

даные препараты учитывают механизмы эпилептогенеза, по-прежнему остается вопрос о повышении их эффективности. Известно, что ряд важных противоэпилептических средств (фенитоин, карбамазепин и др.) повышает уровень серотонина в мозге (Elaine Wyllie). Речь идет о целесообразности применения триптофана как метаболитического предшественника дофамина. Большое количество триптофана организм получает с пищей. Важно обеспечить серотониновый путь его метаболизма (а не кинурениновый), для чего необходимо добавление пиридоксина и никотинамида.

Наш 19-летний опыт показал, что кроме основных базовых противоэпилептических средств, больным показан прием лекарств, которые не являются классическими антиэпилептиками, но значительно снижают пароксизмальную активность мозга. К этим препаратам относятся триптофан, никотинамид, витамин В₆, антиоксиданты (мексиприм и др.), антагонисты кальция, глицин (в эпилептогенных очагах отмечен дефицит данного тормозного нейромедиатора), а также группа препаратов, повышающих ГАМК мозга, способствующих симпатико-адреналовой активации, улучшающих гемодинамику мозга. Указанный комплекс может значительно повысить эффективность основных противоэпилептических препаратов, улучшить память, настроение и общее состояние больных, качество их жизни. Следует подчеркнуть, что данные препараты не вызывают привыкания, появления лекарственной зависимости и существенных побочных эффектов.

Применение этого направления лечения вызывает активацию антипароксизмального механизма мозга, повышает порог судорожной активности и особенно целесообразно при фармакорезистентных формах эпилепсии.

УДК 616.831-005.1-07-06:616.857

Дмитрієва О. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Клініко-патофізіологічні механізми формування та прогресування постінсультних больових синдромів

Мета дослідження: вивчення епідеміології, факторів ризику, клініко-патофізіологічних та нейробиологічних механізмів при больових синдромах, що виникли після перенесеного ішемічного або геморагічного інсульту.

Методи дослідження: клінічний, психодіагностичний, нейровізуалізаційний, ультразвукове дуплексне сканування, статистичний.

В процесі дослідження нами були виокремлені такі типи хронічного болю після перенесеного мозкового інсульту в обстежених хворих: центральний постінсультний біль (12,9%), больовий синдром, пов'язаний з ураженням суглобів (переважно артропатії плечового суглоба) та кістково-м'язового апарату (72,2%), головний біль (11,1%) та больова спастичність (50,0%). У одного хворого може бути кілька видів хронічного постінсультного болю, найчастіше це поєднання артралгій з больовою спастичністю, та головний біль. У хворих здебільшого (79,6%) больовий синдром виникав протягом перших 3-х місяців після перенесеного мозкового інсульту. Постінсультний біль (ПІБ) виникає поза залежністю від розміру вогнища, періоду інсульту, дещо частіше з локалізацією вогнища в таламусі та у басейні правої середньої мозкової артерії. У хворих, які перенесли інсульт з больовими синдромами, було виявлено збільшення товщини інтима — медіа, реакція на функціональне навантаження мала позитивний характер. Когнітивні порушення у цих хворих спостерігалися частіше (76,6% проти 70,0%), ніж у хворих без ознак

постінсультного больового синдрому та досягали ступеня легких і помірних розладів. Хворі з ПІБ мають вираженіший ступінь депресивних порушень порівняно з хворими без ознак ПІБ. Поєднання хронічного болю та депресивних розладів в післяінсультному періоді призводить до формування особливого стану, в основі якого лежить «хибне коло», де біль та депресія потенціюють один одного. З урахуванням різних патогенетичних механізмів формування ПІБ розроблені лікувально-профілактичні заходи, спрямовані на усунення больового синдрому та запобігання прогресуванню захворювання. Препарат Мідостад комбі під час лікування показав свою високу безпечність, добру переносимість та ефективність. Включення препарату Мідостад комбі до базової терапії 1,0 мл внутрішньом'язово 1 раз на день протягом 14 днів, а при виражених геміпарезах — 1,0 мл двічі на день значно знижує ступінь спастичності, у хворих в поєднанні з больовим синдромом крупних суглобів досить швидко знижує больовий синдром та покращує обсяг рухів в плечі, коліні завдяки міорелаксуючій та анальгезуючій дії. Застосування препарату Мідостад комбі значно поліпшує денну активність хворих з ПІБ, та зменшує ступінь інвалідності хворих за шкалою Бартеля. Мідостад комбі дозволяє застосувати комбінації з препаратами інших груп (Раптен 3,0 в/м 10 днів). Включення цієї комбінації препаратів в комплексне лікування больового синдрому у плечі у постінсультних пацієнтів приводило до досить швидкого зменшення больового синдрому з наростанням обсягу рухів у плечі внаслідок міорелаксуючого, протизапального та анальгезуючого ефектів. Можна рекомендувати комбінацію препарату Мідостад комбі та Раптен для досягнення кращого клінічного ефекту у постінсультних хворих з больовим синдромом у плечовому суглобі.

УДК 616.831.2-089.5-31.81

С. С. Дубівська

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Визначення способу корекції когнітивних змін у післяопераційному періоді у хворих з ургентною хірургічною патологією

Метою цього дослідження є оцінення впливу загальної анестезії на стан когнітивної функції хворих хірургічного профілю різного віку з подальшим розробленням методів її корекції шляхом удосконалення методів інтенсивної терапії. Дослідження було проведено у хірургічних відділеннях на базі Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова. Оперативне втручання проводили в умовах загальної багатокomпонентної анестезії з штучною вентиляцією легень з використанням пропофолу та фентанілу, тіопенталу натрію та фентанілу.

Для досягнення цієї мети нами було проведено дослідження когнітивної сфери у 75 хворих молодого віку та 80 хворих похилого та старечого віку з гострою хірургічною патологією — до операції та на 1, 7, 30 добу після операційного втручання порівняно з передопераційним періодом. Дослідження когнітивної сфери: шкала MMSE, тест малювання годинника, тест А. Р. Лурія, шкала FAB, метод Шульце.

В передопераційний період у хворих молодого віку, за даними MMSE, показник був нижче норми на 9,0%, у хворих похилого віку — на 23,3%. Показники тесту малювання годинника у пацієнтів молодого віку були у межах норми, у пацієнтів похилого віку — нижчими на 10,0%. За шкалою FAB у пацієнтів молодого віку показники нижче на 5,5%, похилого віку — на 16,6% від норми. За методикою А. Р. Лурія ре-

зультати у пацієнтів молодого віку були нижчими на 15,0 %, у пацієнтів похилого віку — на 40,0 %. Дослідження за методикою Шульте: у пацієнтів молодого віку були в межах норми, а у хворих похилого віку — на 16,6 % нижче норми.

На підставі літературних даних щодо патогенетичного впливу загальної анестезії на стан когнітивної сфери доцільним є додаткове призначення до лікувального комплексу цитиколіну та цитофлавіну. Враховуючи результати отриманого дослідження та літературні дані, нами розроблена метода та отримано Патент на корисну модель № 89336 «Спосіб корекції післяопераційних когнітивних дисфункцій» (2014).

У процесі проведеного дослідження нами отримано такі результати. На 1-шу добу після операції за шкалою MMSE у пацієнтів молодого віку показники знизились на 6,5 % порівняно з передопераційним періодом та відновились на 7-му добу. У хворих похилого віку на 1-шу та 7-му добу показники стали нижчими ще на 16,7 % та майже відновились на 30-ту добу. Показники тесту малювання годинника у пацієнтів молодого віку нормалізувалися на 7-му добу, а у хворих похилого віку вони знизилися ще на 20,0 % на 1-шу добу та на 10,0 % на 7-му добу, з подальшою нормалізацією на 30-ту добу. За шкалою FAB у хворих молодого віку показники відновились до доопераційного рівня на 7-му добу та стали у межах норми на 30-ту добу, у хворих похилого віку майже відновились до доопераційного рівня на 30-ту добу, але були нижче ніж стандартна норма на 22,2 %. За методикою А. Р. Лурія пацієнтам на всіх етапах дослідження потрібно було від 6 до 9 повторень, спостерігалось від 2 до 5 помилок залежно від віку. У пацієнтів спостерігалось збільшення кількості помилок та зміна середнього значення ступеня спроможності до праці за результатами таблиць Шульте. У пацієнтів молодого віку показники відновлювались після 7-ї доби, у хворих похилого віку — через 30 днів відрізнялись від доопераційних значень на 11,2 %.

Отримані нами результати дослідження дозволили визначити спосіб корекції. Він включає призначення нейропротекторних препаратів за схемою. Пацієнтам похилого віку за 30 хвилин до закінчення операції, повторно через 12 годин після операції та щоденно протягом 5 днів внутрішньовенно крапельно вводять цитофлавін. Пацієнтам молодого та середнього віку за тією ж схемою вводять цитиколін.

УДК 616.831-005.1-036.8-06: 616.89-008

Дуве Х. В., Шкробот С. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

Оцінка когнітивних функцій у пацієнтів у відновному та резидуальному періодах аневризмального субарахноїдального крововиливу

Дані літератури щодо наслідків аневризмального субарахноїдального крововиливу (аСАК) є фрагментарними і потребують подальших досліджень.

Метою роботи була оцінка когнітивних функцій у хворих в відновному та резидуальному періодах САК за допомогою МоСА-тесту.

Нами було обстежено 40 пацієнтів (30 чоловіків, 10 жінок). Середній вік становив $45,0 \pm 8,74$ роки. Контрольну групу склали 15 здорових людей, репрезентативних за віком та статтю. Відповідно до віку хворі були поділені на групи: молодий вік (15—29 років) — 2 пацієнти (5 %), середній (30—44 роки) — 16 пацієнтів (40 %), зрілий (45—59 років) — 22 пацієнти (55 %). Враховували форму крововиливу: субарахноїдальний крововилив перенесли 15 пацієнтів (37,5 %), субарахноїдально-паренхіматозний — 16 (40 %),

субарахноїдально-вентрикулярний — 5 (12,5 %), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний — 4 (10 %). Ступінь тяжкості крововиливу в гострому періоді оцінювали за шкалою Hunt-Hess: I — мали 7 пацієнтів (17,5 %), II — 17 (42,5 %), III — 12 (30 %), IV — 0, V — 4 (10 %). За рівнем освіти пацієнтів було поділено на такі групи: вища освіта — 16 (40 %), незакінчена вища — 6 (15 %), середня спеціальна — 11 (27,5 %), середня — 7 (17,5 %).

Для оцінення когнітивного функціонування використували Монреальський когнітивний тест (MoCA), який дозволяє оцінити різні когнітивні аспекти. Результат 26 балів і вище розглядають як норму.

Скарги на зниження пам'яті та уваги висловлювали 55 % хворих. Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів з перенесеним САК становив $22,25 \pm 0,65$ бали. Когнітивні порушення різного ступеня вираженості були виявлені у 32 пацієнтів (80 %). Легкий когнітивний дефіцит виявлено у 27 пацієнтів (67,5 %), помірний — у 4 пацієнтів (10 %) та виражений — у 1 хворого (2,5 %).

Під час докладного аналізу результатів шкали MoCA за рубриками з-поміж усіх сфер виявили, що достовірно найбільше постраждали функції уваги ($5,1 \pm 0,20$ проти $5,93 \pm 0,06$ в нормі), мови ($1,65 \pm 0,12$ проти $2,80 \pm 0,10$), пам'яті ($2,17 \pm 0,23$ проти $4,66 \pm 0,15$) та зорово-конструктивних навичок ($2,97 \pm 0,15$ проти $4,86 \pm 0,09$), причому найбільший вплив на загальний результат шкали MoCA мали рубрики зорово-конструктивних навичок та пам'ять ($r = 0,724$, $p = 0,001$ та $r = 0,671$, $p = 0,001$ відповідно).

Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів, що перенесли субарахноїдальний крововилив, був ($24,53 \pm 0,54$), субарахноїдально-паренхіматозний — ($22,43 \pm 0,76$), субарахноїдально-вентрикулярний — ($22,2 \pm 1,15$), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний крововилив — ($13,0 \pm 1,35$). У останній групі постраждало найбільше доменів, причому достовірно нижчими порівняно з пацієнтами інших груп були показники рубрик «увага» та «абстракція».

Результат шкали MoCA у групах пацієнтів з різним ступенем тяжкості крововиливу в дебюті був таким: у хворих з I ступенем тяжкості — $24,85 \pm 0,63$ бали, II — $23,58 \pm 0,49$ бали, III — $21,16 \pm 1,27$ бали, V — $15,25 \pm 2,68$ бали. Отже, із підвищенням ступеня тяжкості крововиливу спостерігалась тенденція до посилення когнітивного дефіциту.

Встановлено залежність показника когнітивного функціонування за шкалою MoCA від ступеня тяжкості крововиливу в дебюті захворювання ($r = -0,643$, $p = 0,001$), а також від форми перенесеного крововиливу ($r = -0,698$, $p = 0,001$). Достовірного зв'язку між показниками MoCA-тесту та віком пацієнтів, статтю, а також освітою встановлено не було.

УДК 618.3-07:616.83

Егоров О. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2 (м. Харків)

Електроенцефалографічне дослідження вагітних після органозберігаючого лікування передрака і початкових стадій рака ендометрія

Сьогодні відзначають тенденцію зростання захворюваності раком ендометрія, що можна пояснити збільшенням середньої тривалості життя і дедалі більшою частотою таких «захворювань цивілізації» як ановуляція, хронічна гіперестрогенія, безпліддя, лейоміома матки й ендометріоз. Поєднання їх з порушеннями ендокринної функції й обміну речовин (ожиріння, цукровий діабет) призводить