

появилась за 1—2 дні до сосудистого подія, а 33 % отримали її на початку захворювання. ГБ в більшості випадків (83 %) була постійною, двосторонньою, переважно давящою, распираючою характеристиками. У 41 % пацієнтів лобно-височині, у 32 % — затычкою локалізації, у 27 % — дифузна ГБ. Следує підкреслити, що ГБ преобладають у жінок.

На основі проведеного дослідження виявлено, що картина ІИ характеризується об'єктивною неврологічною симптоматикою та суб'єктивними симптомами, серед яких достаточно частою є ГБ. Учитувайши наявність та значимість очагових неврологічних симптомів, симптом ГБ при ІІ не є ведучим та требаючим засобом терапевтичної терапії, однак якісні та кількісні характеристики ГБ можуть стати основою критеріїв диференціальної діагностики та прогноза ІІ.

УДК 616.857:577.11

Реміняк В. І., Реміняк І. В., Слюсаренко І. Т.
ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (г. Харків)

РОЛЬ НЕЙРОПЕПТИДІВ В ФОРМИРОВАННІ СОСУДИСТОЇ ГОЛОВНОЇ БОЛІ

Нейропептиди (НП) — біологически активні соєдинення, синтезируемые головним образом в нервних клетках. Участвують в регуляції обмеження веществ та підтримання гомеостаза, відповідають на імунні процеси, виконують важливу роль в механізмах пам'яті, навчання, сна. Могут діяти як медіатори та гормони. Один і тот же нейропептид способен виконувати різні функції (ангіотензин, енкефалін, ендорфін). НП присутні в немієлінізованых волокнах С-типу та небольших миелинізованых А-дельта-типа волокнах та синтезуються клетками дорзальних рогів гангліїв, а потім транспортуються вдоль аксонів в нервові окончання, де вони накаплюються в плотних везикулах. Впливають на сосудистий тонус, деякі з них генерують та підтримують воспалітний процес, називаний «нейрогенным».

Больше значення приобреєтает сравнительно недавно изучаемая группа нейропептидов орексин A и B (также называемые гипокретин 1 и 2), состоящие из 33 и 28 аминокислот соответственно. Они являются производными препроорексина (или препрогоипокретина), который локализован в боковых и преформикальных областях гипоталамуса.

Орексин-содержащие волокна та рецепторы орексина широко распределены в ЦНС. Орексин участвует в процессах пробуждения, энергетического гемостаза, автономного центрального контроля та антиоцицептивных систем. Антиоцицептивное действие орексина A происходит на спинальном та супраспинальном уровне та сравнимо з ефектом опиоидов. Супраспинальные участки действия орексина могут включать задний гипоталамус, який отвечает за тригемино-васкулярную ноцицепцию та вентролатеральное ядро, которое опосредует нисходящее ингибиціоне болі.

В связи з цим цілью нашої роботи було дослідження рівня специфіческих нейропептидів (орексина) в плазмі крові больних ДЭ I-II ст. з помідою стандартних наборів фірми Peninsula Laboratories, LLC (США). Нами обследовано 74 больных (35 мужчин, 39 жінок) в возрасте 48—60 лет з діагнозом дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) I-II ст. Етиологічним фактором ДЭ є гіпертонічна хвороба II ст. В клініческій картині обследованих больних домінували суб'єктивні расстройства в виде стойких та выражених головних болей, переважно лобно-височині, реже затычкою локалізації, зниження пам'яті, підвищена утомляемість, емоціональна лабильність. Об'єктивно виявлені легкі, але достаточно стойкі об'єктивні неврологічні расстройства в виде анизорефлексії, дискоординаторних явлений, глазодвигательної недостаточності. Все больные тестируются по шкале MMSE. Результаты (29—25 баллов) свидетельствуют о том, что у обследованных пациентов имеют место когнітивні дисфункциї, які не досягають ступені когнітивного зниження.

Аналіз змін орексина в крові больних з ДЭ I-II ст. з стойким цефалгіческим синдромом свідчить про статистично достовірне підвищення його рівня у данній категорії больних. Існуючі зміни можуть бути об'яснені компенсаторним відповідом на хронічну головну боль або як проявлення відповіді гипоталамуса на стрес, вызваний хронічною головною болю.

УДК 616.839:616.126.42

Реміняк І. В., Слюсаренко І. Т., Перцева Т. Г.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРІХ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Проблема пролапсу мітralьного клапану (ПМК) в останні роки стає все більш актуальну. Вона привертає до себе увагу фахівців різного профілю, в тому числі і неврологів. За даними літератури ПМК є фактором ризику розвитку порушень серцевого ритму, раптової смерті, тромбоembolічних ускладнень, мігрені, синкопальних пароксизмів, панічних атак, порушень мозкового кровообігу, нервової анорексії, інфекційного ендокардіту, мітralьної недостатності. Ця патологія — участь людей молодого, працездатного віку, що робить цю проблему ще більш актуальну. У зв'язку з цим метою нашої роботи було вивчення особливостей вегетативних порушень у хворих на ПМК.

Нами було обстежено 56 хворих з ПМК (32 жінки, 24 чоловіки) у віці 20—48 років. Діагноз ПМК встановлювали на підставі виявлення загальновідомих ЕхоКГ-критеріїв. Усі хворі були поділені на 5 груп: 1 група — хворі з вегетосудинною дистонією (ВСД) з перманентними розладами — 20 хворих; 2 група — хворі з ВСД та панічними атаками — 18 хворих; 3 група — хворі з ВСД та синкопальними станами — 7 хворих; 4 група — хворі на мігрень без аури — 11 хворих. Усі хворі обстежені за допомогою клініко-неврологічних, параклінічних та інструментальних методів. Вивчення характеру ураження вегетативної нервової системи проводили за допомогою таблиці опитувальників, вегетативних проб, визначення індексу Кердо, ортостатичної проби, очно-серцевого рефлексу Даньїні — Ашнера.

У всіх хворих на підставі виявлення загальноприйнятих ЕхоКГ-критеріїв діагностовано ПМК I та II ступеня вираженості. Всім хворим діагностовано ідіопатичний ПМК (не виявлено в анамнезі ревматизму, травми грудної клітини, інфаркту міокарда).

Клінічна картина у всіх групах хворих відрізняється поліморфізмом проявів. Вивчення показників вегетативного тонусу за допомогою таблиці опитувальника виявило наявність синдрому вегетативної дисфункциї в усіх хворих.

В 1 групі у всіх хворих виявилась наявність синдрому вегетативної дисфункциї: симпатикотонія — 19,6 % хворих, парасимпатикотонія — 8,9 % хворих, знижена вегетативна реактивність — 12,5 % хворих, перекручена вегетативна реактивність (ВР) — 3,6 % хворих, надмірне та недостатнє вегетативне забезпечення — у 12,5 % та 10,7 % відповідно, що свідчить про порушення адаптаційних можливостей.

В 2 групі обстежених хворих переважала симпатична реакція — 32,1 % хворих. В пробі Даньїні — Ашнера підвищена ВР мали 17,9 % хворих, перекручена ВР — 10,7 % хворих, знижена ВР — 14,3 % хворих. Надмірне вегетативне забезпечення при проведенні ортостатичної проби спостерігалось у 26,8 % хворих.

В 3 групі ознаки вегетативних змін були виявлені у всіх хворих. Дані індексу Кердо вказали на переважність парасимпатичного тонусу у цих хворих. Вагусна реакція превалювала у 10,7 % хворих в пробі Даньїні — Ашнера та у 7,1 % хворих в ортостатичній пробі.

При обстеженні хворих 4 групи були виявлені як переважання симпатичного так і парасимпатичного тонусу, без суттєвої різниці показників.

Отримані дані свідчать про наявність різного ступеня виразності вегетативних змін у обстежених хворих. Більш суттєві зміни показників вегетативних порушень були виявлені у обстежених жінок.

УДК 616.858-008.6-071-073.7

З. З. Рожкова¹, І. Н. Карабан², Н. В. Карабан²

¹ Медицинская клиника «БОРИС»,

² ГУ «Інститут геронтології НАМН України» (г. Київ)

СОВРЕМЕННІ МЕТОДИ МРТ ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ БОЛЕЗНІ ПАРКИНСОНА І ПАРКИНСОНІЧНИХ СИНДРОМОВ

Цель исследования: Дифференциальная диагностика болезни Паркинсона (БП) и паркинсонических синдромов (ПС), таких как множественная системная атрофия (МСА) и прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП), основанная на анализе стандартных МР-изображений, является сложной, а на ранних