

**Висновки.** Псевдотуморозний перебіг мозкових інсультів має складний патогенез і залежить від періоду судинного ураження мозку. Прогностично сприятливим є своєчасна діагностика I (компенсованого) пері-

оду гострих цереброваскулярних порушень. Удосконалення методів розпізнавання періодів псевдотуморозного перебігу мозкових інсультів має велике значення для організації адекватної активної терапії.

Т. В. МИРОНЕНКО<sup>1</sup>, С. О. ФЕДОРКОВСЬКИЙ<sup>2</sup>, А. А. ПОБЕДЬОНІЙ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДЗ «Луганський державний медичний університет»

<sup>2</sup> Луганська обласна клінічна лікарня

## Нові підходи до комплексного лікування хворих з травматичними нейрогенними офтальмопатіями

Дисфункція окоорухових нервів часто спостерігається в клінічній картині гострого періоду черепно-мозкової травми (ЧМТ). Патологічні механізми окоорухових порушень (ОРП) зазначених краніальних нервів пов'язані безпосередньо з механічними впливами при травмі лицьового черепа, особливо орбіт, очних яблук, мозкової тканини, лікворо-гемодинамічними розладами, метаболічними змінами в їх ядерному апараті та корінцях.

**Мета роботи** — вивчити ефективність застосування цитиколіну у комплексному лікуванні хворих з ОРП у ранній відновний період ЧМТ, поєднаної з пошкодженням лицьового черепа.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано результати клінічного дослідження 38 хворих, які перенесли легку ЧМТ, поєднану з пошкодженням лицьового черепа (переломи орбіт, лобових кісток, основи черепа), які перебували на лікуванні в нейротравматологічному відділенні Луганської обласної клінічної лікарні. Усім хворим проведено комплексне клініко-неврологічне та нейроофтальмологічне обстеження. За допомогою нейровізуалізаційних методів підтверджено наявність ЧМТ та ускладнень. Залежно від схеми призначеної терапії постраждалих було розподілено на дві групи: 1-шу (основну) — 24 пацієнти, яким призначали цити-

колін разом з традиційною терапією, 2-гу (контрольну) — 14 осіб, які отримували лише традиційну терапію. Стан хворих оцінювали на початку та в кінці курсу лікування, а також через 2 міс на підставі динаміки відновлення ОРП за методом С.С. Головіна.

**Результати.** Позитивні результати лікування виявлено у хворих як контрольної, так і основної групи. У хворих з дисфункцією III пари черепних нервів (ЧН) почав функціонувати м'яз, який піднімає верхню повіку, спостерігався регрес птозу з III до II та I ступеня, поновилися рухи очного яблука, обсяг рухів збільшився. У пацієнтів з недостатністю функції VI ЧН відновилися рухи очного яблука назовні. У 18 (47,4%) пацієнтів 1-ї групи і у 9 (23,7%) 2-ї протягом першого місяця спостерігалось відновлення функції окоорухових нервів та зникнення двоїння. На нашу думку, відновленню функції ЧН у хворих 1-ї групи сприяла нейропротекторна та антиоксидантна дія цитиколіну.

**Висновки.** Цитиколін — ефективний та безпечний лікарський засіб у комплексному лікуванні хворих з окооруховими порушеннями в ранній відновний період легкої ЧМТ, поєднаної з пошкодженням лицьового черепа. Застосування в ранній відновний період легкої ЧМТ цитиколіну у хворих з нейрогенними офтальмопатіями є патогенетично обґрунтованим.

Т. В. МИРОНЕНКО, А. В. ЯКОВЛЕВА

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

## Новые подходы к диагностике неврологических расстройств в ранний восстановительный период ишемического инсульта

Восстановление постинсультных неврологических расстройств происходит не только в острый, но и в ранний восстановительный период заболевания. Это обстоятельство обуславливает необходимость углубленного изучения механизмов патогенеза повреждения церебральных структур в ранние сроки после мозговых инсультов.

**Цель работы** — определить диагностическое значение плазменного уровня гомоцистеина и холестерина фракций липопротеинов для прогнозирования динамики неврологических расстройств в ранний восстановительный период ишемического инсульта.

**Материалы и методы.** Проведено клинично-лабораторное обследование 90 пациентов, из них 70 больных в ранний восстановительный период ишемического инсульта (основная группа) и 20 пациентов с атеросклеротической энцефалопатией I стадии (контрольная группа). Возраст пациентов 54—70 лет, средний возраст —  $(61,2 \pm 7,8)$  года.

**Результаты.** В структуре выявленных неврологических симптомов превалировала вегетативная дисфункция наряду с очаговым неврологическим дефицитом. У всех пациентов основной группы установлено повышение содержания в крови общего холесте-

рина, холестерина липопротеїнов низкої щільності, холестерина липопротеїнов дуже низкої щільності, гомоцистеїна і індекса атерогенності по порівнянню з показателями контрольної групи ( $p < 0,001$ ). У чоловіків з важкими постінсультними неврологічними порушеннями виявлені достовірно ( $p < 0,001$ ) високі показателі індекса атерогенності ( $(3,39 \pm 0,23)$  ммоль/л), холестерина липопротеїнов дуже низкої щільності ( $(0,46 \pm 0,2)$  ммоль/л) і холестерина липопротеїнов низкої щільності ( $(4,21 \pm 0,3)$  ммоль/л). Одинаково часто у чоловіків і жінок реєстрували значимую гіпергомоцистеїнемію ( $(18,56 \pm 2,1)$  і  $(16,2 \pm 2,0)$  мкмоль/л;  $p < 0,001$ ) при важкій ступені постінсультного дефекта.

**Висновки.** У пацієнтів, перенеслих ішемічний інсульт, встановлено достовірне збільшення кон-

центрації плазменного гомоцистеїна і холестерина липопротеїнов низкої щільності, холестерина липопротеїнов дуже низкої щільності, індекса атерогенності (по порівнянню з контролем), яке залежить від ступеня тяжкості неврологічного дефіциту в відновлювальному періоді, що має діагностичне значення. Більш виражені гіпергомоцистеїнемія і дисліпідемія відзначені у пацієнтів з важким неврологічним дефіцитом і наявністю комбінації факторів ризику ішемічного інсульту. У пацієнтів, перенеслих ішемічний інсульт, встановлено пряму кореляційну зв'язок між рівнем гомоцистеїна в крові і індексом атерогенності крові ( $r = 0,97$ ;  $p < 0,001$ ), а також вмістом холестерина липопротеїнов низкої щільності ( $r = 0,85$ ;  $p < 0,001$ ).

Ю. А. НАЙДЬОНОВА

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, Київ

## Особливості вегетативної дисфункції у хворих на ревматоїдний артрит

За сучасним уявленням, ревматоїдний артрит (РА) — системне аутоімунне захворювання сполучної тканини, яке характеризується симетричним ерозивним артритом (синовіт) і широким спектром позасуглобних (системних) виявів. Встановлено, що при РА часто (у майже 47 % випадків) спостерігається вегетативна дисфункція, порушення діяльності надсегментарних вегетативних структур та ураження периферичних вегетативних структур.

**Мета** — виявити ступінь вегетативних порушень у пацієнтів з РА залежно від тривалості захворювання.

**Матеріали і методи.** Проведено обстеження 30 осіб молодого і середнього віку, які хворіли на РА. Середній вік —  $(48,4 \pm 10,8)$  року. Пацієнтів було розподілено на дві групи: перша ( $n = 14$ ) — з тривалістю захворювання до 10 років, друга ( $n = 16$ ) — понад 10 років. Усім пацієнтам проведено клініко-невро-

логічне обстеження та визначення варіаційного ритму серця (ВРС).

**Результати.** Встановлено, що у пацієнтів 1-ї групи переважає помірне ураження парасимпатичного та симпатичного відділів вегетативної нервової системи, у пацієнтів 2-ї групи спостерігається тенденція до збільшення ступеня вираження ураження як симпатичного, так і парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи.

**Висновки.** Виявлено різницю щодо ступеня вегетативних порушень у пацієнтів з РА залежно від тривалості захворювання. З огляду на поширеність захворювання, ураження переважно працездатної частини населення, системність і тяжкість перебігу патологічного процесу, доцільним є подальше вивчення ступеня змін вегетативної нервової системи залежно від тривалості захворювання.

М. І. НАУМОВА, М. О. ПРИСТУПЮК

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

## Активне виявлення периферичної сенсорної невропатії для профілактики виразок стопи у хворих на цукровий діабет 2 типу

**Мета роботи** — раннє виявлення сенсорних порушень у хворих на цукровий діабет (ЦД) 2 типу для профілактики синдрому діабетичної стопи (СДС) нейроішемічної форми, запобігання ампутаціям та збереження опорної функції кінцівки.

**Матеріали і методи.** Дослідження проведено на клінічних базах кафедр неврології та реабілітаційної медицини, хірургії № 2, у Київському міському клінічному ендокринологічному центрі. У період з 1 січня 2010 р. до 31 грудня 2013 р. обстежено 265 хворих на ЦД 2 типу. Діагноз невроішемічної форми СДС здій-

снювали за результатами дослідження периферичної чутливості та стану кровообігу в нижніх кінцівках. Для опитування використовували шкали неврологічної симптоматики — NSS (Neurological Symptoms Score) і TSS (Total Symptoms Score). Периферичну чутливість досліджували за допомогою монофіламента стандартизованого еквівалентно тиску 10 г/см<sup>2</sup>, больову чутливість — голкою Neuropen, температурну — термоциліндром Tip-term; вібраційну — градуїтованим камертоном 128 Гц. Магістральний кровотік оцінювали за допомогою міні-еходопплера.