4 звернулись 54 особи чоловічої статі (що складає 17 % з-поміж усіх звернень) та 30 осіб жіночої статі (що складає 10 % з-поміж усіх звернень) з достовірним діагнозом порушення мозкового кровообігу. Пацієнти належали до вікової категорії від 18 до 45 років (середній вік чоловіків — 40 ± 2 роки, жінок — 39 ± 2 роки).

Гостре порушення мозкового кровообігу серед чоловіків працездатного віку спостерігалось у 54 осіб, з них у 5 — транзиторна ішемічна атака, у 40 — ішемічний інсульт, у 9 — геморагічний інсульт, хронічного порушення мозкового кровообігу у чоловіків цієї категорії не було. Співвідношення ішемічних інсультів до геморагічних складає 4,4:1. Щодо уражених судинних басейнів, то у 21 чоловіка постраждав вертебрально-базиллярний басейн, у 33 — каротидний. Серед провокуючих чинників у 42 (78 %) осіб чоловічої статі було виявлено неліковану артеріальну гіпертензію, у 15 (28 %) — цукровий діабет, у 21 (38 %) — артеріовенозні мальформації, у 27 (50 %) — шкідливі звички, у 9 (20 %) — ожиріння.

У жінок гостре порушення мозкового кровообігу було виявлено у 22, з них у 3 — транзиторна ішемічна атака, у 15 — ішемічний інсульт, у 4 — геморагічний інсульт, хронічне порушення мозкового кровообігу — у 8. Співвідношення між ішемічним та геморагічним інсультами — 4:1. Уражені басейни: вертебрально-базиллярний — у 12, каротидний — у 17 і у 1 — обидва судинні басейни. Серед факторів ризику спостерігалась така тенденція: у 26 (87 %) осіб жіночої статі — артеріальна гіпертензія, у 5 (17 %) — цукровий діабет, у 16 (54 %) — ожиріння, у 17 (57 %) — артеріовенозні мальформації.

Порушення мозкового кровообігу серед людей молодого віку частіше трапляється у чоловіків.

Головна частка серед факторів ризику цієї патології у людей молодого віку належить нелікованій артеріальній гіпертензії, цукровому діабету, артеріовенозним мальформаціям, ожирінню, шкідливим звичкам.

Нагальним є впровадження широкомасштабних заходів з контролю чинників ризику розвитку порушень мозкового кровообігу у людей молодого віку, підвищення інформованості населення, для запобігання подальшому прогресуванню цієї патології.

Для того, щоб запобігти захворюванню, кожна людина має знати, що інсульт — це не первинне захворювання головного мозку, а ускладнення уже наявних хвороб серцево-судинної системи.

УДК 616.8-009:611.018.2-053.6

Мителев Д. А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

Клинико-ретроспективный анализ неврологических нарушений при сахарном диабете 1 типа у детей и подростков

Открытие инсулина 95 лет назад кардинально повлияло как на продолжительность жизни больных сахарным диабетом (СД), так и на качество их жизни. Постоянное совершенствование методов его получения привело к появлению и широкому использованию генно-инженерных инсулинов, а последнее десятилетие ознаменовалось внедрением аналогов человеческого инсулина. Их применение у детей с СД 1 типа позволило снизить частоту гипогликемий, обеспечить