Предикторами симптомности каротидного стеноза являются артериальная (диастолическая) гипертензия, гиперлипидемия (высокие уровни триглицеридов и липопротеидов низкой плотности), двусторонние стенозы сонных артерий, очаговые поражения головного мозга, расширение ликворосодержащих пространств, зоны гипоперфузии в глубинных отделах белого вещества головного мозга, снижение ударного объема сердца и диастолическая дисфункцию левого желудочка. Полученные результаты делают необходимым проведение профилактики ишемического инсульта у пациентов с асимптомным каротидным стенозом при наличии предикторов симптомности согласно рекомендациям по вторичной профилактике инсульта, включая применение липидоснижающих препаратов, гипотензивных, антитромботических и нейротрофических средств.

УДК: 616.853:577.80:615.214

Скрипніков А. М., Сонник Г. Т., Шиндер В. В.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ АГОМЕЛАТИНУ В ЯКОСТІ ДОДАТКОВОГО ПРЕПАРАТУ В ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ ТА СЕКСУАЛЬНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Епілепсія є одним з найбільш актуальних та складних захворювань в лікувально-діагностичному процесі. Крім конвульсивних проявів, перебіг епілептичної хвороби пов'язаний з поширенням гетерогенних патологічних (в т. ч. коморбідних) станів. Крім особистісних, специфічних когнітивних розладів, перебіг епілепсії в інтериктальний період характеризується афективними порушеннями у вигляді депресивної симптоматики. Епілепсія в 30—60 % випадків стає причиною сексуальної дисфункції.

Метою нашого дослідження було визначення терапевтичної ефективності агомелатіну при лікуванні афективних порушень у чоловіків з сексуальною дисфункцією, які хворіють на епілепсію.

В інтериктальний період обстежено 53 хворих на епілепсією віком від 23 до 65 років. Середній вік пацієнтів склав 46 ± 7,4 років, тривалість хвороби — 24,8 ± 4,2 років, її дебют спостерігався в 22,8 ± 3,8 років. На ідіопатичну епілепсію хворіли 21 (39,62 %) осіб, на симптоматичну — 32 (60,38 %).

У клінічній картині в 15 (28,30 %) хворих спостерігалася тривожно-депресивна симптоматика, в 21 (39,62 %) — депресивно-іпохондрична, а у 23 (43,40 %) осіб мав місце дисфоричний варіант депресії. Терапевтичні ефекти оцінювали клініко-психопатологічним методом, за шкалою загального клінічного враження (CGI), шкалою депресії Гамільтона (HDRS). Сексологічне обстеження проводилось методом системно-структурного аналізу сексуального здоров'я по В. В. Кришталю та кваліфікаційної шкали чоловічої сексуальної формули (СФЧ) за Г. С. Васильченко.

Усі хворі були поділені на 2 групи. До першої (основної) групи 26 осіб (49,06 %) увійшли пацієнти, яким з антиконвульсантами призначався мелітор в добовій дозі 25—50 мг. До другої (контрольної) групи увійшло 27 (50,94 %) пацієнтів, які приймали антиконвульсанти в монотерапії. Вальпроати приймали 32 (60,38)% особи, імуностильбени (карбамазепін) — 21 (39,62 %). Психічний стан та його динаміку оцінювали до лікування, через 2, 4 та 8 тижнів терапії.

Вираженість депресії за шкалою Гамільтона до лікування в основній групі складала 19—27 балів, в контрольній — 18—28. Показники за шкалою Гамільтона склали 8,13 бали в основній та 5,48 — в контрольній групі ($p < 0,05$). За шкалою CGI-I на 8-му тижні терапії значне покращання стану було зафіксовано у 14 (53,84 %) осіб основної групи та 8 (29,63 %) осіб контрольної групи, помірне — у 8 (30,77 %) та 6 (22,22 %) осіб відповідно, незначне покращання — у 4 (15,38 %) та 7 (25,93 %) осіб. У 4 (14,82 %) осіб контрольної групи з дисфоричним варіантом депресії стан залишався без ефекту. Результати порівняльного дослідження показали, що редукція депресивної симптоматики в основній групі відбувалася на 2-му тижні терапії, у пацієнтів 2-ї групи — на 4-му, причому агомелатин проявляв збалансовану анксіолітичну, тимолептичну дії та позитивно впливав на диссомнічні порушення. За період спостереження у пацієнтів першої групи частота пароксизмальних станів в 16 (61,54 %) випадків мала тенденцію до зменшення, у пацієнтів другої групи частота нападів суттєво не змінилася. Всі пацієнти основної групи суб'єктивно відзначали покращання сексуальної функції.

Таким чином, агомелатін в поєднанні з антиконвульсивною терапією сприяв редукції супутньої депресивної симптоматики та не провокував розвиток конвульсивних проявів або їх еквівалентів, добре переносився хворими в комбінації з різними групами антиконвульсантів. Застосування агомелатіну є перспективною альтернативою терапії таких станів, що дозволяє оптимізувати лікування та підвищити реабілітаційний потенціал хворих на епілепсію з сексуальними порушеннями.

УДК 616.831:616.1-073.97

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

ОСОБЛИВОСТІ БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ З ІДЕОПАТИЧНИМ ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНУ

Все частіше в зарубіжній та вітчизняній літературі з'являються дані, що пролапс мітрального клапану (ПМК) є чинником розвитку церебральних ішемічних катастроф, особливо в осіб молодого віку.

Існує глибинна спільність патогенезу цереброваскулярних захворювань і супутніх кардіальних порушень, на що вказує, зокрема, широкий перелік серцево-судинної патології при судинних захворюваннях головного мозку. Найбільш доступним прийомом вивчення функціонального стану головного мозку людини продовжує залишатися електроенцефалографія (ЕЕГ).

При цереброкардіальних порушеннях можливі кілька типів змін ЕЕГ, але всі вони стосуються переважно частотних характеристик: α-ритму, β-ритму, δ-активності, а також зрушень ЕЕГ при дії сенсорних подразників. При сполученні певних виділених параметрів ЕЕГ чутливість методу підвищується до 80 %. На цій підставі можна припустити, що і кількісна ЕЕГ є об'єктивним неінвазивним методом підтвердження діагнозу цереброкардіальних порушень, обумовлених вегетативною дисфункцією.

Метою дослідження стало вивчення змін біоелектричної активності головного мозку у хворих на пролапс мітрального клапану за допомогою ЕЕГ. Обстеження проводили на енцефалографі «Оріон» за стандартною методикою і навантаженнями.

На базі відділу судинної патології головного мозку ДУ ІНПН НАМН України було обстежено 56 осіб з ПМК і ознаками ураження нервової системи, у віці від 20 до 42 років (середній вік 28,79 ± 13,81), з них чоловіків — 24 (42,86 %), жінок — 32 (57,14 %). Контрольну групу склали 32 хворих (середній вік 27,1 ± 14) з подібними неврологічними синдромами, у яких не було діагностовано ідеопатичної ПМК.

Одержані дані свідчать про певне відбиття на ЕЕГ порушень діяльності мозку. Такі зміни в літературі розцінюються як нейродинамічні і пов'язані із зрушенням балансу внутрішньомозкових співвідношень. Разом з тим ЕЕГ-зміни у хворих з ПМК, отримані в нашому дослідженні, можна трактувати як переважно регуляторні порушення.

В обох групах обстежених хворих переважали криві ЕЕГ з високим α-індексом. За амплітудними характеристиками α-ритму істотних відмінностей не виявлено. Одночасно із прогресуванням вегетативної дисфункції знижується показник вираженості α-ритму, нівелюються чіткі зональні границі реєстрації α-ритму.

Виділено певні типи ЕЕГ у хворих з ПМК: I тип, названий Жирмунською і Лосєвим «організованим у часі і просторі», домінує у 70 % хворих, «десинхронний» тип спостерігається у 18 % випадків, «дезорганізований з перевагою θ-активності» тип — у 12 % спостережень. Виходячи із цих уявлень, нормальні ЕЕГ спостерігаються в 70 % спостережень хворих. Легкий ступінь порушень верифікується, відповідно, у 18 %; помірний та значний — у 12 %.

У цілісній картині взаємозв'язків клінічних і ЕЕГ симптомів, що становлять структуру захворювання, виділяються основні механізми, які вказують на провідні ознаки адаптаційних перебудов. Для хворих збереження балансу впливів ЕЕГ-активуючих і синхронізуючих механізмів є запобіжником його нестабільності, внаслідок чого у хворих цей баланс зрушується у бік переваги синхронізуючих механізмів.

І, нарешті, за динамікою ЕЕГ у відповідь на гіпервентиляцію (гіперсинхронізація і уповільнення фонової ритміки) група хворих з ПМК відрізняється більшою зустрічальністю пароксизмальних феноменів кривих після гіпервентиляції, ніж у хворих без ПМК.