

лечения, после лучевой терапии, оперативного лечения и химиотерапии.

В результате проведенного исследования было выявлено, что при первичном осмотре у 39,7 % женщин имела место вегетативно-сенсорная полиневропатия, которая проявлялась жалобами на чувство онемения, «ползания мурашек», гипергидрозом стоп, гипестезией в дистальных отделах нижних конечностей.

Наблюдение за больными в динамике позволило выявить, что проведение цитостатической терапии рака молочной железы приводило к увеличению частоты встречаемости полиневропатического синдрома до 68,5 % случаев, на наш взгляд, за счет токсического воздействия, присоединения двигательных нарушений с формированием моторно-сенсорно-вегетативной аксональной полиневропатии.

У пациенток, перенесших радикальное лечение рака молочной железы и лучевую терапию, в 79—85 % случаев развивался ряд функциональных нарушений верхней конечности на стороне мастэктомии с преобладанием множественных мононевропатий без роста частоты встречаемости полиневропатического синдрома.

Таким образом, паранеопластические полиневропатии являются частым проявлением рака молочной железы. Раннее выявление полиневропатических расстройств способствует более быстрому обнаружению опухоли и своевременному началу лечения. Последующий проспективный мониторинг, включающий клинико-неврологическое и электронейромиографическое обследование, позволяет определить объем и необходимость проведения коррекции неврологического дефицита на всех этапах заболевания.

УДК 616.831-005:616.1-071

ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ І ЇЇ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

І. А. Назарчук

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: цереброваскулярна патологія, серцево-судинна реактивність

Реактивність є однією з найважливіших конституціональних якостей людини, що визначає індивідуальні функціональні можливості організму і має клінічне і прогностичне значення. Зміни реактивності відбивають хронологію розвитку і перебігу захворювання, що обумовлює актуальність відповідних досліджень. Метою даної роботи було вивчення серцево-судинної реактивності (ССР) і її клінічного значення у хворих з хронічною цереброваскулярною патологією (ХЦВП).

Обстежено 52 хворих з ХЦВП — дисциркуляторними гіпертонічними, атеросклеротичними енцефалопатіями (ДЕ) I, II, III стадій (15, 13 і 24 хворих відповідно). Дослідження ССР проводили класичними клінічними методиками із викликанням очно-серцевого, солярного, кліностатичного, ортостатичного рефлексів і рефлексу Ортнера (Вейн А. М., 2000 р.) під час періоду декомпенсації захворювання і одразу після завершення курсу лікування хворих.

Під час декомпенсації, яка характеризувалась поступовим зростанням виразності клініко-неврологічної симптоматики, ССР у хворих з ДЕ I ст. була зниженою у 43—50 %, нормальною або підвищеною — у 50—57 %; при ДЕ II—III ст. — зниженою у 67—78 % і у 22—33 % мала парадоксальний характер при викликанні ортостатичного, очно-серцевого і кліностатичного рефлексів. Наприкінці курсу лікування у хворих з різним ступенем клінічної ефективності встановлено прямий кореляційний зв'язок динаміки ССР практично в усіх випадках при дослідженні ортостатичного рефлексу. У 75 % відбивали зміни клінічної симптоматики очно-серцевий і кліностатичний рефлекс у хворих з ДЕ I, II—III ст. При викликанні солярного рефлексу і Ортнера отримані дані були менш інформативними.

Проведені дослідження характеризують ССР у хворих з ХЦВП. ССР корелює із клініко-неврологічною

симптоматикою та відбиває динаміку перебігу хронічної цереброваскулярної патології. Для оцінки клінічного стану доцільно диференційне застосування досліджень ССР, насамперед ортостатичного, очно-серцевого і кліностатичного рефлексів.

УДК 616.839-031.14-073.7:616.5-07

ДІАГНОСТИКА ВЕГЕТАТИВНИХ ПРОЯВІВ ПОЛІНЕВРОПАТІЙ МЕТОДОМ ВИКЛИКАНОГО ШКІРНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

А. Г. Олексюк-Нехамес, А. С. Сон,
О. М. Стоянов*, В. С. Левіценко***

*Національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів; * Державний медичний університет, м. Одеса;
** Обласна клінічна лікарня, м. Одеса*

Ключові слова: викликаний шкірний потенціал, поліневропатія, вегетативна дисфункція

Поліневропатії — це сукупність захворювань периферичної нервової системи, що характеризуються дифузним ураженням периферичних нервових волокон, які входять в склад різних нервів, в тому числі — вегетативних. Нейровегетативні ускладнення цукрового діабету є частою причиною виникнення різного типу поліневропатій. Спектр порушень у хворих з ураженнями вегетативних волокон включає різні прояви дисфункцій з боку як серцево-судинної, гастроінтестинальної системи, так і з боку порушень сечовипускання, зіничних реакцій, потовиділення, вазомоторних порушень. Зокрема, дисфункція з боку вазомоторних порушень у хворих з ураженнями вегетативних волокон при поліневропатіях залишається до кінця недооціненою стосовно діагностики. Частіше за все вегетативна дисфункція проявляється симптомами випадіння, проте при діабетичній поліневропатії є симптоми подразнення, пов'язані з гіперреактивністю симпатичних, холінергічних волокон.

Метою цього дослідження стало обстеження функціонального стану постгангліонарних волокон та швидкості проведення імпульсу по вегетативним волокнам, які визначалися методом викликаного шкірного симпатичного потенціалу (ВШСП) у 21 хворого з діабетичною поліневропатією (середній вік $48,5 \pm 2,2$). Серед обстежених переважали чоловіки. Застосована модифікована методика стимуляції серединного і малогомілкового нервів (М. М. Одинак С. А. та інші, 1999). Для дослідження інформативним показником є латентний період ©, періоди фаз: А1, А2, А3, тривалості висхідної частини фаз: S1, S2, S3.

При загостренні перебігу захворювання у хворих на діабетичну поліневропатію на рівні вегетативного волокна периферійної частини нерва виявлено наростання показників тривалості фаз II періоду А2 викликаного шкірного потенціалу. Зокрема, виявлено наростання симпатичного потенціалу: S2a — $10,3 \pm 1,2$ с і S2b — $16,29 \pm 0,8$ с, які вірогідно ($p < 0,05$) відрізняються від фіксованої норми групи порівняння, де S2a — $1,56 \pm 0,17$ с, S2b — $8,33 \pm 1,01$ с. З іншого боку, спостерігається наростання латенції ВШСП і зменшення показників амплітуди першої фази А1 ВШСП.

Ці зміни вказують на підвищення активності ерготропних центрів, симпатикотонії, подразнення гангліїв симпатичної частини вегетативних волокон. Такі зміни, що виявлені у даній групі хворих, можуть стати діагностичними критеріями для уточнення стану вегетативних ускладнень при діабетичних поліневропатіях.

УДК 616.832-005.4-036.8.,450.1»

ДЕТЕРМІНАНТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ЧЕРЕЗ РІК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Л. В. Пантелєєнко, Л. І. Соколов

Національний медичний університет, м. Київ

Ключові слова: ішемічний інсульт, якість життя

Ішемічний інсульт (ІІ) є однією з найбільш складних медико-соціальних проблем сучасності у зв'язку з його високою поширеністю серед цереброваскулярних хвороб,

високою летальністю, а також внаслідок вираженого неврологічного дефекту і психічних розладів, що зумовлює стійку втрату працездатності та залежність від сторонньої допомоги в повсякденному житті. Оцінка якості життя (ЯЖ) після перенесеного ІІ надає не тільки інформацію про різноманітні аспекти стану здоров'я хворого, але й дозволяє лікарям краще оцінити процес відновлення після інсульту та має суттєве значення для збільшення ефективності лікування.

Мета: оцінити показники якості життя хворих на ішемічний інсульт через рік після події та визначити фактори, які мають найбільший вплив на якість життя після інсульту.

У когортному дослідженні було обстежено 116 хворих, 58 чоловіків та 58 жінок, віком від 40 до 84 років (середній вік $63,62 \pm 9,67$ роки) у гострий період та через 12 місяців після ІІ. Тяжкість інсульту визначали за шкалою NIHSS. Оцінку даних функціонального статусу проводили за допомогою індексу Бартеля, модифікованої шкали Ренкіна, якість життя хворих оцінювалась з використанням шкали SF-36 та Індексу ЯЖ, інсультної версії — ІІІ (ІЯЖ), наявність депресії, тривоги та стресу визначали за шкалою DASS, когнітивний статус — за шкалою MMSE. Взаємозв'язок соціодемографічних та клінічних даних із показниками ЯЖ оцінювали за допомогою множинного регресійного аналізу.

Загальна оцінка ЯЖ через рік після ІІ була знижена, хоча показники неврологічного статусу та рівень функціонального дефіциту достовірно покращились, порівняно з гострим періодом ($p < 0,001$). Гірші показники ЯЖ асоціювались з старшим віком пацієнтів, жіночою статтю, наявним цукровим діабетом, більш вираженою тяжкістю інсульту та більшим функціональним дефіцитом, афазією, дизартрією, наявними когнітивними порушеннями та депресивними розладами. Чинниками, що найбільше визначали погіршення оцінки ЯЖ, були виражений функціональний дефіцит та депресивні розлади ($p < 0,001$), які визначали як фізичні, так і психічні складові ЯЖ. Ступінь тяжкості інсульту була детермінантою психічного компонента здоров'я та його складових за SF-36 ($p = 0,003$) та загальної оцінки за ІЯЖ ($p < 0,001$). Когнітивні порушення також переважно впливали на показники ЯЖ, пов'язані із психічним здоров'ям ($p < 0,001$). Старший вік хворих визначав складові ЯЖ, що відповідали загальному стану здоров'я та соціальному функціонуванню пацієнтів ($p = 0,006$).

Через рік після ІІ спостерігалось зниження оцінки ЯЖ за більшістю показників на тлі покращання неврологічного статусу та зменшення ступеня інвалідизації. Найбільше погіршували показники ЯЖ такі чинники, як виражений функціональний дефіцит, депресія, ступінь тяжкості ІІ, когнітивні порушення та похилий вік хворих. Визначення чинників, які можна модифікувати за допомогою лікування, надає нові можливості для реабілітації хворих після ІІ.

УДК 616.831:616.379-008.64-06-08

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТИКОЛІНУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ

Н. В. Пащковська, В. М. Пащковський

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: діабетична енцефалопатія, лікування, цитиколін

Діабетична енцефалопатія (ДБЕ) виникає внаслідок зумовлених гіперглікемією метаболічних та судинних порушень, що потребує пошуку препаратів, які чинять комплексний вплив на різні ланки патогенезу цього захворювання, зокрема за рахунок мембраностабілізуючої дії.

Мета нашого дослідження полягала у з'ясуванні ефективності застосування цитиколіну у комплексному лікуванні хворих на ДБЕ. Обстежено 57 хворих на ДБЕ (середній вік — $52,4 \pm 10,74$ року). Пацієнти були поділені на підгрупи: представники першої (контрольної) групи, у кількості 23 осіб, отримували базисне лікування, що включало, окрім гіпоглікемізуючої терапії, вазоактивні, ноотропні засоби та препарати α -ліпоєвої кислоти. Пацієнти другої (основної) групи (34 хворих) на тлі базисного лікування

отримували цитиколін (цераксон) у дозі 600 мг/добу впродовж 5—6 тижнів.

Використання на тлі базисного лікування цитиколіну сприяло ефективнішому усуненню неврологічного та когнітивного дефіциту із вірогідним збільшенням показника MMSE-тесту (на 9,4 %, $P < 0,01$), а також підвищенню показника сумарного мозкового кровотоку на 15,3 % ($P < 0,05$), що, вочевидь, відбувалося за рахунок покращання ендотеліальної функції. Так, у цих пацієнтів встановлено збільшення показника ендотеліальної вазодилатації (на 42 %), вмісту в крові стабільних метаболітів монооксиду нітрогену (на 69 %) на тлі зменшення рівня сироваткового ендотеліну-1 (на 41 %) та кількості десквамованих ендотеліоцитів в периферичній крові (на 42 %) з високим ($P < 0,01$ — $0,001$) ступенем вірогідності.

Отримані результати свідчать про високу ефективність застосування цитиколіну в комплексному лікуванні ДБЕ, що зумовлена мембраностабілізуючою церебропротективною дією препарату.

УДК616.1-009.86:577.1

ПОКАЗНИКИ СТАНУ РЕНІН-АНГІОТЕНЗИНОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА РІЗНІ ТИПИ ВЕГЕТОСУДИННОЇ ДИСТОНІЇ

В. М. Пащковський, І. І. Кричун, З. А. Мудрик

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: вегетосудинна дистонія, ренін-ангіотензинова система

З метою встановлення стану ренін-ангіотензинової системи у хворих на вегетосудинну дистонію (ВСД) вивчено вміст у плазмі крові ангіотензину ІІ, α -передсердного натрійуретичного пептиду (α -ПНП) та досліджено активність ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) у 48 хворих на конституційно-обумовлену ВСД (чоловіків — 17, жінок — 31) віком від 14 до 30 років. Серед них у 18 пацієнтів діагностовано гіпертонічний тип, у 12 — гіпотонічний та у 18 — змішаний тип захворювання. Групу контролю склали 15 практично здорових осіб відповідного віку. Статистичне оброблення отриманих результатів виконували за програмою «BioStat» з визначенням t -критерію Стьюдента.

При гіпертонічному типі ВСД плазмовий вміст ангіотензину ІІ вдвічі перевищував контрольний рівень, концентрація в крові α -ПНП, навпаки, знижувалась відносно контролю на 44 %, що супроводжувалось збільшенням активності АПФ на 51 %. При гіпотонічному типі відмічалось максимальне підвищення плазмового рівня α -ПНП, який майже втричі перевищував контрольні показники, тоді як вміст у плазмі крові ангіотензину ІІ і активність АПФ знижувались відносно контролю відповідно в 1,9 і 1,4 рази. Змішаний тип ВСД характеризувався максимально високою активністю АПФ, що супроводжувалось збільшенням вмісту в плазмі крові ангіотензину ІІ на 45 % та підвищенням плазмового рівня α -ПНП в 1,6 рази.

Отримані дані говорять про те, що комплексне лікування артеріальної гіпертензії у підлітків повинно включати препарати, що здійснюють блокаду ренін-ангіотензинової системи.

УДК 616.831-001.31:616.89

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Г. Д. Перцев

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, психическая активность, диагностика

Для определения психической активности и более полной оценки интегративных функций у 84 больных в возрасте от 18 до 40 лет с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ), в суточной