

Результати. У групі пацієнтів з мігренню у 25 досліджених (73,5 %) виявлялась підвищена спроможність головного мозку до реагування змінами амплітуди (мкВ) основного ритму ЕЕГ при частотній стимуляції, з вірогідними відмінностями від групи контролю. У 8 досліджених з мігренню ($23,50 \pm 2,32$ %) виявлялись епізоди заміщення спонтанної частоти ЕЕГ зовнішніми частотами спалахів фотостимулятора (у групі контролю — 2 випадки, або $9,50 \pm 4,41$ %). У даній групі проводилось планове профілактичне лікування вальпроатами з оцінкою в динаміці, що дозволило виявити супресивний тип впливу даного типу лікування на прояви гіперлабільності, в тому числі — зовнішнє частотне засвоєння ритмів.

Зроблено **висновки**, що частина пацієнтів з мігренню має гіперактивні, гіперлабільні патерни ЕЕГ з полегшеним реагуванням на зовнішні частотні впливи, що потребує модифікації рутинної методики дослідження і оцінки наявності таких типів реагування. Виявлення подібних типів реакції може визначати застосування антиконвульсантів або їх відміни за індивідуальними показниками лабільності ритміки головного мозку.

УДК 616.857-036.87:612.014.42-06

ПОГОРЕЛОВ О.В., БАРАНЕНКО О.М., ЮДИНА Т.В.,
ПЕТРОВ О.С., КАЛЬБУС О.І., ШАСТУН Н.П.

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ
України», м. Дніпропетровськ, Україна

Адреса для листування з авторами:

E-mail: aleksei.pogorelov@gmail.com

ЕЛЕКТРОФІЗІОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ МІГРЕНІ ТА ПАРОКСИЗМАЛЬНИХ СТАНІВ ПРИ ПРОФІЛАКТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ

Актуальність. За сучасними поглядами на патогенез мігрені, перерозподіл гальмівних і збудливих процесів у головному мозку має подібні нейрофізіологічні механізми з деякими пароксизмальними станами і є однією з ланок виникнення відчуття болю. Використання препаратів групи вальпроєвої кислоти при мігрені, як і при пароксизмальних станах, може мати додаткове теоретичне обґрунтування внаслідок подібних нейрофізіологічних механізмів розвитку патологічного збудження та є актуальним завданням до вивчення.

Метою роботи була оцінка нейродинаміки головного мозку та виявлення можливих маркерів мігрені при проведенні профілактичної терапії препаратами вальпроєвої кислоти.

Матеріали та методи. Досліджено 34 пацієнти з мігренню віком від 32 до 50 років (середній вік — 43,2); з них 23 жінки та 9 чоловіків. Мігрень з аурую діагностовано у 12, без аури — у 20 пацієнтів. Гіперсинхронні типи електроенцефалограм (ЕЕГ) виявлено у 22 (64,7 %); сплюснені — у 3 (8,8 %), зі збереженою альфа-активністю без періодів гіперсинхронізації — у 7 (20,5 %). Частота приступів коливалась від 1 до 6 на місяць. Оцінено

клінічний стан за 4 послідовних візити через 20 днів за реєстрацією ЕЕГ.

Результати. Встановлено, що частота приступів при прийомі індивідуальних доз вальпроатів невірогідно залежала від типу ЕЕГ за стандартним розподілом. Встановлено зниження частоти тета-експресії як при фоновій реєстрації, так і при фотостимуляції і гіпервентиляції. Загальна потужність тета-діапазону різнилась за візитами несуттєво, пацієнти з мігренню зберігали сталий патерн нейродинаміки, але прояви, подібні до феноменів «спалах — пригнічення», мали більш рідкісну поширеність та згладжену інтенсивність наростання й спаду. У пацієнтів, у яких виявлено дану особливість, зменшення частоти мігренозних нападів становило в середньому $1,15 \pm 0,21$ на місяць.

Зроблено **висновки**, що у розвитку мігрені мають значення і можуть виступати маркерами не окремі показники спектра субдіапазонів ЕЕГ, а цілісний патерн реагування, маркерною частиною якого є динамічність наростання та спаду нейрональних збудливо-гальмівних процесів.

УДК 616.833.57-009.7-039.3J-053

САГАЙДАК Л.О., ШКРОБОТ С.І.

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

Тернопільська обласна клінічна комунальна
психоневрологічна лікарня, м. Тернопіль, Україна

Адреса для листування з авторами:

E-mail: Guttalove2012@gmail.com

БІЛЬ НИЖЬОГО ВІДДІЛУ СПИНИ У ХВОРИХ РІЗНОГО ВІКУ ІЗ СУПУТНІМ ОЖИРІННЯМ

Актуальність. Вплив ожиріння на перебіг остеохондрозу є недостатньо вивченим. Існують докази наявності взаємозв'язку між ожирінням та прогресуванням дегенеративно-дистрофічних змін у хребті, викликаних біомеханічними та системно-метаболічними чинниками.

Мета: дослідити клініко-параклінічні особливості перебігу вертеброгенних попереково-крижових болювих синдромів (ВПКБС) на фоні ожиріння у хворих різного віку.

Матеріал дослідження: хворі з ВПКБС.

Методи дослідження. Клініко-неврологічні (опитування з використанням візуально-аналогової шкали (ВАШ) та опитувальника Роланда — Морріса, оцінка неврологічного статусу із використанням тестів Шобера та Томайера), невровізуалізаційні (МСКТ та МРТ хребта), латораторні (біохімічні — з визначенням рівня ліпопротеїдів високої і низької щільності, тригліцеридів, холестерину загального, коефіцієнту атерогенності).

Під спостереженням було 90 хворих з ВПКБС, які перебували на лікуванні в 1-му неврологічному відді-

ленні Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні.

Пацієнти були розподілені на дві групи: 1-ша — 30 хворих із нормальною масою тіла (контрольна група), 2-га — 60 хворих із супутнім ожирінням. Ожиріння 1-го ступеня діагностували при індексі маси тіла понад 30 кг/м², 2-го ступеня — понад 35 кг/м² та 3-го ступеня — понад 40 кг/м².

Результати та їх обговорення. Серед обстежених 90 хворих чоловіків було 39 (43,3 %), жінок — 51 (57 %). Усі хворі належали до трьох вікових категорій: молодий вік (20–44 роки) — 28 (31 %) пацієнтів (13 чоловіків та 15 жінок); середній вік (45–59 років) — 42 (46 %) пацієнти (18 чоловіків та 24 жінки) та похилий вік (60–74 роки) — 20 (22,2 %) хворих (8 чоловіків та 12 жінок). Тривалість захворювання від його дебюту до останнього загострення становила від 1 до 21 року, а тривалість загострення у більшості хворих (35 пацієнтів; 70 %) — 1–6 місяців.

Ожиріння 1-го ступеня діагностовано у 65 % хворих, 2-го ст. — у 30 % та 3-го ступеня — у 5 % хворих.

У хворих 2-ї групи біль у попереку (за ВАШ) був більш вираженим (7–8 балів), ніж у осіб 1-ї групи (3–5 балів), а саме: 60 % хворих з ожирінням 1-го ступеня частіше оцінювали свій біль у 2–4 бали, 25 % — у 5–7 балів та 10 % осіб — у 8–9 балів; 70 % хворих з ожирінням 2-го ступеня оцінили свої больові відчуття у 6–7 балів та 25 % — у 8–10 балів; 58 % хворих з ожирінням 3-го ступеня відчували біль інтенсивністю 5–7 балів та 15 % — 8–10 балів. Встановлено, що більш інтенсивнішим біль був у пацієнтів похилого та середнього віку. Виявлено зменшення об'єму активних рухів у поперековому відділі хребта (за тестом Шобера) у хворих 1-ї та 2-ї груп, проте у хворих 2-ї групи відмічалось більш виражене обмеження об'єму рухів, а саме — $2,62 \pm 0,08$ см проти $6,10 \pm 0,13$ см, а також відмічалось обмеження динамічної функції хребта (за тестом Томайера) порівняно із контрольною групою — $20,80 \pm 0,78$ см проти $7,20 \pm 0,40$ см. Встановлено зменшення показників відповідних тестів у пацієнтів середнього віку з ожирінням 2-го та 3-го ступеня та у пацієнтів похилого віку ($p < 0,05$). У осіб із ожирінням 2–3-го ступеня частіше відмічали помірний та виражений ступінь порушення життєдіяльності (за результатами опитувальника Роланда — Морріса), а саме: у 15 (25 %) осіб із ожирінням 1-го ступеня виявлено легке порушення життєдіяльності, у 28 (46,6 %) осіб із ожирінням 2–3-го ступеня — помірне та у 17 (28,3 %) осіб із ожирінням 2–3-го ступеня — виражене порушення життєдіяльності.

Висновки. 1. Наявність ожиріння суттєво впливає на перебіг вертеброгенного больового синдрому, обтяжуючи його шляхом збільшення інтенсивності больового синдрому за ВАШ, підвищення ступеня порушення життєдіяльності та зменшення об'єму рухів у поперековому відділі хребта. 2. Вираженість вертеброгенного синдрому була вірогідно більша у пацієнтів похилого та середнього віку з ожирінням 2–3-го ступеня.

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

САЛІЙ З.В.

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

Адреса для листування з автором:

E-mail: saliyy@tdmu.edu.ua

СТРУКТУРА КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Актуальність. Клініка наслідків черепно-мозкової травми (ЧМТ) формується за рахунок поєднання неврологічного дефіциту з когнітивними та поведінковими розладами.

Мета роботи: дослідити поширеність та структуру когнітивних розладів у хворих з наслідками ЧМТ різного ступеня тяжкості.

Матеріал та методи дослідження. У 367 хворих з наслідками ЧМТ: 99 — легка ЧМТ (ЛЧМТ), 118 — середньої тяжкості ЧМТ (СТЧМТ), 150 — тяжка ЧМТ (ТЧМТ), середнього віку — $42,72 \pm 0,51$ року, дослідили стан когнітивного функціонування за МоСА-тестом.

Результати дослідження та їх обговорення. За МоСА-тестом у 322 (87,84 %) хворих діагностували показники, що виходили за межі норми. Результат, що відповідає рівню деменції, продемонстрували 60 пацієнтів, середній вік — $43,73 \pm 1,37$ року, термін травми — $5,73 \pm 0,72$ року, переважали особи з ТЧМТ в анамнезі (53,33 %). Встановлено кореляційний зв'язок МоСА-тесту з рівнем освіти ($r = 0,33$; $p = 0,01$) та поєднанням клінічних синдромів ($r = 0,56$; $p = 0,00$). Помірне когнітивне зниження за результатами МоСа-тесту було у 107 хворих, середній вік — $45,57 \pm 0,87$ року та катанез ЧМТ у $9,54 \pm 0,95$ року. При катанезі понад 5 років до 37,50 % зростає кількість хворих з ЛЧМТ. Кореляція МоСа-тесту з неврологічним дефіцитом ($r = -0,33$; $p = 0,00$), з неврологічними синдромами ($r = 0,40$, $p = 0,00$). Із подовженням катанезу ЧМТ страждала увага ($r = -0,26$; $p = 0,07$), при комбінації синдромів — зорово-конструктивні навички ($r = 0,24$; $p = 0,01$). Легке когнітивне зниження діагностували у 155 хворих середнього віку — $41,50 \pm 0,76$ року з неврологічним дефіцитом у $3,03 \pm 0,17$ бала та катанезом травми у $6,73 \pm 0,59$ року. ЛЧМТ та СТЧМТ перенесли 76,54 % пацієнтів. Кореляційний зв'язок: клінічні синдроми/МоСа-тест ($r = -0,28$; $p = 0,00$). До рубрик, за якими встановлено найбільше зниження, слід віднести: зорово-конструктивні навички, пам'ять та мову.

Висновки. У структурі наслідків ЧМТ домінували легкі (48,14 %) та помірні (33,23 %) когнітивні розлади. Питома вага пацієнтів з наслідками ТЧМТ була більшою за умови діагностики деменції, тоді як з наслідками ЛЧМТ — помірних та легких когнітивних розладів. Відсоток останніх зростає у міру подовження катанезу травми, а когнітивне зниження відбувалося за рахунок