

появилась за 1—2 дня до судисного события, а 33 % отметили её на начало заболевания. ГБ в большинстве случаев (83 %) была постоянной, двусторонней, преимущественно давящего, распирающего характера. У 41 % пациентов лобно-височной, у 32 % — затылочной локализации, у 27 % — диффузная ГБ. Следует отметить, что ГБ преобладали у женщин.

На основании проведенного исследования выявлено, что картина ИИ характеризуется объективной неврологической симптоматикой и субъективными симптомами, среди которых достаточно частым является ГБ. Учитывая наличие и значимость очаговых неврологических симптомов, симптом ГБ при ИИ не является ведущим и требующим избирательной терапии, однако качественные и количественные характеристики ГБ могут стать основой критериев дифференциальной диагностики и прогноза ИИ.

УДК 616.857:577.11

Реминяк В. И., Реминяк И. В., Слюсаренко И. Т.
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
 НАМН Украины» (г. Харьков)

РОЛЬ НЕЙРОПЕПТИДОВ В ФОРМИРОВАНИИ СОСУДИСТОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Нейропептиды (НП) — биологически активные соединения, синтезируемые главным образом в нервных клетках. Участвуют в регуляции обмена веществ и поддержании гомеостаза, воздействуют на иммунные процессы, играют важную роль в механизмах памяти, обучения, сна. Могут действовать как медиаторы и гормоны. Один и тот же нейропептид способен выполнять различные функции (ангиотензин, энкефалин, эндорфин). НП присутствуют в немиелинизированных волокнах С-типа и небольших миелинизированных А-дельта-типа волокон и синтезируются клетками дорзальных рогов ганглиев, а затем транспортируются вдоль аксонов в нервные окончания, где они накапливаются в плотных везикулах. Влияют на сосудистый тонус, некоторые из них генерируют и поддерживают воспалительный процесс, называемый «нейрогенным».

Большое значение приобретает сравнительно недавно изучаемая группа нейропептидов орексин А и В (также называемые гипокретин 1 и 2), состоящие из 33 и 28 аминокислот соответственно. Они являются производными препроорексина (или препрогипокретина), который локализован в боковых и префронтальных областях гипоталамуса.

Орексин-содержащие волокна и рецепторы орексина широко распределены в ЦНС. Орексин участвует в процессах пробуждения, энергетического гомеостаза, автономного центрального контроля и антиноцицептивных систем. Антиноцицептивное действие орексина А происходит на спинальном и супраспинальном уровне и сравнимо с эффектом опиоидов. Супраспинальные участки действия орексина могут включать задний гипоталамус, который отвечает за тригемино-васкулярную ноцицепцию и вентролатеральное ядро, которое опосредует нисходящее ингибирование боли.

В связи с этим целью нашей работы было исследование уровня специфических нейропептидов (орексина) в плазме крови больных ДЭ I—II ст. с помощью стандартных наборов фирмы Peninsula Laboratories, LLC (США). Нами обследовано 74 больных (35 мужчин, 39 женщин) в возрасте 48—60 лет с диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) I—II ст. Этиологическим фактором ДЭ была гипертоническая болезнь II ст. В клинической картине обследованных больных доминировали субъективные расстройства в виде стойких и выраженных головных болей, преимущественно лобно-височной, реже затылочной локализации, снижение памяти, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность. Объективно выявлены легкие, но достаточно стойкие объективные неврологические расстройства в виде анизорефлексии, дискоординаторных явлений, глазодвигательной недостаточности. Все больные тестированы по шкале MMSE. Результаты (29—25 баллов) свидетельствуют о том, что у обследованных пациентов имеют место когнитивные дисфункции, которые не достигают степени когнитивного снижения.

Анализ содержания орексина в крови больных с ДЭ I—II ст. со стойким цефалгическим синдромом свидетельствует о статистически достоверном повышении его уровня у данной категории больных. Имеющиеся изменения могут быть объяснены компенсаторным ответом на хроническую головную боль или как проявление ответа гипоталамуса на стресс, вызванный хронической болью.

УДК 616.839:616.126.42

Реминяк И. В., Слюсаренко И. Т., Перцева Т. Г.
 ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркології
 НАМН України» (м. Харків)

ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНАУ

Проблема пролапсу мітрального клапану (ПМК) в останні роки стає все більш актуальною. 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, тромбоемболічних ускладнень, мігрень, синкопальних пароксизмів, панічних атак, порушень мозкового кровообігу, нервової анорексії, інфекційного ендокардиту, мітральної недостатності. Ця патологія — участь людей молодого, працездатного віку, що робить цю проблему ще більш актуальною. 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 чоловіка) 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 таблиць опитувальників, вегетативних проб, визначення індексу Кердо, ортостатичної проби, очно-серцевого рефлексу Даньїні — Ашнера.

У всіх хворих на підставі виявлених 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 відрізнялась поліморфізмом проявів. Вивчення показників вегетативного тону у за допомогою таблиць опитувальника виявило наявність синдрому вегетативної дисфункції в усіх хворих.

В 1 групі у всіх хворих виявилась наявність синдрому вегетативної дисфункції: симпатикотонія — 19,6 % хворих, парасимпатикотонія — 8,9 % хворих, знижена вегетативна реактивність — 12,5 % хворих, переключена 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 підвищену ВР мали 17,9 % хворих, переключену ВР — 10,7 % хворих, знижену 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 тону 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 тону, 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, И. Н. Карабань², Н. В. Карабань²

¹ Медичинська клініка «БОРИС»,

²ГУ «Институт геронтології НАМН України» (г. Киев)

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МРТ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ПАРКИНСОНИЧЕСКИХ 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