

Матеріали і методи. Обстежено 92 пацієнта (54 чоловіки, 38 жінок), перенесших ВІЧ-асоційовані менингоенцефалити різної етіології (туберкульозної, цитомегаловірусної, токсоплазмової), при допомозі методик скринингової оцінки психических функцій (MMSE) і теста рисования часов (CDT). Середній вік обстежуваних становив $37,3 \pm 2,0$ років. Критерії відбору включали також прийом високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ).

Результати і їх обговорення. Обобщення даних тестування при допомозі шкали MMSE показало, що в групі осіб, перенесших цитомегаловірусний енцефалит ($n = 29$), більша частина пацієнтів була орієнтована по часу з незначительними помилками (4 пацієнта) і варіабельністю швидкості відповідей (від 2 до 10 секунд). Значительних порушень і відмінностей в орієнтовці по часу в групах хворих, перенесших менингоенцефалит туберкульозної ($n = 41$) і токсоплазмової етіології ($n = 28$), не виявлено. Порушення сприйняття були виявлені більш ніж у 60 % хворих, перенесших туберкульозний, і 48,4 % хворих, перенесших токсоплазмовий енцефалит. Нескільки краще з тестом повторення слів справились особи, перенесши цитомегаловірусний менингоенцефалит, де значимі порушення (0–1 балл) були виявлені у 4 (14,2 %) хворих. Концентрація уваги (серійний рахунок) більш значительно була порушена у осіб з церебральним токсоплазмозом (75 %), однак значимі порушення були виявлені і у пацієнтів після туберкульозного і цитомегаловірусного ураження (70,7 і 65,5 % відповідно). Порушення пам'яті спостерігались у всіх досліджуваних групах, однак преобладали у осіб, перенесших туберкульозний менингоенцефалит (82,9 %). При цьому характерним являлось відсутність суб'єктивних скарг, касаючихся мнестических порушень, більш ніж у половини обстежуваних. Речеві порушення не перевищали 30 % у всіх досліджуваних групах і частіше спостерігались у хворих з церебральним токсоплазмозом (28,5 %). Порушення праксису в рівній ступені виявлялись як у осіб з церебральним токсоплазмозом (35,7 %), так і у перенесших туберкульозний енцефалит, з незначительним преобладанням останніх (43,9 %). В групі пацієнтів, перенесших цитомегаловірусний енцефалит, точне копіювання малюнка не удалось лише 13,7 % хворих.

Аналізуючи результати теста рисования часов, можна відзначити, що найбільший відсоток грубих помилок спостерігався в групі пацієнтів, перенесших туберкульозний енцефалит (21,9 %), однак більш ніж 15 % пацієнтів інших груп испытывали труднощі, совершали негрубі помилки або вимагали більш тривалого часу для виконання завдання.

Висновки. Когнітивні порушення у ВІЧ-інфікованих осіб широко розповсюджені, мають визначені особливості і прогресують со временем навіть при адекватній ВААРТ. Особого уваги потребують

хворі, перенесши туберкульозний менингоенцефалит, оскільки частота реєстрації когнітивних порушень у даній групі потребує своєчасної їх діагностики і корекції. Проблема раннього виявлення і лікування нейрокогнітивних розладів у ВІЧ-інфікованих пацієнтів зберігає масштаб і потребує більш широкого застосування скринингових методів їх оцінки.

УДК 616.858+616.89-008.44

СТАРОВОЙТОВА Г.О.³, ЧЕБОРАКА Т.О.¹, ГОРЕВА Г.В.¹, СЛОБОДИН Т.М.¹, ГОЛОВЧЕНКО Ю.І.¹, НАСОНОВА Т.І.¹, КЛИМЕНКО О.В.¹, ГОНЧАР О.Ю.², ГУРМАК О.М.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Київська міська клінічна лікарня № 9, м. Київ, Україна

³Черкаська обласна лікарня, м. Черкаси, Україна

Адреси для листування з авторами:

E-mail: tslobodin@ukr.net, angoreva@yandex.ru

ОСОБЛИВОСТІ ПРОГРЕСУВАННЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ПАРКІНСОНА

Актуальність. Порушення когнітивних функцій (КФ) є однією з немоторних ознак, що супроводжують перебіг хвороби Паркінсона (ХП) і суттєво погіршують якість життя та функціональну активність пацієнтів (Maras S. et al., 2008; Aarsland D. et al., 2013). Саме тому раннє виявлення когнітивних розладів та прогнозування їх прогресування в пацієнтів із хворобою Паркінсона є важливою складовою у прийнятті клінічних рішень.

Мета: проаналізувати динаміку прогресування когнітивних порушень у хворих на ХП та удосконалити діагностичні підходи до їх виявлення.

Матеріал і методи дослідження. Було обстежено 135 хворих на ХП (середній вік — $62,1 \pm 10,9$ року). Проведені загальноклінічне і неврологічне обстеження, оцінка рухових функцій за Уніфікованою шкалою оцінки ХП, нейропсихологічне тестування (MMSE, Монреальський когнітивний тест МоСА, шкала депресії та шкала тривоги за Беком, психологічний опитувальник Cloninger-ТСІ), статистичний метод (регресійна модель із нелінійним компонентом).

Результати та їх обговорення. Зниження КФ при ХП за результатами тесту MMSE чітко спостерігається у проміжку 55–75 років та тривалості захворювання 3–8 років. Середнє зниження бала за MMSE за 1 рік внаслідок віку становило 0,17 бала, тоді як внаслідок захворювання — 0,41 бала (середнє річне сумарне зниження в пацієнтів з ХП досягає 0,58 бала). Зменшення КФ за результатами МоСА починається з 55 років, характеризується лінійною залежністю від тривалості перебігу ХП з регресійним коефіцієнтом $\beta = -0,28 \pm 0,08$ ($p = 0,0010$) та темпом зниження на 0,21 бала за рік. Спостерігалась вірогідна зворотна кореляція показників КФ

із загальною оцінкою II розділу UPDRS, вираженістю гіпокінезії, постуральною нестійкістю за результатами III розділу UPDRS та стадією за Хен та Яру. Виявлений слабкий кореляційний зв'язок когнітивного зниження зі ступенем депресії. Зв'язок помірної сили ($r = 0,31$; $p = 0,00028$) спостерігали між обома когнітивними тестами та такими психологічними рисами, як кооперативність, залежність від винагороди та самоспрямованість. Шкала MoCA виявилась найбільш чутливою для оцінки когнітивних функцій у хворих на ХП.

Висновки. З прогресуванням рухових проявів ХП, переважно постуральної нестійкості, тобто з переходом однієї стадії хвороби в наступну, закономірно підвищується ризик розвитку когнітивних порушень, що відображає залучення медіаторного дефіциту за межами дофамінергічного, та необхідності вчасної діагностики та медикаментозної корекції для покращення якості життя пацієнта з ХП на кожному етапі захворювання.

УДК 616-072.7-071:612.825.8:831-005.4

СУЛАЙ Л.М.¹, ЧЕБОТАРЬОВА Л.Л.¹, ГЛОБА М.В.¹,
ЧЕРВИЦЬ Г.К.²

¹ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

²Відділення відновного лікування Лікарні для вчених НАН України, м. Київ, Україна

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

КЛІНІКО-НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНА ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ІШЕМІЄЮ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Актуальність. Серед порушень соціально-професійного функціонування найбільш частіше зустрічається професійне вигорання (ПВ) та проява професійної дезадаптації (ПД), ці процеси потребують удосконалення методів індивідуалізованої кількісної оцінки.

Мета: розробка методики комплексної діагностики когнітивних порушень і ПД у працівників розумової праці на тлі хронічної ішемії головного мозку (ХІМ).

Матеріал і методи. У 48 пацієнтів з ХІМ (середній вік — 61 ± 11 років) проведено клініко-неврологічне обстеження, комплекс нейропсихологічного тестування з використанням шкал: госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS), Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA), оцінці професійної адаптації, шкали на вигорання (МВІ); нейровізуалізуючі обстеження (МРТ мозку); ультрасонографічне дослідження (УСД) судин голови та шиї; когнітивні слухові викликані потенціали (КСВП) P300; комп'ютерна електроенцефалографія (КЕЕГ) з картуванням; статистична обробка даних.

Результати. Частота виявлення психоорганічного синдрому становила 70,8 %, пірамідного — 29,2 %,

цефалгічного — 47,9 %. За даними УСД, ознаки стенозуючого атеросклерозу брахіоцефальних артерій (БЦА) встановлені у 23 осіб (гемодинамічно незначущі ураження), гіпертонічні зміни судин — у 25 (у тому числі у 13 — у поєднанні з атеросклерозом БЦА).

При нейропсихологічному тестуванні за даними оцінної шкали HADS вірогідне збільшення випадків прояву клінічної тривоги визначено у пацієнтів зі стенозуючим атеросклерозом БЦА (58 %) порівняно з 35 % у пацієнтів за відсутністю такого ($p < 0,05$). Ознаки професійної дезадаптації виявлено у 79,2 % обстежених пацієнтів, зміни характеризували помірний та виражений рівні порушення. Більш значимі зміни КСВП мали місце у пацієнтів з гіпертонічними змінами судин голови та шиї (85 %) порівняно з 49 % у пацієнтів за відсутністю таких ($p < 0,05$). Виявлено зв'язок когнітивних розладів та професійної дезадаптації із загальним станом церебрального кровотоку.

Висновки. Розроблена методика нейрофізіологічного та нейропсихологічного тестування дозволяє кількісно оцінити ступінь вираженості недементних когнітивних порушень, зокрема уваги та об'єму оперативної пам'яті у пацієнтів з ХІМ, контролювати ефективність їх відновлення в динаміці лікування.

УДК 616-009.2+616.4

ТКАЧУК Н.П., КЛИЩ Т.В., СОРОХМАН А.В.
Івано-Франківський національний медичний
університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування з авторами:
E-mail: T82@ukr.net

РОЗЛАДИ СНУ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ НЕСПОКІЙНИХ НІГ, ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

Актуальність. Синдром неспокійних ніг (СНН) — сенсомоторний розлад, що характеризується неприємними відчуттями в нижніх кінцівках, які з'являються в спокої (частіше у вечірній і нічний час), змушують хворого здійснювати полегшуючі їх рухи. Прямим наслідком неприємних відчуттів у кінцівках і необхідності постійно здійснювати рухи є порушення сну — інсомнія. В результаті цього виникає швидка стомлюваність і зниження уваги в денний час. Скарга на поганий сон є провідною у хворих із СНН, і саме вона найчастіше приводить їх до лікаря.

Мета: оцінити ефективність поєданого застосування праміпексолу та міасеру у хворих із СНН на фоні діабетичної поліневропатії (ДПН).

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 96 хворих на цукровий діабет (ЦД) 2-го типу, ускладнений ДПН. Середній вік становив $49,54 \pm 0,43$ року; рівень глікозильованого гемоглобіну — $8,76 \pm 0,68$ %. У 29 (30,21 %) хворих було виявлено СНН. Хворі були розподілені на 2 групи: I група включала 14 хворих, які отримували стан-