

(глюкозокорректирующую, антигипертензивную терапию, липолитики, антитромбоцитарные препараты). 40 пациентам (I группа контрольная) дополнительно была назначена лечебная гимнастика по авторской программе сотрудников кафедры, еще 35 больным (II группа) дополнительно назначали ароматерапию (композиция эфирных масел лаванды, шалфея, кориандра, розы в соотношении 1:1:1:0,1), остальным 33 обследуемым (III группа) дополнительно применяли специально разработанное интервью врача, информационно-образовательную программу. Наряду с информацией об этиопатогенезе, клинических проявлениях сосудистых заболеваний, в ней содержались необходимые сведения о факторах риска заболевания, первой помощи при мозговых инсультах, пациентов обучали специальным упражнениям по профилактике неврологических реакций при стрессовых и конфликтных ситуациях, релаксационным и дыхательным упражнениям для сна, уменьшения тревоги, страха, депрессии.

Использовалась разъяснительная, личностно-ориентированная психотерапия с элементами поведенческой, когнитивной, арт-терапии, психосенсорной репродукции, приемы «анонимного зеркала».

Под влиянием комплексного лечения с включением информационно-образовательных программ (III группа больных) отмечалась наиболее статистически значимая положительная динамика аффективных, когнитивных нарушений, психоэмоционального состояния.

В целом, использование информационно-образовательных программ улучшало не только непосредственные, но и стандартные результаты лечения, позволяя не только сформировать в течение 1 года после лечения мотивацию больных к правильному образу жизни. За 12 месяцев после проведенного курса ни у одного больного не было зарегистрировано эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения. Согласно полученным данным о пациентах III и II групп, 77 % из них соблюдали рекомендации по коррекции образа жизни, подобные рекомендации соблюдали лишь 13 % из опрошенных больных контрольной группы (I группа). Разработанная программа может быть использована для вторичной профилактики мозгового инсульта, деменции. Наш опыт свидетельствует о целесообразности разработки программ по усилению пропаганды здорового образа жизни, формированию у населения установок на здоровье как на источник социально-экономического благополучия нации.

УДК616.839-053.004.6-071

*Мироненко Т. В., Федорковская Б. О.*

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»*

#### **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ПОТОМКОВ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ НА ЧАЭС**

Анализ состояния здоровья потомков участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС является приоритетным направлением современной медицины. В данной группе населения наблюдается сочетанное поражение разных органов и систем, высокая частота нервно-психических расстройств, врожденных аномалий развития, эндокринопатий. Имеет практический интерес систематизация данных о нейровегетативном статусе потомков участников ликвидации последствий аварии (УЛПА) на ЧАЭС, выяснение причин, способствующих хронизации имеющихся нейросоматических нарушений.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-диагностических особенностей нейровегетативных изменений у потомков УЛПА на ЧАЭС и выделение отдельных факторов их хронизации на основе результатов биохимико-инструментальных и нейровизуализационных методов исследования.

Было проведено комплексное обследование 142 потомков УЛПА на ЧАЭС в возрасте 14—25 лет с использованием клинических (с углубленным изучением состояния вегетативной нервной системы), биохимических (определение интенсивности свободнорадикального окисления липидов, содержания АТФ, АДФ циклических нуклеотидов в сыворотке крови), нейробиологических (ЭЭГ, УЗДГ интракраниальных сосудов), нейровизуализационных (МРТ головного мозга), статистических методов исследования. Аналогичный объем исследования был проведен 60-ти практически здоровым лицам, составившим контрольную группу.

Формированию у детей УЛПА на ЧАЭС нейровегетативных расстройств способствуют ряд факторов — преимущественное

пребывание отцов в зоне отчуждения в 1986 году (67,0 %), неблагоприятный акушерский анамнез (72,0 %), срок зачатия ( $1,9 \pm 1,0$  год). Особенности соматического статуса обследованных была полиморбидность (68,0 %), превалирование значительного количества врожденных пороков развития (32,3 %). В структуре неврологических расстройств у обследуемых основной группы превалировали психические расстройства (18,3 %), снижение когнитивных функций (47,8 %), хроническая цефалгия (46,6 %), прогрессирующая вегетативная дисфункция (56,5 %), склонность к пароксизмальным состояниям (16,3 %), частые аномалии развития (29,9 %), хромосомные аберрации (2,8 %).

Указанные нейросоматические расстройства сочетались с изменением процессов окислительного фосфорилирования у потомков УЛПА на ЧАЭС. Имели место уменьшение содержания АТФ до  $89,1 \pm 8,1$  (контроль —  $110,1 \pm 7,4$ ,  $p < 0,01$ ), АДФ до  $391,1 \pm 11,3$  (контроль —  $625,1 \pm 10,1$ ,  $p < 0,01$ ) в сыворотке крови, выраженность которых увеличивалась по мере прогрессирования неврологической симптоматики.

Показатели свободнорадикального окисления липидов у обследуемых основной группы проявлялись усилением интенсивности биофлюоресценции плазмы крови до  $3,5 \pm 0,3$  импл/с (контроль —  $2,1 \pm 0,2$  импл/с,  $p < 0,01$ ), которые оказались более выраженными при пароксизмальных состояниях и когнитивном снижении (соответственно  $4,2 \pm 0,2$  импл/с,  $p < 0,001$  и  $4,0 \pm 0,4$  импл/с,  $p < 0,001$ ). Также наблюдалось незначительное угнетение синтеза ц-АМФ до  $30,2 \pm 1,2$  (контроль —  $36,4 \pm 1,1$ ,  $p < 0,05$ ) и ц-ГМФ до  $27,3 \pm 10,8$  (контроль  $30,0 \pm 1,4$ )  $p > 0,05$ .

У потомков УЛПА на ЧАЭС регистрировалось достоверное изменение внутримозговой гемодинамики в виде асимметрии ЛСК по магистральным сосудам головы (35,0 %), увеличения показателей ЛСК в 1,2—1,6 раза ( $p < 0,05$ ), повышение индекса пульсации в каротидном сосудистом бассейне до  $1,12 \pm 0,22$  (контроль —  $0,85 \pm 0,18$ ,  $p < 0,05$ ), в вертебробазилярном до  $1,19 \pm 0,20$  (контроль —  $0,80 \pm 0,23$ ,  $p < 0,05$ ); увеличение линейной скорости венозного кровотока в базальной вене Розенталя до  $2,38 \pm 2,9$  см/с (контроль —  $18,7 \pm 3,4$  см/с  $P < 0,01$ ). Кроме того, у 43,0 % обследуемых основной группы регистрировались изменения электрогенеза головного мозга, по данным ЭЭГ, в виде снижения средней частоты  $\alpha$ -ритма до  $5,10 \pm 0,22$  пол/с (контроль —  $6,9 \pm 0,37$  пол/с,  $p < 0,05$ ), уменьшения амплитуды до  $20,4 \pm 2,40$  мкВ (контроль —  $74,4 \pm 3,23$  мкВ,  $p < 0,01$ ), медленноволновой активности (35,2 %).

Нейровизуализационные методы исследования позволили диагностировать гидроцефалию (34,9 %), микроцефалию (3,0 %), порэнцефалию (7,0 %), отсутствие прозрачной перегородки (3,0 %), аномалию Арнольда — Киари 1,2 (10,6 %), аномалию Киммерли (7,6 %), гипоплазии интракраниальных сосудов (19,2 %), мелкоочаговые изменения в подкорковых отделах (9,8 %).

Проведенные клинико-биохимико-инструментальные исследования дают основание предполагать о том, что у потомков УЛПА на ЧАЭС существует определенная предуготованность к формированию ранней церебральной дисфункции, имеющая свой биохимический, гемо-ликвородинамический паттерн, все это, обосновывает целесообразность длительной реабилитации подобных пациентов.

УДК 616.831-001.31-06

*Мироненко Т. В., Храмов Д. М.*

*ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Луганськ)*

#### **ОЦІНКА НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ЛЕГКУ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВУ ТРАВМУ**

Структура післятравматичних розладів у хворих, які перенесли легку черепно-мозкову травму (ЛЧМТ), включає в себе не лише індуковані травматичним впливом моторні розлади, вегетативні дисфункції, пароксизмальні стани, судомні епізоди та ін. (Мироненко Т. В. та співавт., 2011). До нашої уваги потрапили хворі, в яких протягом тривалого інтервалу після ЛЧМТ розвинулися симптоми, характерні для вторинного післятравматичного паркінсонізму (ПП).

Мета роботи — підсумовування даних клініко-неврологічного обстеження хворих із ЛЧМТ.

Всього були обстежені 26 хворих, які в середньому 1,5—4 роки назад перенесли ЛЧМТ. Діагноз хвороби Паркінсона встановлювався відповідно критеріїв Банку Мозку Товариства Хвороби Паркінсона Великої Британії (1992). Усім хворим