

(глюкозокорригирующую, 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 1:1:0,1), 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 «канонического 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 пропаганда здорового образа жизни, формированию у населения установок на здоровье как на источник социально-экономического благополучия нации.

УДК 616.839-053.004.6-071

**Мироненко Т. В., Федорковская Б. О.**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

#### **КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У ПОТОМКОВ УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВІЙ 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), нейрофизиологических (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). Особенностью 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 биохемолюминесценции плазмы крови до  $3,5 \pm 0,3$  импл/с (контроль —  $2,1 \pm 0,2$  импл/с,  $p < 0,01$ ), которые оказались более выраженным 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 а-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 предрасположенность к формированию ранней церебральной дисфункции, имеющая свой биохимический, гемо-ликовородинамический паттерн, все это, обосновывает целесообразность длительной реабилитации подобных пациентов.

УДК 616.831-001.31-06

**Мироненко Т. В., Храмцов Д. М.**

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

#### **ОЦІНКА НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРІХ, 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 дисфункциї, пароксизмальні стани, судомні епізоди та ін. (Мироненко Т. В. та спів., 2011). До нашої уваги потрапили хворі, в яких протягом тривалого інтервалу після ЛЧМТ розвинулися симптоми, характерні для вторинного післятравматичного паркінсонізму (ПП).

Мета роботи — підсумування 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

проводили ретельне клінічне обстеження, що включало опитування, збір анамнестичних даних, дослідження соматичного і неврологічного статусу. З метою виключення симптоматичного характеру паркінсонізму 21 пацієнтові було виконано МРТ головного мозку.

Аналіз даних клінічного обстеження дозволив виявити акінетико-ригідну (АР; 10 пацієнтів, 38,5 %) і тремтливо-ригідну (ТР; 16 пацієнтів, 61,5 %) форми захворювання. Пацієнти з АР формує ПП, зазвичай, зверталися до лікаря, починаючи з 18—22 місяця від дебюту захворювання і найчастіше за наполяганням родичів, які звернули увагу на зміни в їхньому зовнішньому вигляді, виразі обличчя, ході, позі. Мова у цих пацієнтів була уповільнена, тиха. Хворі при детальному розпитуванні відзначали сповільненість, скутість, складнощі, що виникають при виконанні дрібних і точних рухів при самообслуговуванні (застібання гудзиків, зав'язування шнурків та ін.), скаржилися на знижений фон настрою, безініціативність, складнощі при початку рухів, і у зв'язку з цим зниження мотивації. У хворих реєструвалися грубі порушення при виконанні «моторних» проб (проба з постукуванням пальців, пронація-супінacія, постукування п'ятою по підлозі). У більшості випадків було ускладнено початок руху, були зупинки під час руху, деяким пацієнтам не вдавалося виконати ту або іншу пробу. При дослідженні м'язового тонусу виявлялася ригідність (3—4 бали за шкалою UPDRS).

У пацієнтів з ТР формує ПП дебют захворювання частіше відзначався з появі тремтіння в руці з одного боку, що турбувало пацієнта спочатку при емоційному напруженні, потім переходило в постійне тремтіння і спричиняло дискомфорт при самообслуговуванні, письмі. Перші моторні розлади у вигляді тремору (Т) в більшості випадків відзначалися в м'язах дистального відрізу руки. За ступенем прогресу захворювання Т, зазвичай, поширювався за гемітипом, і лише потім набував генералізованого характеру, залишаючись максимально вираженим в дистальних відрізках рук. Ригідність, сповільненість рухів, зміна ходи, як правило, проявлялися через 8—12 місяців після появи Т. При огляді цих хворих домінуючим симптомом був Т спокою різної амплітуди — у 5 % пацієнтів однобічний, в одній кінціці (частіше рука); у 14 % однобічний за гемітипом; у 39,8 % — двобічний. Амплітуда Т вищою, як правило, була на боці дебюту захворювання. У 63 % випадків Т спокою поєднувався з постуральним Т; у 14 % — з легким інтенсійним Т. У всіх хворих цієї групи, навіть за відсутності скарг, при виконанні «моторних» проб за шкалою UPDRS відзначалося зменшення амплітуди рухів, швидка стомлюваність.

Таким чином, викладені дані неврологічного обстеження хворих свідчать про переважання моторних розладів в структурі ПП, який розвинувся у післятравматичному періоді. Для більш детальної ідентифікації ступеня клінічного перебігу захворювання буде проведене клініко-електронейрофізіологічне обстеження хворих, результати якого мають бути підставою для складання схеми комплексного фармакологічного лікування цього контингенту хворих.

УДК 616.379-008.64-053.2/5+616.8

**Мителев Д. А.**

ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей і подростков НАМН України» (г. Харків)

### К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА У ДЕТЕЙ

Сахарный диабет (СД) со времен Артеуса и Авиценны и по сегодняшний день, несмотря на выдающиеся научные открытия ушедшего XX века, требует пристального внимания и понимания — как медицинская, социальная, психологическая проблема пациента и общества в целом. Инсулинов зависимый СД 1 типа, который манифестирует в детском возрасте, представляет собой хроническое инвалидизирующее заболевание с постепенным вовлечением в патологический процесс практически всех органов, в том числе центральной и периферической нервной системы. И если неврологические осложнения СД 2 типа у взрослых изучены в достаточной степени (атеросклероз, инсульты, инфаркты, «диабетическая стопа» и т. д.), то отсутствие целенаправленного диагностического поиска в детском возрасте в силу преобладания в начале заболевания субклинических проявлений поражения нервной системы приводит к их поздней диагностике, неоптимальной коррекции и формированию стойких патологических изменений. Проблема усугубляется

и отсутствием единых диагностических критериев в детской нейродиабетологии, а также тем, что большинство оценочных шкал не адаптировано для детского возраста.

Анализ обращаемости детей с СД 1 типа и их родителей к узким специалистам свидетельствует о том, что пациенты с СД 1 типа наблюдаются преимущественно детскими эндокринологом и существенно реже — неврологом, офтальмологом, кардиологом и др. Исследования, проведенные в ГУ «ІОЗДП НАМН України», показали, что среди 58 детей и подростков с СД 1 типа только 8,3 % обращались первично за помощью к неврологу или психиатру, хотя при углубленном клинико-инструментальном и нейропсихологическом обследовании было установлено, что диабетическая нейропатия (центральная и периферическая в соответствии с классификацией С. В. Котова и соавт., 2000) различной степени тяжести регистрируется у 75,8 % больных. Для своевременной диагностики неврологических осложнений СД 1 типа у детей был предложен комплексный подход, включающий интервьюирование в соответствии с разработанным опросником, детальное исследование вибрационной, температурной, болевой и тактильной чувствительности на верхних и нижних конечностях, определение вегетативной дисфункции по таблицам А. М. Вейна, исследование церебральної гемодинамики (транскраниальна допплерографія) и нейродинамики (комп'ютерна ЕЭГ), психологическое тестирование для определения характера когнитивных нарушений. В сложных диагностических случаях целесообразно проведение электронейромиографии и магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Разработанный диагностический комплекс позволил выявить определенные взаимосвязи между степенью тяжести неврологических осложнений СД и различными факторами (стаж заболевания, возраст манифестации, компенсация углеводного обмена, занятия в школе самоконтроля и т. д.). Применение на ранних этапах формирования диабетической нейропатии у детей с СД новых метаболических, сосудистых, нейротрофических препаратов показало высокую эффективность коррекции субклинических и легких клинических форм данной патологии, а учитывая пожизненный и прогредієнтний характер СД — реализовать концепцию превентивной минимальной фармакологической нагрузки для предупреждения прогрессирования неврологического дефицита. Полученные результаты носят предварительный характер, но уже на данном этапе свидетельствуют о необходимости разработки алгоритмов диагностической и лечебно-профилактической активности применительно к неврологическим осложнениям СД 1 типа у детей и необходимости тесного междисциплінарного взаимодействия на стыке эндокринологии, неврологии и педиатрии.

УДК 616.89-008.19:616.127-005.8:616.831-005.1

**Михайлів В. Б.**

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

### СИСТЕМА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА ТА ІШЕМІЧНИЙ МОЗКОВІЙ ІНСУЛЬТ

В останні роки в Україні, як і у світі, відзначається значне збільшення захворюваності на інфаркт міокарда (ІМ) та ішемічний мозковий інсульт (ІМ), особливо в осіб працездатного віку. У більшості хворих, що перенесли ІМ та ІМ, відзначаються різні психічні розлади. Розлади психічної сфери та негативні психологічні чинники у хворих, що перенесли ІМ та ІМ, утруднюють перебіг захворювання, відновлювально-реабілітаційні процеси, є однією із головних причин тимчасової непрацездатності та інвалідності пацієнтів.

Метою дослідження було на основі виявлення клінічних особливостей та механізмів формування непсихотичних психічних розладів (НПР) у хворих, що перенесли ІМ та ІМ, розроблення системи диференційованої психотерапевтичної корекції в комплексному лікуванні цих порушень.

Нами було обстежено 120 хворих, що зазнали гострої судинної катастрофи. З них 60 осіб перехворіли на ІМ і 60 осіб — на ішемічний ІМ. Середній вік пацієнтів становив —  $52,3 \pm 5,6$  роки.

Проводили: клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження, статистичний аналіз.

Особливості клінічної картини, емоційного реагування на захворювання, динаміки психодіагностичних показників дали