

Особенности клинического течения мигрени оценивали по частоте, продолжительности и тяжести приступов. У 42,5 % больных частота атак мигрени в месяц была 4 и более. С учетом применения пациентами abortивных препаратов, продолжительность приступа более 12 часов регистрировалась у 17,1 %. Сильные и очень сильные головные боли испытывали 54,1 %. Характерную латерализацию боли отмечали 55,5 %, у 23,5 % головная боль начиналась с одной стороны с дальнейшим распространением на обе стороны. У 48,8 % больных мигренью цефалгии сопровождалась фото- и/или фонофобией, у 43,7 % — тошнотой и/или рвотой, их сочетание наблюдалось у 7,5 %.

Обращает на себя внимание, что при высокой распространенности мигрени среди населения за медицинской помощью в лечебные учреждения обращалось лишь 29,3 % женщин и 16,6 % мужчин.

В результате проведенного исследования выявлена распространенность мигрени среди населения Сумской области, произведен анализ триггерных факторов, сопутствующих заболеваниям, особенностей клинического течения, что позволит улучшить оказание помощи лицам, страдающим мигренью, обосновать выбор профилактических и терапевтических подходов.

УДК 616-089:612.821.3

ЗМІНИ КОГНІТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАЦІЇ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ

С. С. Дубівська

Харківський національний медичний університет

Ключові слова: когнітивні функції, загальна анестезія

Мета дослідження: вивчення змін когнітивної функції (КФ) у пацієнтів, яким було проведено оперативне втручання з використанням загальної анестезії, в порівнянні з попереднім доопераційним станом.

У ході дослідження стан КФ було визначено у 29 пацієнтів за 1—2 доби до та 5—7 днів після операції. Вік пацієнтів був від 29 до 47 років. Усі хворі не мали психоневрологічного та важкого соматичного анамнезу, наркотичної залежності, алкоголізму, спадкових хвороб. Усім пацієнтам проводили оперативне втручання (лапароскопічну холецистектомію) під ендотрахеальним внутрішньовенним багатоконпонентним наркозом. Як анестетик був обраний пропофол у дозі 3 мг/кг.

Пацієнтам проводили загальне неврологічне обстеження, нейропсихологічне тестування: шкала оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination — MMSE), тест малювання годинника, батарея лобної дисфункції (Frontal Assessment Battery — FAB), метода запам'ятовування 10 слів А. Р. Лурія, таблиці Шульте. Тестування до та після операції проводили у першу половину дня з використанням загальновідомих стандартних методів нейропсихологічного тестування.

При аналізі отриманих даних нами були визначені зміни стану КФ у даної групи пацієнтів. У пацієнтів в доопераційному періоді за шкалою MMSE результат був у межах 28—30 балів, що вказує на відсутність порушень КФ. Після операції у 34,5 % спостерігались результати 24—27 балів, що вказує на «легкі» порушення КФ (відповідність балів на підставі досліджень Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України). Результати тесту малювання годинника у періоді до операції відповідали межам норми. У періоді після операції відмічалась незначна неточність розташування стрілок у 20,7 %, більш вагомі помилки розташування стрілок спостерігались у 13,8 % пацієнтів. За даними шкали FAB до операції відмічалась перевага 17—18 балів у 93,1 % пацієнтів, після операції було 14—16 балів у 13,8 %, 16—18 балів — у 86,2 %. Під час оцінювання стану довільної вербальної пам'яті за допомогою методики А. Р. Лурія: до операції для повного відновлення ряду необхідно було 5—6 повторень, середня кількість помилок була 1—2; після операції було необхідно 7—9 повторень та спостерігались 2—4 помилки. За результатами дослідження за таблицями

Шульте: до операції — ступінь спроможності працездатності був 96,5 %, після операції спостерігалось збільшення кількості помилок та зниження середнього значення ступеня спроможності працездатності.

Отримані нами дані дослідження змін КФ у пацієнтів, яким було проведено оперативне втручання з використанням загальної анестезії, в порівнянні з попереднім доопераційним станом, в цілому вказують на наявність у них переважно «легких» змін КФ.

Результати дослідження визначення змін КФ пацієнтам, яким проводиться операція в умовах загальної анестезії, допоможе розробити алгоритми заходів діагностики та профілактики порушень КФ на доопераційному етапі.

УДК 616.832-004.2:615.851

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АДДИТИВНОЙ ТЕРАПИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

С. К. Евтушенко, Я. А. Гончарова, В. А. Симонян, Д. А. Филимонов, А. Б. Грищенко

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В. К. Гусака АМН Украины», г. Донецк

Ключевые слова: рассеянный склероз, аддитивная терапия

В настоящее время благодаря достижениям в понимании этиопатогенеза рассеянного склероза разработаны международные протоколы по ведению пациентов в период обострения. Вместе с тем эффективного общепризнанного алгоритма терапии рассеянного склероза в период ремиссии не существует. Одни специалисты признают необходимость длительной нейропротекторной и симптоматической терапии в период ремиссии, другие же считают, что такой подход является малообоснованной и неэффективной полипрагмазией и рекомендуют ограничиваться противорецидивными препаратами.

Цель и задачи исследования — оптимизация тактики комплексного медикаментозного и немедикаментозного лечения больных рассеянным склерозом для повышения эффективности синдромально-патогенетической терапии, улучшения качества жизни пациентов.

На базе отделения ангионеврологии мы наблюдали 56 пациентов (32 женщины и 24 мужчины в возрасте от 21 года до 40 лет) с диагнозом достоверного рассеянного склероза, рецидивирующим течением и длительностью заболевания от 2 до 8 лет. Степень неврологического дефицита оценивалась с помощью шкал EDSS, Kurtzke. Всем пациентам проводилась магнитно-резонансная томография головного и спинного мозга с магневистом, исследовались мультимодальные вызванные потенциалы, связанные с событием, электронейромиография и транскраниальная магнитная стимуляция.

Основные результаты. Использовался принцип аддитивной «сложения» фармакологических свойств препаратов. Спектр терапии определялся стадией заболевания, доминирующим клиническим синдромом. Для коррекции спастичности мы использовали миорелаксанты, блокады с диспортом, стренч-гимнастику, постизометрическую релаксацию мышц, лечебную физкультуру, иглорефлексотерапию. При атаксии, головокружении назначали вестибулолитики, транскраниальную магнитную стимуляцию, вестибулярную гимнастику. Лечение дисфункции мочевого пузыря включало: нормализацию питьевого режима, электростимуляцию мочевого пузыря и мышц тазового дна, назначение антихолинергических и холиномиметических средств. Синдром хронической усталости и психоэмоциональные дисфункции корригировали курсом психотерапии, транскраниальной магнитной стимуляцией, дыхательной гимнастикой, антидепрессантами. При ликворно-дистензионном синдроме назначался пролонгированный курс диуретико-венотонических препаратов. Для купирования прозопагий, тригеминальных невралгий, миофасциального и вторичного вертебрального синдромов применяли ИРТ, массаж, физиотерапию, мануальную терапию, антиконвульсанты, анестетики местно в виде