

department earlier and wait for a doctor. On the other hand, doctors often have limited amount of time for examination of the patients. The purpose of our work was to develop and evaluate a questionnaire that contains standard questions for such patients and can shorten time of neurologist consultation and simplify history taking.

Materials and methods. A questionnaire was administered to collect information about demographic characteristics, duration of illness, symptoms (including pain, with Visual Analog Scale), comorbidities, current and previous medications, recent tests and assessments, and habits. The questionnaire consisted of 26 questions. The questionnaire had also a smaller column, where neurologists could make notes. In total 40 patients (15 women and 25 men, aged 40.2 ± 15.7) completed the questionnaire in a private outpatient clinic. All the patients were referred by physicians who suspected neuropathies in these patients.

Results and discussion. The completion of the questionnaire took 653 ± 234 sec and the average number of answered questions was 20 (78 %). The patients mostly (87.7 %) answered the questions that required checking the box. The patients reported difficulties while answering questions «Line of Work» (12 patients — 30 %) and «Nature of Occupation» (13 patients — 32.5 %). The most difficult question for patients was the question «When did you feel healthy last time?» (for 16 patients — 40 %). The items about medication and investigations were completed by 24 patients (60 %) and 30 (75 %) patients, respectively. The most common underlined symptoms were numbness (23 patients — 57.5 %) and pain (18 (45 %) patients). Nine (22.5 %) patients wrote additional signs in blank spaces. Most of the patients (90 %) considered this questionnaire as simple.

Conclusion. This questionnaire is a simple and brief tool but it requires further development prior to application in the clinical practice.

УДК 616.8-009.7-02:616.831-005-036

ХАРІНА К.В., БАЛКОВА Н.Б.

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

Адреси для листування з авторами:

E-mail: inpn@ukr.net

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНСУЛЬТ (за даними медичної документації)

Мета: вивчити поширеність больових синдромів у хворих, які перенесли інсульт (за даними медичної документації).

Методи дослідження: статистичний (вивчалися матеріали медичної документації (історії хвороби хворих) за 2012–2014 рр.).

Результати дослідження та їх обговорення. За період 2012–2014 рр. у відділенні судинної патології головно-

го мозку ДУ «ІНПН НАМН» перебувало 3135 хворих. Для аналізу було відібрано 453 історії хвороб, з них 128 історій хвороби осіб з гострим інсультом та 325 історій хвороб пацієнтів — з наслідками мозкового інсульту. У 2012 році лікувалось 1042 хворих, з них із гострим ішемічним інсультом — 7,9 %, з наслідками мозкового інсульту — 20,8 %. У 2013 році перебувало 1073 хворих, а у 2014 році — 1020, з них із гострим ішемічним інсультом — 10,6 та 9,7 % хворих у 2013 та 2014 роках відповідно; з наслідками мозкового інсульту — 25,8 % хворих, а в 2014 році — 22,7 %. Наслідки геморагічного інсульту відзначались у 1,8 % хворих — у 2012 році, у 2,2 % хворих — у 2013 році та в 3,5 % хворих — у 2014 році. У 2,4 % хворих інсульт був змішаний (за період 2012–2014 рр.). Госпіталізація тривала від 10 до 20 ліжко-днів, у середньому — 15,4 ліжко-дня. Вперше церебральний інсульт перенесли 62,7 % хворих, повторний інсульт відбувся в 37,3 % випадках. У 42,6 % хворих з ішемічним інсультом порушення мозкового кровообігу відбулося у басейні середньо-мозкової артерії, у 22,7 % — у вертебробазиллярному басейні. Ураження правої півкулі головного мозку мало місце в 25,8 % хворих, лівої — у 16,8 % пацієнтів. Аналіз отриманих даних за період 2012–2014 рр. виявив, що больовий синдром є досить поширеною патологією. За даними аналізу історій хвороб найбільш поширеними у постінсультних хворих був біль, зумовлений плечолопатковим періартрозом і періартрозом інших суглобів, артропатією, міалгією, — у 58,7 %; головний біль після перенесеного інсульту відмічався у 20,6 % хворих, центральний постінсультний біль — у 6,6 %; больовий синдром, пов'язаний із спастичністю в паретичних кінцівках, — у 14,1 %.

Висновки. Найявністю різних больових синдромів підвищувала тяжкість неврологічного дефіциту та ускладнювала проведення лікувально-реабілітаційних заходів. Біль серйозно перешкодив тренуванню порушених рухів і функцій та ускладнював відновлення.

УДК 616-073.97:616.711.2:616.831

ЧЕБОТАРЬОВА Л.Л., ТРЕТЬЯКОВА А.І., ГЛОБА М.В., ВАЩЕНКО В.В., СУЛІЙ Л.М., СОЛОНОВИЧ О.С. Відділ функціональної діагностики ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Адреса для листування з авторами:

E-mail: alia_t@mail.ru

ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Актуальність. Однією з причин, що викликають симптоми порушень кровообігу у вертебробазиллярному басейні (ВББ), є дегенеративно-дистрофічні зміни шийного відділу хребта. Поліморфізм проявів і відсут-

ність чітких маркерів верифікації функціональних порушень залишаються досить актуальними питаннями.

Мета роботи: оцінити значення нейрофізіологічних методів дослідження щодо діагностики характеру та ступеня функціональних порушень у хворих з вертебробазиллярною недостатністю.

Матеріал та методи дослідження. Обстежено 20 пацієнтів з ВБН, середній вік становив $36,90 \pm 3,66$ року; чоловіків — 40 % ($n = 8$), жінок — 60 % ($n = 12$). Проводили комплексне клініко-неврологічне обстеження, МРТ голови та шийного відділу хребта, ультрасонографічне дослідження (УСД) кровотоку в магістральних артеріях голови та шиї (за допомогою апаратів Sonoline G-50, Siemens), реєстрацію і аналіз соматосенсорних викликаних потенціалів (ССВП) на стимуляцію серединних нервів (на комп'ютерному комплексі «Нейро-МВП-4» («Нейрософт», РФ)).

Результати та їх обговорення. Серед клінічних проявів мали місце запаморочення (15), у тому числі у поєднанні з диплопією (4) та дизартрією (2), атаксія (9), рухові порушення (2), чутливі розлади (6), зорові розлади (2), дроп-атаки (1). Нейровізуальні дослідження встановили ознаки дисциркуляторних змін в паренхімі мозку (11), наявність вогнища ішемії у півкулі мозочка (2). У всіх хворих мали місце дегенеративно-дистрофічні зміни хребців та міжхребцевих дисків шийного відділу хребта різного ступеня вираженості.

За даними УСД у каротидному басейні виявлені структурні атеросклеротичні зміни сонних артерій у вигляді гемодинамічно незначимих стенозів (4), ознаки гіпертонічної ангіопатії (5). У ВББ встановлено наявність гіпоплазії (4) однієї з хребтових артерій, деформації анатомічного ходу у різних відділах хребтових артерій (9) у комплексі зі змінами лінійних та об'ємних показників кровотоку, визначених у спокою та при функціональних рухових навантаженнях.

При дослідженні ССВП периферичні відповіді (N9) у всіх хворих були в межах норми, симетричні. У більшості пацієнтів (14 із 20) встановлено подовження латентності спінального компоненту N13. Проведення проб з розгинанням та поворотами голови ініціювали зникнення спінальних відповідей. Кіркові потенціали (N20) зареєстровані у всіх обстежених, їх латентність не перевищувала нормативних значень. У 6 пацієнтів спостерігали зниження амплітуди кіркового компоненту в одній з півкуль. Час центрального сенсорного проведення (N13-N20), як правило, залишався незмінним (в межах нормативних значень), у 8 обстежених зареєстровано подовження міжпікового інтервалу N9-N13.

Виявлені зміни амплітудно-часових характеристик ССВП у пацієнтів з ВБН є відображенням залучення до патологічного процесу шийних корінців, в частині спостережень — задніх стовпів спинного мозку на рівні шийного потовщення, що розглядається як прояв дисциркуляторного чинника.

Висновки. Реєстрація ССВП у хворих з ВБН є інформативним доповненням до клінічних і променеви методів діагностики для виявлення та об'єктивізації можливих змін на рівні шийного відділу спинного мозку, що доцільно використовувати у діагностичному алгоритмі таких хворих.

УДК 616.714+616.831]-001:616.89-008.46/.48

ШКОЛЬНИК В.М., ФЕСЕНКО Г.Д.

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

Адреса для листування з авторами:

E-mail: GFesenko@hotmail.com

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Актуальність. Останніми роками в Україні реєструється збільшення захворюваності на черепно-мозкову травму (ЧМТ). Одним з основних інвалідизуючих наслідків ЧМТ, що досить часто виходить на перший план клінічної картини, є когнітивні порушення.

Мета: дослідити особливості формування та клінічної картини когнітивних порушень в осіб у віддаленому періоді ЧМТ.

Матеріали та методи дослідження. Було обстежено 98 пацієнтів віком від 18 до 55 років з ЧМТ в анамнезі та тривалістю посттравматичного періоду 6 місяців та більше. Вони були розподілені на три групи: з легкою, середньої тяжкості та тяжкою ЧМТ. Обстежені за допомогою нейропсихологічного тестування.

Результати та їх обговорення. Вірогідні відмінності були виявлені за показниками FAB між групами пацієнтів з легкою та середньої тяжкості ЧМТ, за показниками MoCA, безпосереднього та відстроченого відтворення тесту «10 слів Лурія» та швидкістю виконання таблиць Шульге. Кількість балів за MoCA в усіх групах корелювала з віком на момент отримання травми, результати FAB в групі з легкою ЧМТ — з кількістю років освіти. Безпосереднє відтворення за тестом «10 слів Лурія» в групах з легкою та тяжкою ЧМТ було пов'язане з віком пацієнта на момент обстеження та віком на момент отримання травми. Швидкість виконання таблиць Шульге в усіх групах корелювала з віком пацієнтів, а в групах з легкою та середньої тяжкості ЧМТ — з результатами тестування за шкалою Бека. Відсутні кореляції між результатами тестування та тривалістю посттравматичного періоду.

Висновки. Особливості та ступінь вираженості когнітивних порушень у віддаленому періоді ЧМТ залежить від впливу ряду факторів, таких як тяжкість перенесеної ЧМТ, загальний вік пацієнта та вік на момент отримання травми, показники шкали депресії Бека та кількість років освіти для легкої ЧМТ. Отримані результати дозволяють більш якісно оцінити