

Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання діагностики та лікування захворювань нервової системи» (Київ, 12—13 жовтня 2017 року)

К. В. АНТОНЕНКО

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Характеристика головного болю у пацієнтів з ішемічним інсультом

Головний біль — поширений симптом, який виявляють у 24—54 % хворих із цереброваскулярними захворюваннями. Частота розвитку головного болю та його інтенсивність значно вищі в гострий період геморагічного інсульту, ніж ішемічного. За даними літератури, частота розвитку головного болю при ішемічному інсульті становить від 18 до 41 %.

Мета роботи — проаналізувати характеристику головного болю у пацієнтів у гострий період ішемічного інсульту та встановити особливості хворих з цефалгічним синдромом.

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-неврологічне та нейровізуалізаційне обстеження 84 пацієнтів (36 чоловіків та 48 жінок) віком від 40 до 88 років (середній вік — $(65,3 \pm 10,5)$ року) з гострим ішемічним інсультом. Особливості головного болю проаналізовано з використанням розробленого опитувальника. Для порівняння частотних характеристик розподілу основних чинників ризику використовували критерій χ^2 Пірсона. Статистично значущою вважали різницю при $p < 0,05$.

Результати. Залежно від наявності цефалгічного синдрому в гострий період ішемічного інсульту хворих розподілили на дві групи: 1-ша — хворі з наявним головним болем ($n = 32$), 2-га — хворі без головного болю ($n = 52$). За характером та локалізацією головного болю переважав двобічний (71,9 %), ниючий (тулий) (31,3 %) чи стискаючий (34,4 %) головний біль. Мігренозний характер болю відзначено лише у 15,6 % пацієнтів. Особливостями хворих з цефалгічним синдромом були переважання жіночої статі (71,9 %) та наявність головного болю в анамнезі (53,1 %) ($p < 0,05$). У пацієнтів з інфарктом мозку та головним болем вогнище ішемії переважно локалізувалося в судинах вертебробазиллярного басейну (61,9 %). У них частіше виявляли атеротромботичний підтип інсульту (59,4 %).

Висновки. Головний біль відзначено у 38,1 % пацієнтів з гострим ішемічним інсультом. Цефалгічний синдром виявляли частіше у пацієнтів жіночої статі, при ішемічних інфарктах з локалізацією в басейні задньої циркуляції, атеротромботичному підтипі інсульту. Більш ніж у 80 % пацієнтів головний біль мав клінічні ознаки головного болю напруження.

Н. Ю. БАЧИНСЬКА^{1,2}, О. О. КОПЧАК^{1,2}, В. О. ХОЛІН¹

¹ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ

²ПВНЗ «Київський медичний університет» УАНМ, Київ

Особливості синдрому помірних когнітивних порушень у пацієнтів різного віку при коморбідності дисциркуляторної енцефалопатії з метаболічним синдромом

Мета роботи — вивчити характер когнітивного дефіциту у хворих різного віку із синдромом помірних когнітивних порушень (ПКП) при коморбідності дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ) з метаболічним синдромом (МС).

Матеріали і методи. Обстежено 279 хворих на ДЕ із синдромом ПКП. У 176 пацієнтів діагностовано МС. Хворих розподілили на три вікові підгрупи: 45—59 (середній вік), 60—74 (похилий вік), 75—89 років (старечий вік). Проведено лонгітудинальне спостере-

ження за станом когнітивних функцій у 131 пацієнта з ДЕ, з них 101 з МС, порівняння за віковим та статевим складом, рівнем освіти, ступенем когнітивних порушень. Проведено загальноклінічне обстеження, електрокардіографію, лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, ліпидограма, визначення в крові вмісту гормонів щитоподібної залози), магнітно-резонансну або комп'ютерну томографію головного мозку. Нейропсихологічне дослідження передбачало виконання міні-тесту ментального обстеження (Mini Mental State Examination (MMSE)), тесту заучування парних взаємопов'язаних слів (The Paired Associates Learning Test (PALT)), тесту кольорово-словесної інтерференції (the Stroop Color-Word Interference Test (SCWT)), заповнення таблиці Шульте.

Результати. У пацієнтів з МС та без такого загального балу за MMSE у всіх вікових підгрупах статистично значущо не відрізнявся. За наявності синдрому ПКП у підгрупі хворих середнього віку з ДЕ та МС порівняно з пацієнтами без МС статистично значущо гіршими були показники короткотривалої пам'яті ($\chi^2 = 32,7$, $p < 0,001$), уваги ($\chi^2 = 4,14$, $p < 0,05$), відтворення вербального матеріалу ($\chi^2 = 15,1$, $p < 0,001$). У підгрупі хворих похилого віку з ДЕ та МС при синдромі ПКП виявлено суттєво нижчі порівняно з пацієнтами без МС показники короткотривалої пам'яті ($\chi^2 = 6,2$, $p < 0,01$) та відтворення вербального матеріалу при переключенні уваги ($\chi^2 = 7,4$, $p < 0,01$). Серед пацієнтів старечого віку з ДЕ та МС порівняно з хворими без МС за наявності синдрому ПКП зареєстровано статистично значуще погіршення орієнтування в часі ($\chi^2 = 5,2$, $p < 0,05$), зниження короткотривалої пам'яті ($\chi^2 = 14,7$, $p < 0,001$). За даними PALT щодо стану асоціативної пам'яті, у хворих з ДЕ та МС похилого і старечого віку за наявності ПКП були статистично значущо гіршими показники негайної та відстроченої пам'яті ($p < 0,001$) порівняно з хворими без МС. За наявності синдрому ПКП пацієнти з МС всіх вікових підгруп порівняно з хворими без МС, потребували

статистично значуще більше часу на виконання завдання за таблицями Шульте ($p < 0,001$), а також мали статистично значущо нижчий бал за методикою SCWT ($p < 0,001$), що свідчило про зниження темпу сенсомоторних реакцій, розумової працездатності, ефективності процесів обробки інформації, уваги. Наявність МС призводила до статистично значущих негативних змін когнітивного статусу у хворих через 3 роки. В загальній групі хворих з МС порівняно з вихідним станом статистично значущо зменшилася частка легких когнітивних порушень ($p < 0,001$), збільшилася — ПКП ($p < 0,01$), зміни щодо частоти деменції не мали статистично значущого характеру. Серед пацієнтів без МС зміни когнітивних функцій виявилися статистично незначущими. З огляду на виявлені статистично значущі зміни стану когнітивних функцій через три роки, а також той факт, що синдром помірних КП може передувати розвитку деменції, було проведено оцінку динаміки помірних КП залежно від віку хворих. Деяке поліпшення когнітивного стану до рівня легких змін відзначено в осіб середнього та похилого віку — відповідно в 19 та 7 % випадків. Суттєве погіршення когнітивного стану до рівня деменції встановлено в усіх вікових підгрупах: у 8 % хворих середнього віку, 10 % — похилого і 59 % — старечого. Через 3 роки у пацієнтів середнього та похилого віку з МС виявлено статистично значущо більшу частоту синдрому ПКП, порівняно з хворими старечого віку (відповідно $\chi^2 = 4,38$, $p < 0,05$ та $\chi^2 = 8,43$, $p < 0,01$). У підгрупі хворих старечого віку з МС була статистично значущо більшою частота деменції, в яку трансформувалися ПКП, порівняно з пацієнтами середнього ($\chi^2 = 13,36$, $p < 0,001$) та похилого ($\chi^2 = 12,42$, $p < 0,001$) віку з МС.

Висновки. У пацієнтів з ДЕ та МС порівняно з хворими без МС за наявності синдрому ПКП виявлено статистично значущо гірші показники когнітивних функцій у всіх вікових підгрупах. Через три роки у пацієнтів з ДЕ та МС усіх вікових підгруп за наявності вихідного синдрому ПКП відзначено статистично значуще погіршення стану когнітивних функцій, більш виражене у пацієнтів з МС похилого та старечого віку.

О. Ю. ГАРМАТИНА, В. В. МОРОЗ

ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А. П. Ромоданова НАМН України», Київ

Перфузія головного мозку при оклюзивно-стенотичному ураженні брахіоцефальних артерій за умов хірургічної корекції

Ураження брахіоцефальних артерій (БЦА) — поширена причина порушення мозкового кровообігу, яка призводить до прогресивного зниження кровопостачання головного мозку (ГМ) і розвитку хронічної церебральної ішемії та ішемічного інсульту. Для запобігання розвитку інсульту виконують операції, спрямовані на поліпшення перфузії ГМ, зокрема створення екстра-інтракраніального мікроартеріального анастомозу (ЕІКМА).

Мета роботи — проаналізувати зміни показників церебральної гемодинаміки у пацієнтів із стено-

оклюзивною патологією (СОП) брахіоцефальних артерій (БЦА) до та після екстра-інтракраніальної мікрореваскулярної ревазуляризації за результатами перфузійної мультиспіральної комп'ютерної томографії (ПМСКТ).

Матеріали і методи. ПМСКТ ГМ було виконано 11 пацієнтам із СОП БЦА до та після ЕІКМА. Наявність і ступінь стенозу/оклюзії БЦА встановлювали за допомогою МСКТ-ангіографії та селективної церебральної ангіографії. Абсолютні значення церебрального об'єму

крові (CBV) і нормовані значення CBV (nCBV) розраховували в басейні середньої мозкової артерії (СМА) та коригували щодо контралатерального боку.

Результати. Звуження просвіту БЦА (> 60%) призводило до гіперперфузії мозкової речовини обох півкуль з переважним порушенням гемодинаміки іпсилатерально, що встановлювали за допомогою ПСМКТ. Після створення ЕІКМА при контрольних МСКТАГ і селективній церебральній ангиографії оцінювали функціонування створеного анастомозу у вигляді заповнення басейну СМА іпсилатерально. За даними контрольної ПМСКТ (через 3—6 міс) встановлено

поліпшення мозкової перфузії у вигляді зменшення величини CBV СМА і nCBV СМА. Для до- і післяопераційного періоду отримано такі значення: CBV — $(4,1 \pm 0,17)$ і $(2,73 \pm 0,15)$ мл/100 г, nCBV — $(1,05 \pm 0,16)$ та $(0,95 \pm 0,14)$ мл/100 г відповідно ($p < 0,042$). Випадків повторного інсульту після створення ЕІКМА протягом періоду спостереження не відзначено.

Висновки. За даними ПМСКТ, ЕІКМА поліпшує перфузію ГМ при СОП БЦА. Оцінка віддалених результатів хірургічного лікування потребує спостереження в динаміці.

О. Є. ДУБЕНКО¹, О. С. ЧИНЯК²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти

²Сумський державний університет

Нейропсихологічний профіль когнітивних порушень у пацієнтів з хворобою Альцгеймера, судинною деменцією та помірними когнітивними розладами

Мета роботи — виявити диференційно-діагностичні особливості нейропсихологічного профілю у пацієнтів із залежними від віку когнітивними порушеннями.

Матеріали і методи. Обстежено 50 пацієнтів з когнітивними порушеннями різного ступеня віком від 49 до 87 років (середній вік — $(66,5 \pm 1,0)$ року). Хворих з іншими захворюваннями нервової системи, які спричиняють когнітивні порушення (хвороба Паркінсона, травми, пухлини, зловживання алкоголем тощо), до дослідження не залучали. Всім хворим проведено нейровізуалізаційне обстеження головного мозку, ультразвукове дослідження мозкових судин, інші клінічні та лабораторні дослідження, а також комплексне нейропсихологічне обстеження із застосуванням короткої шкали оцінки психічного статусу (MMSE), батареї тестів на лобну дисфункцію (FAB), Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA), шкали ADAScog та геріатричної шкали депресії, яка містить 30 запитань (GDS). Ступінь вираження когнітивних порушень розраховували за допомогою тестів MMSE, MoCA та FAB. Діагноз «вірогідна хвороба Альцгеймера» встановлювали за критеріями NINCDS-ADRDA, діагноз «вірогідна судинна деменція» — за критеріями NINDS-AIREN, діагноз «помірні когнітивні порушення» — за критеріями J. Touchon і R. Petersen (2005).

Результати. Критеріям хвороби Альцгеймера (ХА) відповідали 15 пацієнтів, критеріям судинної деменції (СД) — 15. Помірні когнітивні розлади (ПКР) виявлено у 20 хворих. За результатами нейропсихологічного тестування деменцію легкої стадії виявлено в 11 (37%) пацієнтів (у 6 хворих на ХА та 5 осіб із СД),

помірну стадію — у 19 (63%) (у 12 хворих на ХА і 7 осіб із СД). Із 20 хворих із ПКР дисмнестичний тип (первинні порушення пам'яті у вигляді неефективності підказки при виконанні тесту п'яти слів) діагностовано у 4 (20%), дизрегуляторний тип (зниження результату FAB) — у 9 (45%), комбінований тип (наявність обох зазначених феноменів) — у 7 (35%). За однакового ступеня тяжкості деменції порушення пам'яті у пацієнтів з ХА були виражені більше, ніж у хворих на СД, що підтверджено нижчими результатами тестів «відстрочене відтворення» ($p < 0,000001$), «запам'ятовування предметів» ($0,05 < p < 0,1$) та «орієнтація у часі та місці» ($p < 0,005$). У пацієнтів з ХА порівняно з хворими на СД відзначено вираженіші порушення при виконанні завдання на «конструктивний праксис» ($p < 0,05$) шкали ADAScog. У тестах для оцінки письмової мови та здатності до узагальнення у хворих на СД виявлено нижчі результати, ніж у пацієнтів із ХА ($0,05 < p < 0,1$). При оцінці емоційного стану за шкалою GDS відзначено вищі результати у хворих на СД порівняно з пацієнтами із ХА. Більшу вираженість окремих симптомів депресії у хворих на СД фіксували як на початковій, так і на помірній стадії деменції.

Висновки. Встановлено відмінності в когнітивних профілях між хворими на ХА, СД та особами із ПКР, які залежали також від ступеня когнітивних розладів. У диференційній діагностиці ХА та СД важливе значення має оцінка епізодичної і семантичної пам'яті та зорово-просторових функцій. При СД вираженість депресивних розладів збільшується у міру зростання ступеня тяжкості деменції.

В. А. ЕВДОКИМОВ

Запорожская областная клиническая больница

Центр лечения боли доктора Евдокимова, Запорожье

Повышение качества лечения пояснично-крестцовых радикулопатий с применением методов мануальной терапии

Цель работы — оценить влияние применения наряду с традиционной базовой терапией методов мануальной терапии и антиконвульсанта прегабалина у пациентов с пояснично-крестцовыми радикулопатиями.

Материалы и методы. Объект исследований — 115 пациентов в возрасте от 35 до 58 лет, из них 61 мужчина и 54 женщины. Пациенты страдали хроническими болями, связанными с пояснично-крестцовой радикулопатией. Для уточнения диагноза всем больным было проведено комплексное неврологическое обследование, дополненное рентгенографией и/или компьютерной/магнитно-резонансной томографией. Выраженность болевого синдрома оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) и опросника Мак-Гилла. Пациентов распределили на три группы в зависимости от схемы лечения: пациенты 1-й группы получали базисную терапию (соблюдение рационального нейроортопедического режима, прием нестероидных противовоспалительных средств (диклофенак в стандартных дозах), сосудистая терапия, физиотерапия, лечебная физкультура и массаж), пациенты 2-й группы дополнительно к базисной терапии принимали прегабалин по схеме: первые 7 дней — по 75 мг дважды в сутки, далее — по 150 мг дважды в сутки, среднетерапевтическая доза — 225 мг/сут, курс лечения — 2 нед, пациенты 3-й группы — базисную терапию, курс лечения прегабалином и мануальную терапию. Курс мануальной терапии состоял из 8—10 процедур. Электронейромиографию проводили дважды: до начала лечения и на 12—14-й день лечения 10 пациентам 1-й группы и 12—3-й группы.

Результаты. Клиническая симптоматика проявлялась классическим вертебральным, экстравертебральным, радикулярным синдромом, сенсорными расстройствами. Признаки радикулопатии L5 выявлены у 50 % пациентов, S1 — у 42 %, L5 и S1 — у 8 %. У всех пациентов установлены полисегментарные функциональные блоки с наибольшей выраженностью в сегментах

L4—L5 и L5—S1. Кроме поясничных, функциональные блоки выявлялись у 95,7 % в области грудопоясничного перехода, у 75 % — в области крестцово-подвздошного сустава, у 67,7 % — в среднегрудном отделе и у 60 % — в шейном отделе. Большинство функциональных блоков определялись в направлении флексии и латерофлексии. Выраженность болевого синдрома по ВАШ и опроснику Мак-Гилла в группах была сопоставимой. После курса лечения (через 4 нед от начала исследования) во всех группах наблюдали положительные изменения как субъективных, так и объективных показателей. Субъективное улучшение в 3-й группе отмечено у 80 % пациентов, значительное улучшение — у 45 %, во 2-й группе — у 68 и 25 % соответственно, в 1-й — только у 40 и 10 %. Оценки по ВАШ и шкалам опросника Мак-Гилла снизились во всех группах, но в наибольшей степени — в 3-й группе. Данные электронейромиографического исследования F-волны свидетельствовали о положительной динамике у пациентов 3-й группы в виде уменьшения процента выпадения с 45,2 до 36,22, тахидисперсии — с 53,58 до 42,46 м/с, количества гигантских F-волн у больных с заинтересованностью передних рогов спинного мозга. В 1-й группе подобные изменения не отмечены.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о максимальной эффективности комплексного действия прегабалина и приемов мануальной терапии на патогенез заболевания при хронических вертеброгенных корешковых синдромах. Предложенная методика позволяет повысить эффективность лечения дискогенных радикулопатий за счет активации саногенетических, в том числе антиноцицептивных механизмов, и блокирования невропатического компонента боли. Комплексный подход позволяет уменьшить длительность обострения, уменьшить длительность временной нетрудоспособности, снизить относительную частоту утраты трудоспособности, удлинить безрецидивный период полной и неполной ремиссии.

3. І. ЗАВОДНОВА

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Клінічні особливості виявів депресії у хворих на розсіяний склероз

Розсіяний склероз (РС) — демієлінізувальне захворювання, яке зазвичай уражає осіб молодого віку. Першими виявами є слабкість м'язів, порушення координації рухів, розлади функції тазових органів, погіршення зору, що призводить до інвалідності та погіршення якості життя. У клінічній картині РС, окрім неврологічних симптомів, виявляються психічні порушення, зокрема депресія (пригніченість, безнадій-

ність, безпорадність, відчуття власної неповноцінності, зниження активності), частота якої становить 38—40 %. Особливості виявів депресії потребують подальшого уточнення.

Мета роботи — дослідити особливості виявів депресії у хворих на розсіяний склероз (РС).

Матеріали і методи. У дослідження було залучено 26 хворих на рецидивно-ремісивний РС (PPPC), з них

16 (61,5 %) жінок та 10 (38,5 %) чоловіків. Середній вік хворих становив $(31,05 \pm 6,81)$ року (від 18 до 45 років). Середня тривалість захворювання — $(8,02 \pm 4,62)$ року (від 2 до 14 років). Обстеження проведено в період загострення. В усіх хворих отримано інформовану згоду на участь у дослідженні. Рівень депресії оцінювали за допомогою шкали Гамільтона (Hamilton Rating Scale Depression (HDRS)), яка містить 21 пункт. Сумарний бал визначали за 17 пунктами (0—7 балів — норма, 8—13 балів — легкий депресивний розлад, 14—18 балів — середній ступінь, 19—22 балів — тяжкий). Ступінь тяжкості захворювання визначали за розширеною шкалою порушень життєдіяльності Куртцке (Expanded Disability Status Scale (EDSS)). Середній показник за шкалою EDSS на момент дослідження становив $(3,81 \pm 0,18)$ бала.

Результати. У 17 хворих виявлено ознаки депресії (у 76,2 % жінок та 46,3 % чоловіків). Вираженість

депресії не корелювала зі статтю при РРРС. Виявлено кореляцію між виявами вираженішої депресії та погіршенням стану хворого, який не міг обслуговувати себе і потребував сторонньої допомоги. Депресію легкого ступеня за шкалою Гамільтона діагностовано у 9 (52,9 %) хворих, помірного ступеня — у 6 (35,2 %), виражену депресію — у 2 (11,7 %). У решти хворих не відзначено виявів депресії. Вираженість депресії корелювала з тривалістю захворювання ($r = +0,24$, $p < 0,05$), сильніше — з частотою загострень. На момент обстеження із 17 хворих з депресією антидепресанти приймали 4 (23,5 %) пацієнти.

Висновки. Пацієнти з РРРС схильні до депресивних розладів різного ступеня. Виявлено їх залежність від вираженості неврологічної симптоматики та швидкості прогресування захворювання ($p < 0,05$). При виявленні депресії рекомендовано призначення антидепресантів.

Н. Б. КИРПИЧЁВА, А. Г. ШАПОВАЛОВ, Э. А. ДЕМУС, В. В. НЕОФИТНЫЙ
Городская детская больница № 1 имени акад. Б. Я. Резника, Одесса

Оценка эффективности терапии детей с эпилепсией и фокальной корковой дисплазией

Цель работы — оценить эффективность препарата леветирацетам у детей с симптоматической эпилепсией и фокальной корковой дисплазией.

Материалы и методы. За последние 3 года нами наблюдались 7 детей (4 мальчика и 3 девочки) в возрасте от 9 до 18 лет с установленным впервые диагнозом симптоматической эпилепсии на фоне фокальной корковой дисплазии. Период наблюдения составил 1,5 года. До начала терапии всем детям проводили осмотр педиатра, кардиолога, невролога, окулиста, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы крови, электроэнцефалографию (ЭЭГ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) головного мозга на томографе с индукцией магнитного поля 1,5 Тл с получением 3D-изображений, взвешенных по T1-сагиттальной плоскости с толщиной среза 0,1 см с последующими многоплоскостными реконструкциями в корональной и аксиальной плоскостях с толщиной среза 0,1 см, аксиальный и корональный FLAIR с жироподавлением с толщиной среза 0,4 см, T2IR в корональной плоскости, диффузионно-взвешенные изображения (b0, b500, b1000), ADC (ИКД)-картирование. Все дети получали препарат леветирацетам в возрастных дозировках по 20—25 мг/кг массы тела дважды в сутки. Через 3 мес, 0,5 года, 1,0 и 1,5 года дети были осмотрены. Всем проводили общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические анализы крови, ЭЭГ. Через 1 год всем детям была проведена повторная МРТ головного мозга.

Результаты. На фоне проводимой терапии у всех детей отмечен регресс приступов (у 5 пациентов, получавших препарат в дозе 20 мг/кг массы тела 2 раза в сутки, к 4-му месяцу приема частота приступов уменьшилась на 60 %; у 2 детей, получавших препарат в дозе 25 мг/кг массы тела 2 раза в сутки, к концу 3-го месяца приема количество пароксизмов редуцировалось на 65 %). Очаговая и общемозговая симптоматика не определялась до начала терапии и на фоне динамического наблюдения за детьми. Лабораторные анализы были без патологии. По данным фоновой ЭЭГ, изначально у всех детей отмечалась эпилептическая активность в виде генерализованных разрядов пик-, полипик-волн с локальным акцентом (у 5 детей в лобной области, у 2 — в височной). Отмечено улучшение ЭЭГ-картины у всех детей в виде нивелирования полипик-волн с сохранением пик-волн с локальностью, преобладанием на фоновой ЭЭГ α -ритма и снижением вольтажа по сравнению с исходным. На МРТ головного мозга у всех детей было выявлено утолщение и сглаженность серого и белого вещества участка коры головного мозга (у 5 детей — в лобной области (слева — у 2, справа — у 3), у 2 — в левой височной области) без динамики через 1 год. Все 7 детей переносят лечение хорошо, побочных эффектов не выявлено.

Выводы. Применение препарата леветирацетам в терапии детей с симптоматической эпилепсией и фокальной корковой дисплазией продемонстрировало значимую клиническую эффективность наряду с высоким профилем безопасности.

М. В. КОВАЛЬ, В. А. ГРИБ, М. І. ЛЕСІВ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Клініко-діагностичні критерії синдрому грудного виходу

Мета роботи — розробити алгоритм діагностики синдрому грудного виходу (СГВ).

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебували 16 пацієнтів віком від 25 до 56 років із болем та затерпанням руки. Обстеження хворих передбачало чотири етапи: 1) аналіз анамнестичних даних; 2) об'єктивне обстеження та оцінка неврологічного статусу; 3) проведення позиційних проб; 4) використання інструментальних методів дослідження.

Результати. Позитивна результативність позиційних проб: тест Адсона — 2 (12,5%), тест Райта — 2 (12,5%), тест Ідена — 1 (6,2%), тест EAST — 5 (31,2%). Ультразвукове дослідження підключичної артерії: лінійна швидкість кровотоку по судинах перевищувала нижню межу норми (20 см/с) та становила в середньому $(23,54 \pm 1,23)$ см/с. За даними електронейрографії діагностовано карпальний тунельний синдром у 2 (12,5%) пацієнтів, тунельний синдром Гійона — в 1 (6,2%), синдром кубітального каналу — в 2 (12,5%). У 3 (18,7%) осіб виявлено зміни амплітуди і швидкості проведення імпульсу руховими та чутливими волокнами ліктьового нерва, в 1 (6,2%) — зниження амплітуди і швидкості проведення імпульсу руховими та чутливими волокнами серединного, ліктьового і

променевого нервів, що було ознакою плечової плексопатії та могло б бути критерієм нейрогенного СГВ. Рентгенологічно в 1 (6,2%) пацієнта було діагностовано додаткове шийне ребро, в 1 (6,2%) — звуження реберно-ключичного проміжку внаслідок кісткової мозолі після перелому ключиці, у 7 (56,2%) — остеохондроз шийного відділу хребта (CV—CVI та CVI—CVII), в 1 (6,2%) — плечо-лопатковий періартроз, ще в 1 (6,2%) — нестабільність плечового суглоба.

На підставі отриманих даних нейрогенний СГВ було діагностовано у 7 (43,75%) пацієнтів, у решти — післяпроменевої плексопатії, карпальний тунельний синдром, тунельний синдром Гійона, синдром кубітального каналу, плечолопатковий періартроз, післяпроменевої плексопатії (в 1 (6,25%)), остеохондроз шийного відділу хребта з корінцевим больовим синдромом (у 2 (12,50%)).

Висновки. Використання запропонованого алгоритму поліпшує результати діагностики СГВ та його типу, а також диференціальну діагностику, що сприяє адекватності лікувальної тактики. Знання причин виникнення СГВ дає змогу надати пацієнтові профілактичні рекомендації щодо модифікації способу життя та трудової діяльності.

В. Ю. КРИЛОВА

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Чинники та клінічні ознаки епілепсій з пізнім початком

Мета роботи — визначити етіологію та клінічні вияви епілепсії з пізнім початком для профілактики, поліпшення діагностики та вдосконалення лікування.

Матеріали і методи. Обстежено 68 пацієнтів (35 чоловіків та 33 жінки) віком від 60 до 89 років з повторними епілептичними нападами, які відповідали критеріям діагностики епілепсії та вперше виникли у віці 60 років і більше. Обстеження передбачало збір анамнезу, клініко-неврологічне обстеження, проведення електроенцефалографії, магнітно-резонансної/комп'ютерної томографії, ультразвукової доплерографії, лабораторної діагностики.

Результати. В більшості випадків (27 (39,7%)) провідним чинником виникнення епілепсії в похилому віці були цереброваскулярні захворювання, серед яких переважали наслідки ішемічного або геморагічного інсульту (22 (81,5%)). Перенесені ішемічні інсульти найчастіше були атеротромботичного підтипу з кірковим

вогнищем ішемії в каротидному басейні, з ураженням скроневої або лобової частки. Серед геморагічних інсультів перше місце посідали паренхіматозні крововиливи, розташовані латеральніше від внутрішньої капсули. Другою за частотою причиною епілепсії була черепно-мозкова травма (14 (20,6%) випадків). У 7 (10,3%) хворих виявлено екзогенні інтоксикації, переважно алкогольні, у 3 (4,4%) — наслідки інфекційних захворювань, у 6 (8,8%) — супратенторіальні пухлини головного мозку, в 11 (16,2%) — поліетіологічні чинники. В усіх пацієнтів спостерігалася симптоматична форма епілепсії, переважно з парціальними або вторинно-генералізованими нападами (у 62 (91,2%) хворих).

Висновки. Цереброваскулярні захворювання — найбільш значущий етіологічний чинник пізнього початку епілепсії. Переважає симптоматична форма захворювання, яка представлена парціальними нападами без/з вторинною генералізацією.

М. І. ЛЕСІВ, В. А. ГРИБ, О. О. ДОРОШЕНКО, М. В. КОВАЛЬ, Л. Т. МАКСИМЧУК
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Когнітивно-мнестичні функції у хворих на гіпертонічну хворобу, коморбідну з гіпотиреозом

Мета роботи — вивчити особливості когнітивних порушень у хворих на гіпертонічну хворобу, осіб з гіпотиреозом та пацієнтів з гіпертонічною хворобою, коморбідною з гіпотиреозом.

Матеріали і методи. В дослідження було залучено 26 пацієнтів, яких розподілили на три групи: I група — 8 (30,8 %) хворих на гіпертонічну хворобу, які отримували антигіпертензивну терапію, II група — 9 (34,6 %) хворих на гіпотиреоз, котрі отримували лікування, III група — 9 (34,6 %) хворих на гіпертонічну хворобу та гіпотиреоз, які отримували лікування. Для оцінки когнітивних порушень використовували Монреальську шкалу (MoCA-тест).

Результати. Не виявлено суттєвої відмінності за віком серед досліджуваних пацієнтів ($p > 0,05$). При проведенні дослідження враховували найчастіші симптоми у кожній групі: у хворих I групи — зменшення обсягу відтворення, зниження стійкості поточного запам'ятовування до відволікаючих чинників, зниження швидкості запам'ятовування, у хворих II групи — зменшення темпу діяльності, швидкості переробки інформації та заучування, проблеми із паралельною

обробкою інформації, у хворих III групи — зменшення обсягу психічної активності у вигляді одночасного виконання різних дій, труднощі з переключенням уваги, зменшення темпу діяльності, швидкості переробки інформації, обмеження в поточному запам'ятовуванні. Зазначені когнітивні порушення пов'язані з функціональним дефіцитом, зниженням рівня енергетичного забезпечення психічної діяльності та зміною загальних фонових складників активності людини. За результатами MoCA-тесту виявлено когнітивну дисфункцію в усіх трьох групах. Статистично значущої відмінності за оцінкою когнітивної функції за MoCA-тестом при порівнянні трьох груп не встановили ($p > 0,05$). Результати дослідження свідчать, що у хворих погіршуються когнітивні функції полімодального характеру.

Висновки. Результати аналізу нейропсихологічного тесту щодо відсутності статистично значущої відмінності за ступенем когнітивної функції між хворими на гіпертонічну хворобу, гіпотиреоз або їх поєднання ставить під сумнів високу чутливість MoCA-тесту або свідчить про однаковий ступінь когнітивної дисфункції у пацієнтів зазначених категорій.

І. С. ЛОБАНОВА¹, С. Р. ПЕЛЕСХОК², Е. К. КРАСЮК²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Київська міська клінічна лікарня № 3

Особливості нейропсихологічного відновлення у хворих з ішемічним інсультом на тлі хронічної ниркової недостатності

Ризик розвитку інсульту у хворих на хронічну ниркову недостатність (ХНН) у 5 разів перевищує ризик у загальній популяції. Когнітивні розлади після перенесеного інсульту збільшують ризик несприятливих наслідків інфаркту мозку, ступінь інвалідизації хворих, значно утруднюють реабілітацію таких пацієнтів.

Мета роботи — вивчити особливості нейропсихологічного відновлення у хворих з ішемічним інсультом на тлі хронічної ниркової недостатності (ХНН).

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-неврологічне і нейровізуалізаційне обстеження 30 хворих з ішемічним інсультом (18 чоловіків та 12 жінок) віком від 74 до 80 років (середній вік — $78,5 \pm 1,2$) року). Діагноз ішемічного інсульту встановлювали на підставі стандартних клінічних та візуалізаційних критеріїв, діагноз ХНН — за рівнем креатиніну. До основної групи було залучено 18 хворих з ішемічним інсультом на тлі ХНН (10 чоловіків і 8 жінок віком від 74 до 80 років (середній вік — $77,5 \pm 1,2$) року), до контрольної — 12 пацієнтів з ішемічним

інсультом без ХНН (8 чоловіків і 4 жінок, віком від 76 до 80 років (середній вік — $78,4 \pm 1,3$) року)). Когнітивні функції досліджували з використанням низки сучасних нейропсихологічних тестів («пам'ять на числа», заучування 10 слів, таблиці Шульте, шкала Mini Mental State Examination (MMSE)).

Результати. У хворих з ішемічним інсультом на тлі ХНН виявлено зниження обсягу короткотривалої зорової пам'яті (за результатами тесту «пам'ять на числа»: основна група — $7,32 \pm 0,63$) числа, контрольна група — $12,6 \pm 0,49$) числа ($p < 0,05$), зниження короткотривалої вербальної пам'яті та уваги за даними тесту заучування 10 слів (відповідно $34,6 \pm 1,5$) і $40,7 \pm 1,0$) слово, $p < 0,05$). За даними тестування з використанням таблиць Шульте у хворих основної групи відзначено збільшення сумарного часу, використаного на пошук цифр ($256,24 \pm 25,9$) с проти $194,00 \pm 7,15$) с, $p < 0,05$). Статистичний аналіз отриманих результатів з використанням критерію χ^2 не виявив зв'язку між вираженістю когнітивних роз-

ладів за результатами нейропсихологічних тестів і варіантом ішемічного інсульту (як на тлі ХНН, так і без такої) (розрахункове значення χ^2 — 4,2, критичне — 25; $p > 0,05$). Аналіз динаміки результатів нейропсихологічних тестів у хворих з ішемічним інсультом на тлі ХНН засвідчив збільшення короткотривалої вербальної пам'яті та уваги за даними тесту заучування 10 слів, швидкості сенсомоторних реакцій, розумової працездатності, обсягу активної уваги за даними тестування з використанням таблиць Шульте, оперативної пам'яті за результатами тесту «шкали», а також орієнтації в часі та просторі за шкалою MMSE. Статистично значущої відмінності між показниками когнітив-

них функцій у 1-шу, на 7-му, 14-ту і 21-шу добу захворювання не виявлено ($p > 0,05$).

Висновки. У хворих з ішемічним інсультом на тлі ХНН порівняно з хворими з ішемічним інсультом без ХНН були значно нижчими показники, які характеризують вищі психічні функції: короткотривала вербальна пам'ять, увага, швидкість сенсомоторних реакцій, обсяг активної уваги, короткотривала зорова і слухова пам'ять. Виявлені порушення вищих кіркових функцій потребують терапевтичної корекції за умови проведення лікувально-реабілітаційних заходів у хворих з ішемічним інсультом, що сприятиме поліпшенню якості життя пацієнтів.

Т. Е. МИХАЙЛИЧЕНКО

Донецкий национальный медицинский университет, Лиман

Морфологические характеристики тканей головного мозга при церебральном инсульте у пациентов с сахарным диабетом

Ишемический инсульт у больных сахарным диабетом встречается в 2—4 раза чаще, чем в популяции в целом. Летальность при ишемическом инсульте составляет 50—60 %, при геморрагической форме — 70—95 %.

Цель работы — изучение морфологических характеристик измененного головного мозга при церебральном инсульте у лиц с сахарным диабетом, установление наиболее характерных изменений.

Материалы и методы. Проведено морфологическое исследование ткани головного мозга у лиц с диагнозом «церебральный инсульт на фоне сахарного диабета» (8 наблюдений). Средний возраст обследованных лиц — $(65,2 \pm 3,1)$ года. Причиной смерти больных в 6 наблюдениях был острый инфаркт миокарда, в 2 — политравма. Исследованы лобная, затылочная, теменная и височная доли и мозжечок. В качестве контроля использовали кусочки тканей головного мозга 5 лиц, погибших в результате несчастных случаев и не страдавших при жизни сахарным диабетом. Забор материала осуществляли через 6—8 ч после смерти. Кусочки ткани мозга фиксировали в растворе IHC Zinc Fixative (Pharming, США), изготавливали серийные парафиновые срезы толщиной (10 ± 1) мкм. Препараты окрашивали: гематоксилином и эозином, конго красным, тионином по методу Ниссля, ставили ШИК-реакцию, импрегнировали нитратом серебра по методу Бильшовского и хлоридом золота по Кахалю. Исследование проводили с помощью микроскопа Olympus AX70 (Япония) с цифровой камерой Olympus DP50. Микрофотографирование осуществляли с использованием программы AnalySIS Pro 3.2 (SoftImaging, Германия).

Результаты. Наиболее важными морфологическими особенностями при церебральном инсульте

были: а) сегментарный фибриноидный некроз с формированием милиарных расслаивающих аневризм, пристеночные и обтурирующие тромбы, облитерация и перекалибровка просвета, периваскулярный фиброз и гиалиноз в корково-медуллярных артериях зоны ишемического некроза; б) удельный вес капиллярной сети в корковом веществе обоих полушарий, который в основной группе был статистически значительно ниже, чем в контрольной; в) отличительные цитоархитектонические характеристики — очаговая атрофия и дистрофизация I—IV слоев коры лобной и височной долей головного мозга за счет уменьшения профильного поля пирамидных нейронов и одновременного возрастания количества средних и мелких нейронов; г) сочетание острых и хронических нейродистрофических изменений в нейронах всех слоев коры обоих полушарий головного мозга вне зоны ишемического инсульта в виде ишемических, гидрорических изменений, формирования клеток-теней, сморщивания, уплотнения тигроида Ниссля, высокой насыщенности цитоплазмы нейронов липофуцином, атрофии нейронального цитоскелета с просветлением перикариона, пикноза ядер и гипертрофии ядрышек, наличия интранейрональных включений.

Выводы. У лиц, умерших от церебрального инсульта на фоне сахарного диабета, наряду с ангиоархитектонической патологией сосудов микроциркуляторного русла, доминировали выраженные изменения внутримозговых артерий в виде фибриноидного некроза, периваскулярного фиброза, гиалиноза. К отличительным характеристикам следует отнести выпадение нейронов и выраженную дистрофизацию I—IV слоев коры лобной и височных долей головного мозга.

О. А. МЯЛОВИЦЬКА¹, Ю. П. ДІДКОВА²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Київська клінічна лікарня № 2 на залізничному транспорті

Клініко-нейровізуалізаційне зіставлення у хворих на мігрень, ускладнену мігренозним статусом

Мета роботи — вивчити нейровізуалізаційні особливості у хворих на мігрень, ускладнену мігренозним статусом.

Матеріали і методи. Проведено нейровізуалізаційні дослідження 42 пацієнтам з мігренню, ускладненою мігренозним статусом, у період між нападами, зокрема комп'ютерну томографію (КТ) 12 пацієнтам, магнітно-резонансну томографію (МРТ) у T1, T2, DWI та Flair-режимах — 30. У групу контролю було залучено 10 практично здорових осіб, яким було проведено КТ головного мозку, та 10 осіб, котрим було виконано МРТ головного мозку. На отриманих нейровізуалізаційних зображеннях оцінювали структуру речовини головного мозку та її зміни, вимірювали розміри шлуночків. При КТ-дослідженнях розраховували вентрикулокраніальні індекси (ВКІ) за трьома критеріями (ВКІ1, ВКІ2, ВКІ3). Розрахунки проводили за допомогою статистичної програми MINITAB 14. Для статистичної оцінки результатів використовували непараметричний тест розподілу двох сукупностей за методом Манна—Уїтні, багатомірний дисперсійний аналіз, T2-критерій Хотеллінга.

Результати. Середнє значення ширини III шлуночка в основній групі становило $(0,44 \pm 0,16)$ см, а в контрольній — $(0,31 \pm 0,09)$ см ($p = 0,04$). В основній групі величина ВКІ3 перевищувала таку у контрольній групі $(3,39 \pm 1,19$ проти $2,34 \pm 0,75$, $p = 0,03$). Для кожної вікової групи визначено норму ВКІ. За допомогою

багатомірною T2-критерію Хотеллінга перевіряли гіпотезу про рівність середніх різниць між результатами обстеження хворих і нормою. Розрахункове значення T2-критерію дорівнює 35,39 при критичному (для цього числа спостережень і рівня значущості 0,05) 12,65. Отримані дані засвідчили статистично значуще відхилення величини ВКІ у вікових групах від значень норми. При проведенні МРТ в білій речовині півкуль головного мозку в ділянці базальних гангліїв у 15 випадках виявлено множинні точкові та лінійні ділянки діаметром від 0,3 до 0,7 см, ізо- і гіпоінтенсивні в T1W1-режимі та гіперінтенсивні в T2W1 і flair режимах, з чіткими контурами, без ознак перифокального набряку, які відповідають ознакам зон гліозу. Встановлено статистично значущу відмінність між кількістю судинних вогнищ в основній групі $(1,2 \pm 0,24)$ порівняно з контрольною $(0,1 \pm 0,1)$, $p = 0,019$. Середнє значення розмірів судинних вогнищ в основній групі становило $(0,20 \pm 0,09)$ см, у контрольній — $(0,02 \pm 0,02)$ см ($p = 0,03$), середня ширина переднього рогу правого шлуночка — відповідно $(0,72 \pm 0,03)$ та $(0,56 \pm 0,03)$ см ($p = 0,0028$), середня ширина переднього рогу лівого шлуночка — $(0,74 \pm 0,03)$ та $(0,55 \pm 0,03)$ см ($p = 0,0008$).

Висновки. У хворих на мігрень, ускладнену мігренозним статусом, спостерігається формування початкових ознак атрофічного процесу та формування дрібновогнищевих зон гліозу як результат перенесеної ішемії на тлі мігренозного статусу.

О. А. МЯЛОВИЦЬКА, Т. А. ДОВБОНОС, Ю. В. ХИЖНЯК

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Особливості когнітивних та емоційних розладів у хворих з клінічно ізольованим синдромом

Мета роботи — дослідити особливості когнітивних та емоційних порушень у хворих з клінічно ізольованим синдромом (КІС).

Матеріали і методи. Обстежено 38 хворих (12 чоловіків і 26 жінок) з діагнозом КІС, який установлювали на підставі результатів загальноприйнятого клініко-неврологічного та параклінічного обстеження з використанням критеріїв W.I. McDonald та співавт. (2010). Когнітивний статус визначали за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA). Для виявлення втоми використовували шкалу тяжкості втоми (Fatigue Severity Scale (FSS)). Депресію оцінювали за допомогою шкали депресії Бека. Всім обстеженим було проведено магнітно-резонансне дослідження головного мозку, шийного та грудного відділів спинного мозку. Математичну обробку результатів проводили за допомогою методів описової ста-

стистики. Для оцінки вірогідності показників використовували параметричні (t-критерій Стюдента) та непараметричні критерії (T-критерій Вілкоксона).

Результати. У 29 (76,3%) пацієнтів виявлено ознаки когнітивних розладів, втоми чи депресії, або поєднання цих порушень. Уже на стадії КІС у пацієнта можуть виявлятися не лише когнітивні розлади, втоми чи депресія (33% хворих), а і їх поєднання (67% обстежених). За результатами магнітно-резонансного дослідження вогнища демієлінізації у пацієнтів з КІС локалізувалися перивентрикулярно, субкортикально, в мозолистому тілі, лобних, скроневих, тім'яних і потиличних частках, стовбурі головного мозку, мозочку, а також у шийному і грудному відділі спинного мозку. Частіше виявляли ураження однієї або двох зазначених зон (у хворих з когнітивними порушеннями — 66,7%, з втомою — 82,6%, із депресією — 80,0%), у

решти пацієнтів — поєднане ураження 3—6 ділянок. Не виявлено статистично значущої відмінності між локалізацією вогнищ у головному мозку у хворих з КІС та наявністю чи відсутністю когнітивних та емоційних порушень ($p > 0,05$). У пацієнтів з втомою за наявності вогнищ демієлінізації в шийному відділі втома розвивалася статистично значущо частіше порівняно з хворими без вогнищ цієї локалізації ($p = 0,031$). За наявності вогнищ у грудному відділі виявлено виражену тенденцію до розвитку втоми ($p = 0,053$).

Висновки. Дві третини опитаних з КІС мали ознаки когнітивних розладів, втоми чи депресії, причому у більше ніж 50 % випадків спостерігали поєднання в одній особі двох чи трьох порушень. Вогнища демієлінізації в головному мозку переважно визначалися в одній або двох зонах. Локалізація їх не впливала на частоту розвитку досліджуваних розладів ($p > 0,05$). Фокуси демієлінізувального характеру в шийному відділі спинного мозку статистично значущо частіше виявляли у пацієнтів з втомою ($p = 0,031$).

Н. О. НЕКРАСОВА

Харківський національний медичний університет

Вивчення діагностичної інформативності конституційно-біологічних та сомато-вісцеральних маркерів недиференційованої дисплазії сполучної тканини у хворих зі спондилогенною вертебробазиллярною недостатністю

Мета роботи — вивчити найбільш діагностично цінні та прогностично значущі чинники (конституційно-біологічні (КБМ) та сомато-вісцеральні маркери (СВМ)) недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) при вертебробазиллярній недостатності (ВБН) спондилогенного походження у пацієнтів молодого віку.

Матеріали і методи. Проаналізовано частоту КБМ та СВМ НДСТ при ВБН спондилогенного походження у двох групах: до першої залучено 76 пацієнтів з ангіодистонічно-ішемічною та ішемічною стадією ВБН, до контрольної — 136 практично здорових осіб, підібраних із використанням методології «копі-пара» за ознаками віку та статі. В умовах клініки (хворі з ВБН) та під час комплексних медичних оглядів (контрольна група) пацієнтів обстежували за методикою M. J. Glesby, яка передбачає виявлення наявності чи відсутності КБМ НДСТ. За результатами порівняльного аналізу із застосуванням методів непараметричної статистики (однофакторний регресійний аналіз та послідовний аналіз Вальда у модифікації Е. В. Гублера) отримано

показники клінічної інформативності та прогностичного значення окремих фено- та генотипологічних виявів спондилогенної ВБН.

Результати. Одним із найбільш значущих КБМ (перше рангове місце, $p = 1$) є наявність у пацієнта структурної диспропорції шийного відділу хребта (коротка чи довга шия). Інформативність цієї ознаки — найвища ($p < 0,0001$). Друге місце посідає наявність у пацієнта сколіозу/кіфозу ($p < 0,001$). Серед СВМ провідними є порушення серцевого ритму і провідності ($p < 0,0001$; відносний ризик наявності цього маркера — 3,8 : 1,0) та вегетативно-судинна дистонія ($p < 0,0001$; відносний ризик — 2,1 : 1,0).

Висновки. Вивчення діагностичної цінності та прогностичного значення КБМ та СВМ, які впливають на формування спондилогенної ВБН, необхідне для обґрунтування системи діагностичних і прогностичних алгоритмів оцінки ризику формування спондилогенної ВБН. Зазначені КБМ та СВМ інтегративно відображують вплив фенотипових особливостей на ризик формування судинних порушень.

Л. В. ПАНТЕЛЕЄНКО¹, Н. В. БОЙЧЕНКО²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Київська міська клінічна лікарня № 3

Когнітивні розлади та функціональне відновлення після інсульту, спричиненого хворобою малих судин

Хворобою малих судин (ХМС) головного мозку називають звуження просвіту церебральних судин малого діаметра внаслідок ліпогіалінозу, що призводить до ішемічного пошкодження білої та підкіркової сірої речовини та виникнення лакунарних інфарктів. Незважаючи на те, що інсульт, пов'язаний з ХМС, може спричинити як рухові, так і когнітивні порушен-

ня, вивченню останніх приділялося менше уваги. Вивчення післяінсультних когнітивних порушень внаслідок ХМС може допомогти планувати профілактичне лікування цих розладів.

Мета роботи — оцінити частоту виникнення когнітивних порушень різного ступеня тяжкості, визначити детермінанти тяжких когнітивних порушень та зв'язок

когнітивних розладів з функціональним відновленням у хворих після інсульту на тлі хвороби малих судин (ХМС).

Матеріали і методи. Обстежено 78 хворих віком від 65 до 82 років (середній вік — $(74,6 \pm 8,2)$ року) через 3 міс після ішемічного інсульту в каротидному басейні на тлі ХМС. Збирали основні демографічні дані, відомості щодо судинних чинників ризику. Проводили функціональне та психометричне оцінювання. Ступінь тяжкості інсульту визначали за шкалою тяжкості інсульту (National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS)), функціональний статус — за індексом Бартел (БІ) та шкалою активності повсякденного життя (Activities Of Daily Living Scale (ADL)), ступінь тяжкості когнітивних порушень — за короткою шкалою оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination (MMSE)) і клінічною рейтинговою шкалою деменції (Clinical Dementia Rating Scale (CDR)). Для оцінки ступеня вираженості ХМС (локалізація перенесеного лакунарного інфаркту, кількість «німих» інфарктів, зміни білої речовини мозку) проводили магнітно-резонансну томографію головного мозку на томографі INTERA 1,5 Тл (Phillips). Отримані результати порівнювали з даними обстеження контрольної групи (49 пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією II стадії віком від 71 до 84 років (середній вік — $(78,1 \pm 6,6)$ року). Статистичну обробку даних проводили з використанням t-критерію Стьюдента, критерію χ^2 , тесту Манна—Уїтні. Для виявлення детермінант тяжких

когнітивних розладів та несприятливого функціонального наслідку використовували регресійний аналіз.

Результати. До чинників, які підвищували ризик розвитку післяінсультних когнітивних порушень, належали вік понад 78 років, чоловіча стать, низький рівень освіти, «німі» інфаркти, виражена атрофія кори, лівопівкульна локалізація лакунарних інфарктів. Легкі та помірні когнітивні розлади виявлено у 54 % пацієнтів основної групи та 16 % — контрольної групи. Пацієнти основної групи мали середню оцінку за MMSE ($(24,9 \pm 3,1)$ бала проти $(26,4 \pm 2,2)$ бала у контрольній групі. За шкалою CDR в основній групі 36 (46 %) хворих мали CDR = 0, 26 (33 %) — CDR = 0,5, 16 (21 %) — CDR і 1. Детермінантами розвитку деменції були перенесений інсульт на тлі ХМС та високий бал за ADL.

Висновки. Більше ніж у половини пацієнтів через 3 міс після перенесеного інсульту на тлі ХМС виявляли когнітивні розлади різного ступеня тяжкості. Неприятливими чинниками щодо розвитку когнітивних розладів є чоловіча стать, низький рівень освіти та виражені морфологічні зміни речовини мозку, які відповідають ХМС. Перенесений інсульт та погане функціональне відновлення з розвитком залежності у повсякденній активності — детермінанти розвитку тяжких когнітивних порушень. Необхідно провести додаткові дослідження впливу вторинної профілактики та реабілітаційних заходів на прогресування ХМС та розвиток когнітивних розладів.

В. В. ПОНОМАР'ЄВ, А. В. БОЙКО, Н. Е. АЛЕЙНИКОВА, И. И. ИВАНЧИК

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

Нейровоспаление при болезни Паркинсона: факт или фикция?

Болезнь Паркинсона (БП) является классическим прогрессирующим нейродегенеративным заболеванием, в развитии которого принимает участие ряд факторов: средовые, возрастные, конституциональные, генетические и др. Однако в настоящее время особое внимание уделяется концепции нейровоспаления при БП, впервые описанной McGeer и соавт. (1998). Обсуждается вопрос о возможном участии иммунной системы в патогенезе формирования быстропрогрессирующего фенотипа БП, так как у части этих пациентов в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) ранее были определены такие характерные лабораторные воспалительные маркеры, как активация фагоцитоза и комплемента и повышенная секреция провоспалительных цитокинов (K. U. Tufekci и соавт., 2012).

Цель работы — определить корреляцию содержания интерлейкина (ИЛ)-1 β (провоспалительный цитокин) с уровнем кортизола (предотвращает высвобождение провоспалительных цитокинов в организме) в сыворотке и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) при болезни Паркинсона (БП).

Материалы и методы. Основную группу (ОГ) составил 31 пациент с БП (соотношение мужчин и

женщин — 0,94 : 1,0, средний возраст — $(63,7 \pm 10,3)$ года). Диагноз БП устанавливали согласно критериям Банка мозга Общества болезни Паркинсона Соединенного Королевства (Великобритания). Контрольную группу (КГ) составили 8 лиц (соотношение мужчин и женщин — 3 : 1, средний возраст — $(64 \pm 8,2)$ года), которые поступили для плановых хирургических операций под перидуральной анестезией (грыжесечение или пластика малого таза) и не имели обострения хронических воспалительных и аутоиммунных болезней. Забор биологических образцов сыворотки и ЦСЖ проводили в утренние часы (09—11 часов). Образцы ЦСЖ не содержали следов крови. Уровень ИЛ-1 β и кортизола определяли с использованием наборов ELISA (Vector-Best).

Результаты. Во всех образцах в обеих группах был обнаружен ИЛ-1 β . Его уровень (медиана) в сыворотке пациентов ОГ составил 2,04 пг/мл [1,65, 3,04], а в ЦСЖ — 2,48 пг/мл [2,09, 2,95], у пациентов КГ — соответственно 2,68 [2,1; 2,98] и 2,97 пг/л, содержание кортизола у пациентов ОГ — 1075,76 [641,38; 1200,00] и 19,91 [6,87; 34,12] нмоль/л, у пациентов КГ — 1194,83 [589,1; 1200,0] и 30,22 [11,73; 42,9] нмоль/л. Не выявлено статистически значимых отличий.

чий между уровнями кортизола и ИЛ-1 β в сыворотке и ЦСЖ у пациентов ОГ и КГ ($p > 0,05$, тест Манна—Уитни). Установлена умеренная статистическая значимая корреляция между содержанием кортизола и ИЛ-1 β в ЦСЖ у пациентов ОГ ($R = 0,31$, $p = 0,087$).

Выводы. Результаты проведенного исследования подтверждают наличие воспалительных реакций в

сыворотке крови и ЦСЖ у пациентов с БП. По нашему мнению, повышенный уровень кортизола может коррелировать с неспецифическим иммунным и воспалительным ответом у части пациентов с БП. Необходимо провести дополнительные исследования, которые помогут отобрать пациентов для проведения патогенетической терапии БП — трансплантации мезенхимальных стволовых клеток.

В. В. ПОНОМАРЁВ¹, С. Г. КУЗЬМЕНКО², А. С. КОРОЛЬКО²

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск

²Минская областная клиническая больница, Минск, Беларусь

Этиология церебрального инсульта у лиц молодого возраста, по данным популяционного исследования, проведенного в Минской области Республики Беларусь

Проблема острого нарушения мозгового кровообращения у лиц молодого возраста (до 45 лет), доля которого среди ишемических инсультов всех возрастов составляет 5—10 %, является одной из сложных и важных в современной ангионеврологии.

Цель работы — изучить структуру инсультов у молодых пациентов, а также возможности диагностики их причин в условиях крупной областной клиники с отделением экстренной помощи при цереброваскулярных заболеваниях.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный учет пациентов в возрасте от 18 до 45 лет, находившихся в 2012—2016 гг. на лечении в сосудистом отделении Минской областной клинической больницы, зона обслуживания которой составляет 1 420 000 лиц. Визуализация головного мозга (компьютерная, магнитно-резонансная томография) проведена во всех случаях, магнитно-резонансная ангиография либо мультиспиральная компьютерно-томографическая ангиография интракраниальных и брахиоцефальных артерий, катетеризационная ангиография, холтер-мониторирование, ультразвуковое исследование сердца и брахиоцефальных артерий, консультации нейрохирурга, ангиохирурга, гематолога, эндокринолога — по показаниям. Всем пациентам выполнены общеклинические и биохимические анализы крови, коагулограмма, электрокардиограмма в динамике, рентгенография органов грудной клетки, осмотр терапевта, кардиолога и офтальмолога.

Результаты. За исследуемый период наивысший показатель первичной заболеваемости инсультом составил 1,4 случая на 1000 населения в 2012 г., самый низкий — 1,0 случай на 1000 в 2016 г. Уровень распространенности инсульта среди мужчин и женщин статистически значимо не отличался — 51,6 и 48,4 % соответственно.

Распределение по типу инсульта и структура подтипов инфаркта головного мозга в группе пациентов молодого возраста во многом зависит от характера госпитализации в специализированные отделения. При оказании экстренной помощи с обязательной

нейровизуализацией распределение инсультов по типам и причинам было близким к таким в данной популяции. Плановая госпитализация пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в областные или республиканские учреждения неизбежно сопряжена со статистическими искажениями результатов, так как часть пациентов лечится в этих стационарах, а остальные попадают в территориальные больницы по месту жительства.

Факторы риска инсульта у лиц молодого возраста отличаются от таковых у пациентов старших возрастных групп, среди которых доминируют атеросклероз и артериальная гипертензия. По нашим данным, доля пациентов молодого возраста с инсультами и транзиторными ишемическими атаками составила 4,7 % среди всех возрастных групп с данной патологией. В структуре острого нарушения мозгового кровообращения ведущее место занимал инфаркт головного мозга (63,8 %). Транзиторные ишемические атаки диагностированы в 13,5 % случаях, внутримозговые и субарахноидальные кровоизлияния — в 21,7 %. Нейрохирургическая помощь оказана почти в 60 % случаев. Определение подтипов инфарктов мозга выявило некоторые ограничения в возможностях диагностики. Даже при осведомленности неврологов о клинической картине диссекция брахиоцефальных артерий диагностирована лишь в 6 % случаев инфарктов мозга и транзиторных ишемических атак у молодых пациентов. Частота этиологических факторов кардиоэмболического инфаркта (парадоксальная эмболия через открытое овальное окно, врожденные пороки развития, малые аномалии сердца), которые стали диагностировать чаще благодаря техническим возможностям диагностики, составила примерно 18 %. Среди множества гиперкоагуляционных состояний, актуальных для инфарктов мозга у лиц молодого возраста, дифференциальный диагноз был возможен лишь с небольшим количеством заболеваний — антифосфолипидным синдромом и Лейденовской аномалией. Генетическое обследование для исключения других наследственных коагулопатий,

проявляються мозговими інсультами, було обмежено.

Висновки. Основуючись на отриманих даних, можна зробити висновок, що первинна захворюваність церебральним інсультом у осіб молодого трудоспособного віку в Мінській області в

2012—2016 гг. була високою і характеризувалась стабільними показателями з тенденцією к зниженню в 2016 г. Причини інфаркта мозга у осіб молодого віку відрізняються від інших, ніж у старших вікових групах, і недостатньо вивчені, що є предметом наших подальших досліджень.

К. В. ПОТАПОВА, Л. І. СОКОЛОВА

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

До питання про тип дієти хворих на розсіяний склероз

За даними ВООЗ, серед неврологічних захворювань розсіяний склероз (РС) — основна причина стійкої інвалідації осіб молодого віку. Розробка рекомендацій щодо харчування є актуальною через відсутність спеціально розробленої дієти для таких пацієнтів. Проведено дослідження окремих нутрієнтів та їх впливу на перебіг РС, але не типу дієти, якої пацієнти дотримувалися до початку перебігу захворювання. Останні дослідження показали, що існує зв'язок між кишковою мікробіотою та імунною відповіддю людини, а отже, і розвитком аутоімунних реакцій. Установлено, що харчова модель впливає на якісний та кількісний склад кишкової мікробіоти.

Мета роботи — встановити наявність чи відсутність зв'язку між типом дієти та захворюваністю на розсіяний склероз.

Матеріали і методи. У пілотному дослідженні проаналізовано особливості харчування 10 жінок з ремітивним РС, які не змінили харчові звички у зв'язку із захворюванням. До контрольної групи було залучено 10 жінок, порівнянних за віком, рівнем освіти та соці-

альним рівнем з хворими основної групи. Середній вік обстежених — $(25,0 \pm 5,5)$ року. Діагноз РС встановлено за критеріями McDonald, за розширеною шкалою порушень життєдіяльності Куртцке (EDSS) ступінь інвалідації не перевищував 3 балів. Тривалість захворювання була менше ніж 5 років. Харчову модель встановлювали за допомогою адаптованого опитувальника на основі NHANES Food Frequency Questionnaire. Харчові продукти було згруповано у кластери та створено 5 типів харчових моделей.

Результати. Для більшості хворих (7 осіб) була характерна західна модель та модель з високим вмістом тваринних жирів, для решти — традиційна харчова модель. Серед осіб контрольної групи переважали вегетаріанська (5 осіб) та лакто-вегетаріанська (2 особи) моделі. Решта дотримувалися традиційної харчової моделі.

Висновки. Подальше вивчення цього питання дасть змогу проаналізувати особливості харчування хворих з різним перебігом РС та виявити оптимальний варіант харчування, який можна рекомендувати пацієнтам з РС.

Н. С. РАДЗИХОВСЬКА

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Зв'язок між порушеннями функції сечового міхура та сексуальної функції у хворих на розсіяний склероз з ремітивно-рецидивним та вторинно-прогресивним типами перебігу

Мета роботи — вивчити зв'язок між порушеннями функції сечового міхура та сексуальної функції у хворих на розсіяний склероз розсіяний склероз з ремітивно-рецидивним (РРРС) та вторинно-прогресивним (ВПРС) типом перебігу.

Матеріали і методи. Обстежено 160 хворих на РС, з них 124 (61 чоловік та 63 жінки, середній вік — $(32,9 \pm 6,6)$ року) з РРРС у стадії загострення і ремісії та 36 (17 чоловіків та 19 жінок, середній вік — $(46,5 \pm 4,3)$ року) із ВПРС. Проведено анонімне тестування за допомогою опитувальників за шкалами для визначення стану сексуальної функції (MFSQ, IIEF, SEAR) та порушень функції сечового міхура (OAB-q).

Результати. У 38 (18 чоловіків і 20 жінок) хворих з РРРС виявлено порушення сечовипускання. Найчасті-

ше діагностували детрузорну гіперрефлексію (34 (27,4 %) випадки) і детрузорно-сфінктерну диссинергію (4 (3,2 %)). У 13,9 % чоловіків з ВПРС виявлено порушення сечовипускання у вигляді детрузорної гіперрефлексії. За наявності порушень сечовипускання мало місце статистично значуще погіршення загального задоволення від сексуальних стосунків у чоловіків з РРРС ($p = 0,04$), погіршення збудження ($p = 0,04$), функції оргазму ($p = 0,006$), вагінальної смакоти ($p = 0,04$) — у жінок з РРРС, а також відсутність змін у стосунках з партнером у чоловіків і жінок з РРРС. У чоловіків з ВПРС та виявами порушень СФ відзначено зниження лібідо ($p = 0,0001$), задоволення від статевих актів ($p = 0,02$) та загально-го задоволення від сексуальних стосунків ($p = 0,025$),

у жінок — тенденція до зниження сексуальної функції та статистично не значуще погіршення гармонії в партнерських стосунках.

Висновки. У чоловіків з РППС виявлено статистично значуще погіршення загального задоволення від сексуальних стосунків на тлі порушень функції сечового міхура, у чоловіків з ВПРС — статистично значу-

ще зниження лібідо, задоволення від статевого акту та загального задоволення від сексуальних стосунків, у жінок з РППС — зниження збудження, вагінальної lubricації, оргазму, у жінок з ВПРС — відсутність статистично значущих змін сексуальної функції, в осіб з РППС і ВПРС — відсутність статистично значущих змін у міжособистісних стосунках.

Г. Г. СИМОНЕНКО

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Використання гомеопатичних препаратів для лікування головного болю напруження вазомоторного та психогенного генезу

Епідеміологічні дослідження виявили, що понад 80 % дорослого населення у світі страждають на головний біль, а у 30 % головні болі є причиною стійкого зниження працездатності та якості життя. Головні болі ускладнюють перебіг багатьох захворювань, а також провокують розвиток вегетативних розладів, неврастенії, депресії, що підсилює основний симптом за принципом хибного кола.

Мета роботи — ретроспективно оцінити ефективність гомеопатичних препаратів у лікуванні головного болю різного генезу.

Матеріали і методи. У нашому дослідженні на головний біль, часто як супутню ознаку, скаржилися 524 пацієнти (417 жінок, 107 чоловіків). Вік пацієнтів — від 14 до 73 років. За даними анамнезу, остеохондроз і радикулопатію відзначено у 177 пацієнтів, моно- і поліартрит — у 162, синусит — у 78, *herpes labialis* — у 110, гіпертонічну хворобу — у 65, вегетативну дистонію — у 132. У більшості пацієнтів виявлено порушення з боку шлунково-кишкового тракту: хронічний гастрит — у 237, виразкову хворобу шлунка або дванадцятипалої кишки — у 45, хронічний некалькульозний холецистит — у 268, жовчокам'яну хворобу — у 48, хронічний панкреатит — у 159, хронічний коліт — у 150. Частота виявлених захворювань була майже однаковою у жінок і чоловіків. Гомеопатичні препарати призначали у двохсотому сотенному розведенні за Ганеманом по 3 гранули через день на тривалий термін з повторним оглядом через 3—4 тиж.

Результати. Головний біль напруження (дифузний, стискаючий біль, більш виражений у лобній та тім'яній ділянках) був показанням для призначення таких гомеопатичних препаратів, як *Arnica*, *Belladonna*, *Calcium carbonicum*, *Causticum*, *China*, *Nux vomica*, *Phosphorus* та *Sepia*. Ці препарати було призначено 74 пацієнтам, найчастіше — *Sepia*. Із 22 осіб, котрі приймали цей препарат, позитивну динаміку під час повторного огляду відзначено у 15. Розпиряючий головний біль з поліпшенням від тугої пов'язки — провідна ознака для призначення *Argentum nitricum*.

Із 24 хворих позитивну динаміку зафіксували у 20. У деяких пацієнтів головний біль виникав або підсилювався від протягу. Препаратами вибору для такої модальності були *Hepar sulphur* (із 17 осіб позитивний ефект спостерігали у 10) та *Silicea* (відповідно у 14 із 23). *Rhus toxicodendron* призначали метеотропним пацієнтам із супутніми артралгіями (позитивну динаміку зафіксували у 7 із 8 осіб). Загальні характеристики пацієнтів відігравали провідну роль при виборі таких препаратів, як *Arsenicum album*, *Natrium muriaticum*, *Ignatia*, *Lycoperidium*, *Sulphuris*. Поліпшення головного болю за прохолоди було підставою для призначення *Arsenicum album* (14 осіб) або *Sulfuris* (20 осіб). Позитивну динаміку зареєстровано у 16 осіб. *Lycoperidium* призначали за наявності сечо- та жовчокам'яної хвороби, правобічності ознак (15 осіб, позитивна динаміка у 9). Пацієнти з вираженою інтроверсією потребували диференціації між *Ignatia* та *Natrium muriaticum*. Парадоксальність ознак і характер головного болю у вигляді «істеричного цвяха» були підставою для призначення першого препарату (41 особа; повторний огляд 31 пацієнта виявив 20 позитивних відгуків), а надмірне бажання солоного — для призначення другого (35 пацієнтів, позитивну динаміку зафіксували у 10 з 26 осіб при повторному огляді, що потребувало корекції або додання іншого препарату). Менша ефективність у нашому спостереженні пов'язана, ймовірно, з комплексним механізмом головного болю, хронічним перебігом захворювання, психологічними особливостями пацієнтів, гіпердіагностикою з перевищеним орієнтуванням на психологічні особливості пацієнта. Позитивний ефект також зареєстровано при призначенні *Calcium phosphoricum*, *Cimicifuga*, *Conium*, *Gelsemium*, *Pulsatilla*, *Thuja* та інших гомеопатичних препаратів.

Висновки. Гомеопатичні засоби ефективні в амбулаторному комплексному лікуванні цефалгій різного генезу. Безпечність і доступність цієї групи препаратів дає змогу широко використовувати їх у комплексному лікуванні неврологічних хворих.

О. В. СКОРОБОГАТОВА¹, Т. І. ПОМЕРАНЦЕВА²

¹ Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

² Луганська обласна дитяча клінічна лікарня, Лисичанськ

Немедикаментозне лікування епілепсії у дітей: інформаційно-хвильова терапія

Мета роботи — визначити ефективність використання інформаційно-хвильової терапії (ІХТ) у комплексному лікуванні дітей, хворих на епілепсію.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 39 дітей (основна група) з різними видами епілепсій та епілептичними нападами віком від 5 до 17 років з тривалістю захворювання від 1 до 7 років. Усі діти отримували антиконвульсантну терапію та ІХТ. До контрольної групи було залучено 12 пацієнтів з ідіопатичною генералізованою епілепсією, нападами середньої частоти та відповідними клініко-електроенцефалографічними даними. Цим дітям ІХТ не призначали. Стан хворих контролювали, досліджуючи клініко-неврологічні та електроенцефалографічні (ЕЕГ) показники в динаміці.

Результати. Після 10 сеансів ІХТ тривалістю 15—20 хв наприкінці стаціонарного лікування більшість дітей (87 %) з основної групи відзначили поліп-

шення самопочуття та настрою, нормалізацію психо-емоційного статусу. Зафіксовано зменшення частоти епілептичних нападів у 1,5 разу ($p < 0,05$). ЕЕГ-показники значно поліпшилися у 74 % хворих: реєстрували більш регулярний та модульований α -ритм зі збереженням його зональних характеристик, зменшилася кількість повільних хвиль та вираженість епілептиформних виявів. Позитивна динаміка зберігалася при контрольному дослідженні ЕЕГ-показників через 3—6 міс у 59 % дітей. У контрольній групі такої позитивної динаміки не спостерігали: на момент виписки на ЕЕГ зберігалися помірно виражені дифузні зміни з наявністю повільних хвиль (72 %), у 29 % випадків — з епілептиформною активністю.

Висновки. Використання ІХТ у комплексному лікуванні хворих на епілепсію дітей є безпечним та сприяє поліпшенню клінічних та ЕЕГ-характеристик.

В. Ю. ШАНДЮК, В. С. МЕЛЬНИК

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Порівняльна характеристика неврологічного дефіциту та рівня інвалідизації у хворих з атеротромботичним та кардіоемболічним підтипами ішемічного інсульту у відновний період

Мета роботи — провести порівняння неврологічного дефіциту та рівня інвалідизації у хворих з атеротромботичним (АТІ) та кардіоемболічним (КЕІ) підтипами ішемічного інсульту у відновний період.

Матеріали і методи. Оглянуто 112 хворих у відновний період ішемічного інсульту (59 з АТІ та 53 з КЕІ). Середній вік хворих становив (71,1 \pm 0,9) року. Рівень неврологічного дефіциту оцінювали за шкалою NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), рівень інвалідизації — за індексом Бартел.

Результати. Середня оцінка за шкалою NIHSS становила (2,9 \pm 0,3) бала (95 % довірчий інтервал (ДІ) 2,1—3,2), що відповідало відсутності неврологічного дефіциту. Неврологічний дефіцит був більшим у хворих з КЕІ ((3,0 \pm 0,4) бала, 95 % ДІ 2,1—3,9), але статистично значущо не відрізнявся від показника хворих з АТІ ((2,3 \pm 0,4) бала, 95 % ДІ 1,1—2,5, $F = 1,4$, $p = 0,244$). Установлено, що 36 (61 %) хворих з АТІ та 29 (54,7 %) з КЕІ не мали неврологічного дефіциту, решта хворих мали неврологічний дефіцит різного ступеня вираженості: 20 (33,9 %) хворих з АТІ та 19 (35,8 %) з КЕІ — легкий ступінь, 3 (5,1 %) та 4 (7,5 %) відповідно — середній ступінь, 1 (1,9 %) хворий з КЕІ — вкрай тяжкий ступінь. При порівнянні груп статистично значущої відмінності за оцінкою неврологічного дефіциту різного ступеня вираженості не виявлено ($p > 0,05$).

Середня оцінка за індексом Бартел у загальній вибірці становила (91,1 \pm 15,5) бала, що відповідає мінімальній інвалідизації. Цей показник статистично значущо не відрізнявся у групах: у хворих з АТІ — (91,9 \pm 15,9) бала (95 % ДІ 87,81—96,08), у хворих з КЕІ — (90,1 \pm 15,1) бала (95 % ДІ 85,92—94,27, $F = 0,398$, $p = 0,529$). Не потребували сторонньої допомоги 54 (93,2 %) хворих з АТІ ((95,3 \pm 0,9) бала, 95 % ДІ 93,4—97,2) та 48 (90,6 %) хворих з КЕІ ((93,9 \pm 1,0) бала, 95 % ДІ 91,8—95,9), помірну інвалідизацію мали відповідно 2 (3,4 %) (70 балів, 95 % ДІ 70—70) і 3 (5,7 %) ((71,7 \pm 1,7) бала, 95 % ДІ 64,5—97,2), тяжкий рівень інвалідизації — 2 (3,4 %) ((20,0 \pm 0,5) бала, 95 % ДІ 43,5—83,5) та 2 (3,8 %) ((27,5 \pm 2,5) бала, 95 % ДІ 4,3—59,3).

Висновки. У відновний період ішемічного інсульту рівень неврологічного дефіциту статистично значущо не відрізнявся у хворих з АТІ ((2,3 \pm 0,4) бала) та КЕІ ((3,0 \pm 0,4) бала). Серед хворих з КЕІ була більшою частка пацієнтів з неврологічним дефіцитом порівняно з хворими з АТІ (24 (45,3 %) і 23 (39 %)), хоча середня оцінка неврологічного дефіциту з різним ступенем вираженості статистично значущо не відрізнялася ($p > 0,05$). Рівень інвалідизації як у хворих з АТІ, так і у хворих з КЕІ, відповідав мінімальному обмеженню або повному відновленню втрачених функцій та статистично значущо не відрізнявся у групах (у хворих

з АТІ — $(91,9 \pm 15,9)$ бала (95 % ДІ 87,81—96,08), у хворих з КЕІ — $(90,1 \pm 15,1)$ бала (95 % ДІ 85,92—94,27, $F = 0,398$, $p = 0,529$). Більшість пацієн-

тів обох груп не потребували сторонньої допомоги для виконання найважливіших життєвих функцій (54 (93,2 %) хворих з АТІ та 48 (90,6 %) з КЕІ).

Г. А. ШАПОВАЛОВА, Т. В. ПОЛЬЩАКОВА

ДУ «Український науково-дослідний інститут медичної реабілітації та курортології МОЗ України», Одеса

Наукове обґрунтування застосування «сухих» вуглекислих ванн у комплексі реабілітації дітей із супутньою патологією нервової системи в період ремісії онкозахворювань

Мета роботи — науково обґрунтувати застосування «сухих» вуглекислих ванн у комплексі реабілітації дітей із супутньою патологією нервової системи в період ремісії онкологічних захворювань.

Матеріали і методи. Обстежено 85 дітей (51 хлопчик та 34 дівчинки) у віці від 6 до 14 років, у період ремісії онкогематологічних захворювань із супутньою патологією нервової системи у вигляді вегетосудинної дистонії, астено-невротичного синдрому і церебросудинної недостатності. Дітей розподілили на дві групи. Перша одержувала загальний лікувальний комплекс (ЛК-1), який передбачав щадний руховий режим, кліматотерапію, дієтичне харчування, лікувальну фізкультуру у спеціальних медичних групах для дітей з різними соматичними захворюваннями, синглетно-кисневий коктейль, дитячий фіточай («Холосас» із аскорбіновою кислотою), програми психологічної допомоги дітям та їх батькам. Діти другої групи додатково до загального комплексу одержували «сухі» вуглекислі ванни на верхні і нижні кінцівки (ЛК-2). Проведено загальноклінічне обстеження (а на м не з захворювання, наявність супутньої патології, скарги, клінічний огляд, вимірювання артеріального тиску, частоти дихання, частоти серцевих скорочень), оцінку неврологічного статусу, інструментальні дослідження: електроенцефалографію — для оцінки біоелектричної активності головного мозку, ехоенцефалографію — для оцінки ліквородинаміки, ультразвукову доплерографію — для оцінки мозкового кровообігу.

Результати. У дітей, які одержували ЛК-2, усі скарги статистично значущо зменшувалися, тоді як у дітей, котрі одержували ЛК-1, — лише слабкість, швидка стомлюваність, дратівливість, запаморочення. Позитивну динаміку частоти серцевих скорочень і артеріального тиску виявлено при використанні як ЛК-1, так і ЛК-2. За показниками ультразвукової доплерографії

встановлено позитивні зміни мозкової гемодинаміки в усіх дітей, але статистично значущу динаміку всіх показників (церебральна ангіодистонія, резерв і асиметрія кровообігу, адаптаційні здатності апарату авторегуляції, венозна дисгемія) відзначено лише при застосуванні ЛК-2. Так, у 70,0 % дітей нормалізувався кровообіг у церебральних артеріях, що супроводжувалося поліпшенням адаптаційних можливостей апарату авторегуляції мозкового кровообігу. У дітей, котрі отримували ЛК-2, статистично значущу динаміку показників ехоенцефалографії спостерігали за показниками наявності внутрішньочерепної гіпертензії, гіпертензивно-лікворного синдрому, підвищення індексу пульсації і додаткових ехо-сигналів. Наприкінці санаторно-курортного лікування із застосуванням «сухих» вуглекислих ванн не реєстрували венозний застій III ступеня. Частота виявлення внутрішньочерепної гіпертензії зменшилася вдвічі. Використання ЛК-1 не сприяло статистично значущій зміні показників, які характеризують ліквородинаміку. За зниженням внутрішньочерепної гіпертензії ЛК-2 статистично значущо перевищував ЛК-1. За показниками електроенцефалографії, у 20 % дітей, які отримували ЛК-2, стан електроенцефалографії характеризувався нормалізацією біоелектричної активності головного мозку у вигляді статистично значущого поліпшення функціональної активності кори, що свідчить про регулювальний (оптимізувальний) вплив ЛК-2 на її функціональний стан.

Висновки. Лікування дітей у період ремісії онкозахворювань із супутньою патологією нервової системи із застосуванням «сухих» вуглекислих ванн на верхні та нижні кінцівки супроводжується поліпшенням клініко-неврологічного стану, самопочуття і функціональних показників, які характеризують мозковий кровообіг, біоелектричну активність головного мозку та ліквородинаміку.

О. Є. ЮРИК

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ

Структура неврологічних ушкоджень при бойових травмах кінцівок

Мета роботи — клінічно обстежити пацієнтів із бойовими травмами кінцівок та виявити характер неврологічних ушкоджень при таких травмах.

Матеріали і методи. Проведено клінічне неврологічне обстеження 145 бійців ЗС України та добровольчих батальйонів, прооперованих в Інституті трав-

матології та ортопедії НАМН України з приводу ушкоджень кінцівок. У 53 % бійців були мінно-вибухові поранення, у 35 % — вогнепальні. З приводу перевантаження ніг прооперовано 12 % пацієнтів. Осіб молодого віку було 63 %, середнього — 37 %.

Результати. Контузію головного мозку діагностовано у 44 % осіб, посттравматичні стресові розлади — у 16 %. При мінно-вибухових пораненнях найчастіше спостерігалось поєднане пошкодження верхніх і нижніх кінцівок, переважно зліва. Промієвий нерв був ушкоджений у 4 % осіб, серединний — у 7 %, ліктьовий — у 10 %. Поєднане пошкодження ліктьового і серединного нервів виявлено у 13 % пацієнтів. На нижніх кінцівках основна гілка сідничного нерва була ушкоджена у 6 % поранених, малогомілкового — у 14 %, великогомілкового — у 7 %. У 21 % осіб були забійні множинні рани обличчя.

При вогнепальних пораненнях у бійців часто виникав остеомієліт кінцівок, трофічні виразки. В 1 %

поранених при застосуванні цементно-антибіотикових «намистин» виникли явища токсичної полінейропатії. У 6 % осіб на полі бою мала місце ампутація кінцівки, яка супроводжувалася гострим фантомним больовим синдромом. У 17 % бійців було прострелено стегно, зачеплена основна гілка сідничного нерва та великі судини, що призвело до паралічу ноги і стійкого вегетативного болю.

При перевантаженнях ніг у бійців ушкоджувалися меніски та зв'язки колінного суглоба, апоневрози ніг. У 1,5 % із них виникла нейропатія стегнового нерва, у 5 % — гілочок мало- та великогомілкового нервів.

Висновки. Бойова травма кісток та суглобів кінцівок супроводжується ушкодженням центральних і периферичних структур нервової системи, причому для мінно-вибухових травм характерні більш значні ділянки ушкоджень, тоді як при вогнепальних пораненнях ушкодження мали локальніший характер з тенденцією до інфікування ран та виникнення стійких вегеталгій.

О. Є. ЮРИК, Н. Є. ЮРИК

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ

Характер порушень вегетативної нервової системи у пацієнтів з ревматоїдним артритом на етапі доопераційної підготовки

Мета роботи — вивчити характер змін у діяльності вегетативної нервової системи під час доопераційної підготовки пацієнтів з ревматоїдним артритом.

Матеріали і методи. Об'єкт дослідження — 60 пацієнтів молодого та середнього віку з негормональним ревматоїдним артритом на пізніх стадіях захворювання. Хворих розділили на три групи по 20 осіб: I група — пацієнти, котрим проводили консервативне лікування, II група — пацієнти, яких готували до синовектомії колінного суглоба, III група — пацієнти, котрих готували до ендопротезування колінного суглоба. Всіх пацієнтів обстежили на приладі «ВегетоСпектр». Обчислювали такі параметри кардіоваскулярних тестів: Кдих (норма — понад 1,4, пограничні значення — 1,2—1,4, патологічні значення — менше ніж 1,2); К30/15 (норма — понад 1,35, пограничні значення — 1,2—1,35, патологічні значення — менше ніж 1,2); КВальсальви (норма — понад 1,7, пограничні значення — 1,3—1,7, патологічні значення — менше ніж 1,3); зниження артеріального тиску при проведенні ортостатичної проби (норма — менше ніж 11 мм рт. ст.; пограничні значення — 11—25 мм рт. ст., патологічні значення — понад 25 мм рт. ст.); приріст діастолічного тиску при проведенні ізометричної проби (норма — понад 15 мм рт. ст., пограничні значення — 10—15 мм рт. ст.; патологічні значення — менше ніж 10 мм рт. ст.). Проводили візуально-логічний аналіз кардіоритмограми. Виділено чотири типи регуляції синусового ритму. При ритмограмі 1-го класу коливання ритму становило 0,15—0,46 Гц з періодом 2,5—6,7 с, при ритмограмі 2-го класу — 0,04—0,15 Гц з періодом 6,6—25 с, при ритмограмі 3-го класу — менше ніж 0,04 Гц з періодом понад 25 с, при ритмограмі 4-го класу — ритм був стабільним або ригідним, хвильова структура відсутня.

Результати. У пацієнтів I групи при фоновому записі хвилі короткого, довгого і дуже довгого періодів були добре виражені. Модульовальна симпатодреналова дія переважала над гуморально-метаболическими та церебральними ерготропними впливами. Функціональний стан часто був зниженим. Нерідко знижувалася активація симпатичної нервової системи, тоді як реактивність парасимпатичної була високою. У пацієнтів II групи рівень функціонування фізіологічної системи зазвичай був зниженим. Зменшувалася реактивність парасимпатичної нервової системи та активація симпатичної нервової системи. Адаптаційні резерви організму виснажувалися. Помірно порушувалася кардіореспіраторна синхронізація. У пацієнтів III групи функціональний стан організму був значно зниженим. Потужність спектра нейрогуморальної модуляції була низькою. Фіксували надлишкову активацію церебральних ерготропних механізмів. Був вираженим кардіореспіраторний десинхроноз.

Висновки. Вивчення вегетативного статусу у хворих з ревматоїдним артритом на етапі доопераційної підготовки дає змогу ефективніше призначати їм анестезіологічне забезпечення під час проведення операції. Особливу увагу слід приділити підвищенню активності всіх відділів вегетативної нервової системи як на центральному, так і на периферичному рівні. При підвищенні активності симпатичного відділу нервової системи в доопераційний період доцільно більш активно призначати седативні препарати. У разі домінування виявів парасимпатичної нервової діяльності в доопераційний період необхідно ширше застосовувати кардіотоніки, вітамінотерапію, ноотропи, вено-тоніки, протинабрякові препарати.