

*Д. Д. Богуславський***Методика кількісної оцінки реабілітаційного потенціалу в інвалідів внаслідок мозкового інсульту***Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (Дніпропетровськ)*

У дослідженні була розроблена методика визначення реабілітаційного потенціалу в інвалідів внаслідок мозкового інсульту на ґрунті обстеження в клініці Інституту 90 інвалідів. Всі хворі пройшли стандартне клінічне обстеження і тестування за допомогою бальних оціночних шкал (Європейська Шкала Інсульту, Шкала Боханнон, Шкала Берг, Індекс Бартела) та Міжнародної Класифікації Функціонування. Доведено, що найбільш ефективно використання оціночних шкал сумісно з МКФ, що дозволяє найбільш точно визначити реабілітаційний потенціал, підібрати та провести адекватні реабілітаційні заходи.

*D. D. Boguslavsky***Methodic of quantitative rehabilitation potential evaluation in disabled persons due to stroke***Ukrainian State Institute of medical and social Problems of Disability (Dnipropetrovsk)*

We in research the technique of definition of rehabilitation potential at the invalids owing to a cerebral insult was developed on the basis of inspection in clinic of institute 90 invalids. All patients have passed standard clinical inspection and testing with the help of mark estimated scales (European Stroke Scale, Barthel Index, Bohannon Modified Scale, Berg Balance Scale) and International Classification of Functioning (ICF). It is proved, that use of estimated scales together with ICF is most effective, that allows most precisely to define rehabilitation potential, to pick up and to lead adequate rehabilitation measures.

УДК 616.831-001-06 + 616.8-009.17-085 + 615.21

*О. С. Глєбова, О. В. Ткаченко*

ГВКГ МО України, КМАПО ім. П. Л. Шупика (Київ)

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ НЕВРОТИЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГАМК-ЕРГІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

Проблема лікування закритої черепно-мозкової травми (ЗЧМТ) та її наслідків посідає одне з провідних місць в неврологічній практиці. Її актуальність пов'язана з тим, що щорічний приріст осіб, що перенесли ЗЧМТ, становить, за даними ВОЗ, за останні 10–15 років в середньому 2 %. [1]. Хворі ж на так звану «легку ЗЧМТ» (ЛЗЧМТ) складають біля 80 % від кількості госпіталізованих з приводу ЗЧМТ [3].

Незважаючи на відносно нескладний перебіг гострого періоду ЛЗЧМТ, за даними Британського неврологічного журналу, кількість хворих, що перенесли ЛЗЧМТ та продовжують висловлювати скарги на ті чи інші порушення через рік після травми, дорівнює кількості хворих з вперше виявленими: хворобою Паркінсона, множинним склерозом, синдромом Гієна — Барре та міастенією разом узятими [2]. Зважаючи на те, що серед хворих з наслідками закритої ЧМТ переважають особи молодого та середнього, тобто працездатного віку, дослідження ЛЗЧМТ та її наслідків є самостійною медичною та соціально-економічною проблемою.

На думку багатьох дослідників, часте виникнення відносно стійких посттравматичних порушень у віддаленому періоді так званої легкої ЗЧМТ можна пояснити тим, що гемоліквородинамічні, морфологічні, метаболічні та імунні зміни, що відбуваються в структурах головного мозку, можуть продовжуватись і після закінчення гострого періоду [4, 5]. Тобто, за зовнішнім клінічним видужанням після перенесеної ЛЗЧМТ, завдяки високій пластичності компенсаторної здатності головного мозку, нерідко криється функціональна слабкість та лабільність нервової системи (а іноді й значні структурні зміни та дефекти головного мозку), що можуть клінічно проявлятися при виникненні несприятливих умов праці та побуту [6, 7].

Серед проявів віддаленого періоду ЛЗЧМТ найчастішими бувають невротичні та соціально-дезадаптивні розлади. За даними різних авторів, вони зустрічаються у 50–70 % хворих, що перенесли ЛЗЧМТ [8].

Облігатними клініко-психологічними проявами невротичних розладів є скарги хворих на зниження психоемоційної активності, депресивні розлади, порушення сну, зниження темпу розумової діяльності та рівня пам'яті та ін. [9]. Неадекватне та нерегулярне лікування пацієнтів з такими розладами часто стає основною причиною тривалої декомпенсації захворювання, що значно погіршує рівень життя пацієнтів та знижує ефективність праці.

Саме тому питання підбору адекватної терапії за наявності невротичних та соціально-дезадаптивних розладів у пацієнтів, що перенесли так звану «легку черепно-мозкову травму», досі є актуальним.

До теперішнього часу в неврологічній практиці широко застосовуються препарати гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК): аміналон, баклофен, ноофен. Відомо, що ГАМК позитивно впливає на центральний кровообіг (сприяє розширенню мозкових судин, підвищенню об'ємного кровотоку) та підвищенню концентрації кисню в головному мозку [10].

Одним з провідних ГАМК-ергічних препаратів є ноофен (гідрохлорид бета-фенил-гамма-аміномасляної кислоти), що є унікальним за своїми фармакологічними властивостями та спектром застосування препаратом [10].

Метою роботи була порівняльна оцінка ефективності застосування препаратів «ноофен» та «аміналон» при лікуванні хворих з невротичними розладами у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми.

Під спостереженням перебували 62 хворих, що були поділені на дві групи. До основної групи належало 32 хворих, (2 жінки та 30 чоловіків); в контрольній групі — 30 пацієнтів (1 жінка та 29 чоловіків). Середній вік хворих в обох групах становив  $38,9 \pm 3$  роки. В обох групах катамнез складав  $6,2 \pm 0,9$  років. В гострому періоді травми всім обстеженим проводилась консервативна терапія.

Комплексне обстеження хворих включало: МРТ головного мозку, РЕГ, ЕЕГ та офтальмоскопію.

Під час опитування хворих скарги на невротичні розлади (дратівливість, підвищену стомлюваність, порушення сну, емоційну лабільність, тривожність та ін.) в основній групі висловлювали 30 пацієнтів (93,75 %), в контрольній групі — 29 пацієнтів (96,6 %). Причому значну вираженість зазначених вище скарг в основній групі відмічали 13 хворих (40,62 %), помірну — 12 хворих (37,5 %), незначну — 5 хворих (15,62 %); в контрольній групі — відповідно 12 (40,0 %), 15 (50,0 %) та 2 (6,66 %) хворих.

Скарги на соціально-дезадаптивні розлади (зниження працездатності, звуження кола інтересів, неможливість виконувати складні завдання та ін.) в основній групі висловлювали 27 пацієнтів (84,37 %), в контрольній групі — 26 пацієнтів (86,6 %). Причому значну вираженість перелічених цих розладів в основній групі відмічали 4 хворих (12,5 %), помірну — 13 хворих (40,62 %), незначну — 10 хворих (31,25 %); в контрольній групі — відповідно 5 (16,66 %), 12 (40,0 %) та 9 (30,0 %) хворих.

Наявність у хворих невротичних та соціально-дезадаптивних розладів було підтверджено за допомогою тестування хворих з використанням набору оцінок Глазго в модифікації Лівінгстона, шкали NIH (The Modified Institutes of Health, USA), шкали самопочуття (психологічний тест).

Під час проведення обстеження хворих рівня пам'яті за допомогою шкали пам'яті у всіх пацієнтів було виявлено зниження рівня пам'яті.

Комплексне лікування включало: анальгетики, вазоактивні, транквілізатори, вітаміни групи В, магнію сульфат, біостимулятори, амінокислоти, фізіолікування, ГРТ. Пацієнти основної групи, крім того отримували ноофен 0,25 по 1 таб. 3 р/д, контрольної групи — аміналон 0,25 по 2 таб. 3 р/д. Курс лікування

стаціонарно складав 10–15 днів, амбулаторний прийом ноотропних препаратів тривав до 2-х місяців.

Основна увага приділялась вивченню динаміки невротичних та соціально-дезадаптивних розладів при лікуванні хворих різними ГАМК-ергічними препаратами (ноофен або аміналон).

Контроль ефективності лікування хворих здійснювався за допомогою використання: набору оцінок Глазго в модифікації Лівінгстона, шкали NIH (The Modified Institutes of Health, USA), шкали самопочуття (психологічний тест), таблиці для визначення рівня пам'яті.

У результаті проведеного лікування (через два місяці від початку лікування) в основній групі у всіх хворих відмічено суттєве зниження вираженості невротичних та соціально-дезадаптивних розладів. З 32 пацієнтів основної групи скарги на невротичні розлади висловлювали 8 пацієнтів (25,0 %), причому на помірну вираженість цих розладів вказали 2 хворих (6,25 %), на незначну — 6 хворих (18,75 %); наявність соціально-дезадаптивних розладів, що мали незначну вираженість, відмічали 4 пацієнти (12,5 %).

В контрольній групі хворих позитивна динаміка корекції невротичних та соціально-дезадаптивних розладів була менш вираженою. По закінченні курсу лікування з 30 пацієнтів групи, що приймали аміналон, скарги на невротичні розлади продовжували висувати 25 пацієнтів (83,33 %), причому на помірну вираженість цих розладів вказували 11 хворих (36,66 %), на незначну — 14 хворих (46,66 %); соціально-дезадаптивні розлади продовжували спостерігатись у 14 пацієнти (46,66 %), з них помірну вираженість цих розладів відмітило 4 пацієнти (13,33 %), незначну — 10 пацієнтів (33,33 %).

Під час проведення повторного тестування хворих обох груп виявлені такі зміни (див. табл.).

Тести	Середня кількість балів			
	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Набір оцінок Глазго в модифікації Лівінгстона	20 ± 1,5	6 ± 0,5	22 ± 0,7	4 ± 0,6
Шкала NIH (The Modified Institutes of Health, USA)	19 ± 1,2	10 ± 0,7	21 ± 0,73	9 ± 1,3

Під час проведення повторного визначення рівня пам'яті за допомогою шкали пам'яті відмічено покращання пам'яті у всіх пацієнтів (як основної, так і контрольної груп). Суттєвої різниці у вираженості відновлення рівня пам'яті у пацієнтів основної і контрольної груп не виявлено. Це можна пояснити однаковим позитивним впливом комплексного лікування на покращання пам'яті у пацієнтів обох груп.

Побічних та негативних ефектів під час прийому ноофену не відмічено.

Таким чином, проведені дослідження показали, що використання ноофену в комплексному лікуванні пацієнтів, що страждають на невротичні та соціально-дезадаптивні розлади у віддаленому періоді закритої черепно-мозкової травми є ефективним.

Отримані результати досліджень дозволяють рекомендувати ноофен в комплексному лікуванні хворих у віддаленому періоді ЗЧМТ, що мають невротичні та соціально-дезадаптивні розлади.

#### Список літератури

1. Парникова Т. П. Клинические проявления отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы у больных старших возрастных групп // Лікарська справа. — 2000. — № 6. — С. 38–41.
2. Штульман Д. Р., Левин О. С., Легкая черепно-мозговая травма // Неврологический журнал. — 1999, № 1. — С. 4–10.
3. Лихтерман Л. Б., Потапова А. А. Клиническая классификация и концептуальные подходы к лечению последствий черепно-мозговой травмы // Вопросы нейрохирургии им. Бурденко. — 1999. — № 3. — С. 3–6.
4. Горбач І. Н., Прогредіентное течение черепно-мозговой травмы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: Московский мед. ун-т. — М., 1990. — С. 37.
5. Корнилов А. А., Клинико-социальные аспекты неблагоприятного течения травматической болезни головного мозга. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1984. — С. 3.
6. Макаров Ю. А. Последствия черепно-мозговой травмы и их классификация // Неврологический журнал. — 2001. — № 2. — С. 38–41.
7. Помазанова Т. Н. К клинике и лечению психических расстройств в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы // Материалы совместной научно-практической конференции. — Одесса, 1997. — С. 44–46.

8. Кондаков Є. Н., Кривецький В. В. Черепно-мозгова травма. — М.: Медицина, 2002. — С. 110–329.
9. Губанова І. В. Самооценка пам'яті у больних с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы и нейроинфекции // Российский психиатрический журнал. — 1997. — № 2. — С. 23–24.
10. Бурчинський С. Г. Препарат Ноофен (фенібут): властивості, перспективи застосування та місце серед нейротропних засобів // Ліки України. — 2002. — № 1. — С. 3–5.

11. Iverson G. L., Mc Cracken L. M. Postconcussive symptoms in persons with chronic pain / Ibid. — 1997. — Vol. 11. — P. 783–790.
12. Курако Ю. Л., Букина В. В. Легкая закрытая черепно-мозговая травма. — М.: Медицина, 1994. — С. 20–134.

Надійшла до редакції 07.11.2005 р.

*Е. С. Глебова, Е. В. Ткаченко*

**Особенности течения невротических и социально-дезадаптивных расстройств в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы при применении в комплексном лечении ГАМК-ергических препаратов**

*ГВКГ МО України, Київська медична академія последипломного образования им. П. Л. Шупика (Київ)*

В статье проанализированы современные данные об эпидемиологии отдаленного периода легких черепно-мозговых травм (ЧМТ), механизмах его развития и неврологических проявлениях. Проведена сравнительная оценка эффективности применения препаратов «ноофен» и «аминалон» в комплексном лечении больных с неврологическими нарушениями в отдаленном периоде закрытой ЧМТ (было обследовано и пролечено 62 больных). На основании анализа проведенных исследований авторами предложены рекомендации по использованию препарата «ноофен» в комплексном лечении больных с неврологическими нарушениями в отдаленном периоде закрытой ЧМТ.

*Е. S. Glebova, E. V. Tkachenko*

**The peculiarities of neurotic and social-disadaptive disorders of remote period of easy closed skull brain traumas with using of GABA-remedies in complex treatment**

*Main military clinical hospital of the MD of Ukraine; Kiev medical Academy of Postgraduate Education (Kyiv)*

The authors have analyzed contemporary information of epidemiology of the late period of easy closed skull brain traumas, mechanisms of its development and neurological evidences. We have conducted comparative estimate of effectiveness use medicine "noofen" and "aminalon" in complex treatment of patients with neurotic disorders of late period of easy closed skull brain traumas (62 patients have been treated). The authors have used conducted of researches and gave recommendations for use medicine "noofen" and "aminalon" in complex treatment patients with neurotic disorders late period of easy closed skull brain traumas.

УДК 616.8–009.83–02: 61751

*Л. І. Закрутько, О. Ю. Меркулова\*, В. В. Меркулова\**

*Харківська медична академія післядипломної освіти,*

*\* Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці (Харків)*

**ЛІКУВАННЯ СИМПТОМАТИЧНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ**

Незважаючи на активне вивчення віддалених наслідків черепно-мозкової травми, ця проблема залишається актуальною. Це пояснюється, в першу чергу, широкою розповсюдженістю захворювання, особливо серед осіб молодого та середнього віку. Серед різноманіття клінічних проявів у віддаленому періоді черепно-мозкової травми (ВП ЧМТ) значне місце займають пароксизмальні розлади свідомості, а саме епілептичні. Травма є пусковим механізмом, що призводить до епілептизації нейронів головного мозку. Проблема симптоматичної епілепсії не нова, продовжуються пошуки оптимальних засобів лікування у віддаленому періоді черепно-мозкової травми. Зменшення кількості нападів і досягнення ремісії — важлива та єдина умова вирішення проблеми епілепсії [3, 4, 5].

Мета дослідження — розробка оптимальних комплексів лікування симптоматичної епілепсії у віддаленому періоді черепно-мозкової травми.

Досліджували 79 хворих (56 чоловічої статі та 23 жіночої) у віддаленому періоді черепно-мозкової травми. Середній вік складав 40 років. Давність травми складала від 1 до 15 років.

Розподіл хворих в залежності від форми епілептичного нападу був таким: первинно-генералізовані судоми у 34 пацієнтів, абсанси у 9 осіб, парціальні напади у 12 хворих, вторинно-генералізовані у 10 обстежених, поліморфні у 14 осіб.

Всім хворим проводився повний комплекс обстеження. З метою вирішення питання доцільності використання даного комплексу лікування проводили ЕЕГ в динаміці, підраховували індекс пароксизмальності, а саме електроенцефалографічний (ЕІР), клінічний (КІР) та клініко-електроенцефалографічний (КЕІР) індекси ризику до та після лікування [1].

Під час купірування нападів застосовували перевага віддавалась препаратам вальпроєвої кислоти [1, 2]. З огляду на складність патогенетичних механізмів віддалених наслідків ЧМТ, лікувальний комплекс включав в себе вазоактивні препарати, вітаміни групи В, діуретики, нейропротектори. Лікування тривало протягом 1 місяця, антиконвульсанти застосовували довгостроково.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась за допомогою обчислення відсотків, середніх значень та їх помилок. Достовірність визначалась за критерієм t Стьюдента.

У цілому застосування даного терапевтичного комплексу було ефективним у 69,6 % хворих, в 20,2 % випадків — повна ремісія нападів, відсутність ефекту відмічало лише у 10,2 %.

Аналіз енцефалограм до лікування показав, що у хворих з епілептичним синдромом на фонівій ЕЕГ у 52,4 % відмічались зміни фоновій ритміки, асиметрія альфа-ритму — у 33,8 %, тета-ритму у— 6,5 %, дельта-ритму — у 3,2 %. Динаміка ЕЕГ хворих,