

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

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