

Как и в более ранних исследованиях, остается значимой роль соматических осложнений. Однако абсолютная частота и структура последних изменились. В отличие от данных предыдущих лет, только у одного пациента зафиксирована пневмония, носившая гипостатический характер. К сожалению, отмечен, хотя и недостоверный, рост удельного веса тромбоемболических осложнений. Приблизительно у 20 % пациентов зафиксированы лабораторные признаки патологии мочевыводящих путей. У 4 % больных на протяжении острого периода появилось расстройство функций мозга, определяемое как повторное ОНМК. Рост этого показателя, вероятнее всего, связан с увеличением доли пациентов старше 60 лет среди заболевших и тромботического характера ишемий.

Анализ вышеизложенных фактов позволяет сделать вывод, что мозговой инсульт остается сложной патологией для курации из-за многообразия клинических форм и различной степени угнетения функций. Практически на одном уровне остается слабая информированность населения о тяжелых последствиях ОНМК. Особого внимания требуют пациенты с длительной иммобилизацией и высоким риском соматических осложнений.

УДК 616.831-005-07-008.447:616.13

Кравчук В. О.

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

Клініко-неврологічні та когнітивні порушення у хворих зі стенозуючим ураженням коронарних судин

Завдяки втіленню в клінічну практику сучасних методів нейровізуалізації та візуалізації судин мозку та серця, на сьогодні значно розширені та поглиблені уявлення про сильний взаємозв'язок між кардіальною та церебральною патологією, що виникає на фоні різних захворювань.

Мета дослідження: вивчити особливості клініко-неврологічних та когнітивних порушень у хворих зі стенозуючим ураженням коронарних судин.

Методи дослідження: клініко-неврологічний, психодіагностичний та статистичний.

Для досягнення поставленої мети та завдання було проведено обстеження, яке включало 168 хворих, віком від 50 років до 70 років, які перебували на лікуванні в Хмельницькій обласній лікарні. Середній вік хворих склав $(61,1 \pm 0,2)$ роки. Хворі були поділені на 2 групи. В першу (основну) групу увійшли пацієнти зі стенозуючими ураженнями коронарних артерій (86 хворих: 68 чоловіків та 17 жінок), а в другу групу (порівняння) — з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) I—II ст. на фоні артеріальної гіпертензії та церебрального атеросклерозу (82 хворих). На ґрунті суб'єктивних та об'єктивних клініко-неврологічних проявів захворювання можна було виокремити основні неврологічні синдроми в обстежених нами хворих. Цефалгічний синдром спостерігався у 91,9 % хворих основної групи і у 97,6 % хворих групи порівняння. Вестибуло-атактичний синдром практично однаково часто виявлений у пацієнтів цих двох груп. Аміостатичний синдром частіше спостерігався в основній групі, включав рухові порушення, серед яких слід вирізняти екстрапірамідні та атактичні розлади. Підвищення м'язового тону по пластичному типу, брадикінезія, ригідність, гіпомімія виявлялись у більшій частині хворих. Вони вказували на ураження екстрапірамідної системи у цих хворих. Астенічний синдром частіше спостерігався у хворих основної групи, а ось лікворно-гіпертензійний синдром та пірамідна недостат-

ність — у хворих групи порівняння. У більшості обстежених нами хворих спостерігалися різного ступеня вираженості когнітивні розлади. Стан когнітивних функцій у хворих оцінювали за допомогою психодіагностичних методик та клінічних шкал: шкала МоСА, методика «запам'ятовування 10 слів» за А. Р. Лурія, тест малювання годинника, шкала Гамільтона. Обстеження показало, що середній бал за шкалою МоСА склав $(21,6 \pm 1,2)$ бали у хворих основної групи та $(22,1 \pm 2,2)$ бали у хворих групи порівняння. В обох групах переважали пацієнти з помірними когнітивними порушеннями (80,2 % хворих основної групи та 74,4 % — групи порівняння). Легкі когнітивні розлади спостерігались частіше в групі порівняння (25,6 %), ніж в основній групі (22,1 %).

Отже, проведені обстеження показують, що у хворих зі стенозуючим ураженням коронарних судин характерною є цереброваскулярна патологія, що відповідає ДЕ I—II ст., і це свідчить про необхідність діагностики клініко-неврологічних та когнітивних порушень у хворих та проведення відповідних лікувально-профілактичних заходів з метою попередження розвитку мозкового інсульту та деменції.

УДК 572.5:616-073.97:616.831-056.7:577.11:616.36

Кутіков О. Є., Нікішкова І. М.,

Волошин-Гапонов І. К., Забродіна Л. П.

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

Зв'язок антропологічного чинника зі змінами на електроенцефалограмі у пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова

Популяція пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова (ХВК) має яскраву антропоморфологічну специфічність, яка, зокрема, виражається у абсолютному домінуванні в ній осіб, що належать лише до трьох антропологічних типів (АТ). Попередньо нами було також продемонстровано наявність відмінностей у паттернах електроенцефалограми (ЕЕГ) при ХВК у пацієнтів, що представляли різні АТ, у зв'язку з чим особливості церебрального електрогенезу при ХВК були докладніше проаналізовані з точки зору їхнього можливого зв'язку з антропологічним чинником.

У 49 пацієнтів з ХВК було проведено зіставлення даних візуального та комп'ютерного аналізу ЕЕГ з антропоморфологічними характеристиками цих пацієнтів. За результатами аналізу ЕЕГ було виокремлено п'ять її типів: 0 тип — відсутність будь-яких ознак порушень на ЕЕГ; 1 тип — зміни, пов'язані з дисфункцією діенцефальних структур; 2 тип — ЕЕГ-ознаки посилення активуючих впливів ретикулярної формації на тлі дисфункції діенцефальних структур; 3 тип — зміни, пов'язані зі змінами у діенцефально-стовбурових взаємодіях; 4 тип — ЕЕГ-ознаки серйозних порушень функціонального стану стовбурових структур мозку.

Аналіз ЕЕГ у пацієнтів, яких були віднесено до різних АТ, продемонстрував, що основні характерні для ХВК АТ мають різні картини ЕЕГ-змін при цій патології. Найбільші зміни функціональної активності головного мозку при ХВК спостерігалися у пацієнтів — носіїв середземноморського АТ, у яких порівняно з основною групою загалом відзначалася значно менша частка ЕЕГ 0 типу (14,81 % та 26,09 %, відповідно; $p < 0,05$) та трохи більша — 3 типу ЕЕГ (25,93 % та 19,56 %), а загальний профіль ЕЕГ-змін для цього АТ демонстрував певний зсув вліво, що є свідченням несприятливого перебігу ХВК у термінах біоелектричної активності мозку. Пацієнти — представники атлантико-балтійського АТ характеризувалися дуже низьким рівнем змін функціональної активності мозку порівняно з популяцією хворих на ХВК загалом. Близько

половини з цих пацієнтів (55,56 %) мали нульовий тип ЕЕГ, що свідчить про значну стійкість їхньої нервової системи при БВК, яка може асоціюватися з приналежністю до цього АТ. З другого боку, серед пацієнтів — носіїв атлантико-балтійського АТ виявлено найвищу з усіх АТ частку осіб з 4 типом ЕЕГ (22,22 %), при меншій кількості представників з 1 і 3 типом ЕЕГ порівняно з основною групою загалом (11,11 % та 21,74 %, відповідно; 11,11 та 19,56 %, відповідно; $p < 0,05$) та повній відсутності осіб з 2 типом ЕЕГ (0,0 % та 21,74 %, відповідно; $p < 0,05$). Тому профіль ЕЕГ-змін при ХВК для цього АТ є дуже специфічним та своєрідним і потребує подальшого поглибленого вивчення. Натомість пацієнти — представники динарського АТ продемонстрували загальну найбільшу відносну стабільність функціональної активності мозку при ХВК, серед них були цілком відсутні особи з 3 та 4 типами ЕЕГ (0,0 % порівняно з 19,56 % та 10,78 % в основній групі загалом, відповідно; $p < 0,05$), а пацієнти здебільшого мали 2 тип ЕЕГ (57,14 % порівняно з 21,74 % в основній групі загалом; $p < 0,05$); частка 0 типу ЕЕГ серед них не була нижчою за відповідний загальний показник (28,57 % та 26,09 % відповідно).

Порівняння змін функціональної активності мозку при ХВК між пацієнтами — представниками окремих АТ продемонструвало, що їхні профілі є дуже різними, а різниці між ними мають високий рівень статистичної значущості. Середземноморський АТ асоціювався з найбільшими змінами ЕЕГ при ХВК, динарський АТ був відносно стабільним з цієї точки зору, а профіль ЕЕГ-змін у пацієнтів — носіїв атлантико-балтійського типу при дуже високій частці практично не змінених ЕЕГ водночас показав і найвищу частку найтяжчих ЕЕГ-змін, пов'язаних з ХВК, тобто був скоріше парадоксальним. Цю асоційованість між антропоморфологічними особливостями та характеристиками змін функціональної активності головного мозку треба брати до уваги під час визначення ризику прогресування патологічних змін на ЕЕГ при ХВК.

УДК 616. 839-039/31-06:[616.8-009.1:616.743]-07-085

Липинська Я. В.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Динаміка перебігу вегетативної дисфункції, асоційованої з міофасціальними больовими синдромами, під впливом комплексного лікування із застосуванням методів рефлексотерапії

В структурі неврологічної патології в Україні однією з найактуальніших проблем є синдром вегетативної дисфункції (СВД). Слід зауважити, що частим проявом СВД є вегетативні пароксизми (ВП), що характеризуються полісистемними порушеннями, емоційно-афективними розладами та значною мірою негативно впливають на якість життя пацієнтів.

Мета дослідження: виявлення вегетативних розладів, асоційованих з міофасціальними больовими синдромами (МФБС) шийно-плечової локалізації, що розвинулися на тлі біомеханічних порушень вказаного регіону, з подальшим визначенням шляхів оптимізації комплексного лікувального алгоритму.

Під спостереженням перебували 64 пацієнти віком від 18 до 40 років (39 жінок та 25 чоловіків), які страждають на СВД та мають міофасціальний біль шийно-плечової локалізації, що розвинувся на тлі патобіомеханічних змін вказаного регіону. Пацієнти були поділені на дві групи: I групу склали хворі, які страждають на ВП — 34 особи, II — пацієнти з перманентним перебігом СВД — 30 осіб. До контрольної групи увійшли 25 практично здорових осіб (10 чоловіків та 15 жінок) відповідного віку.

До всіх пацієнтів застосовували клініко-неврологічний та вертеброневрологічний методи, вивчення больового та м'язово-тонічного синдромів, діагностику функцій вегетативної нервової системи (ВНС), а також дослідження психоемоційного статусу.

У 100 % пацієнтів обох груп спостерігались алгічний, м'язово-тонічний синдроми, синдром вегетативної дисфункції. Виразність об'єктивних та суб'єктивних проявів при перманентному перебігу СВД становила $32,7 \pm 3,1$ та $23,8 \pm 2,9$ ($p < 0,01$) бали відповідно, при ВП — $44,1 \pm 5,8$ та $35,2 \pm 4,7$ ($p < 0,01$) бали. Емоційні зрушення характеризувалися більш виразною тривожністю при пароксизмальному типі, а також астенією та середнім ступенем депресії.

До пацієнтів обох груп був застосований комплекс терапевтичних заходів, спрямований як на корекцію патобіомеханічних порушень, ліквідацію м'язово-тонічного й больового синдромів, так і на усунення вторинних неврологічних проявів, зокрема СВД. Програма лікування включала біомеханічну корекцію хребта, рефлексотерапію, лікувальну фізкультуру та медикаментозну терапію.

Рефлексотерапевтичний комплекс полягав у застосуванні акупунктури, акупресури та вакуумрефлексотерапії. Акупунктурний рецепт складався за класичним трирівневим підходом. Спосіб впливу обирався відповідно до переважання «їнь» або «ян» характеристик болю та функцій ВНС. У разі переважання ян-компонента больових відчуттів і симпатикотонії обирали гальмівний спосіб впливу, за їнь-компонента — слабкий тонізуючий або гармонізуючий спосіб. За допомогою акупунктури досягали нормалізації вегетативних показників та емоційних порушень та посилення анальгетичного ефекту при МФБС.

Під впливом терапії спостерігалася редукція м'язово-тонічного та больового синдромів у пацієнтів обох груп. Щодо показників функціонування ВНС — найбільш виразна позитивна динаміка простежувалася у пацієнтів I групи. Позитивні зрушення відбулися й у результаті терапевтичного відновлення психоемоційного статусу пацієнтів обох груп.

Розвиток та перебіг вегетативної дисфункції в пацієнтів із МФБС шийно-плечової локалізації взаємопов'язаний з актуалізацією больового та м'язово-тонічного синдромів і поєднується з біомеханічними порушеннями. Комплексна терапія із застосуванням немедикаментозних методів, зокрема рефлексотерапії, сприяє нормалізації функціонування ВНС та припиненню (78,46 %) або зменшенню частоти виникнення та ступеня виразності (21,44 %) клінічних симптомів пароксизмального типу перебігу СВД.

УДК 616.711:616.13]-092:612.76+616.74

Логвиненко А. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Роль миогенного фактора и биомеханических нарушений в генезе синдрома позвоночной артерии

Ведущей в структуре внутричерепных сосудистых заболеваний является патология вертебрально-базиллярной системы. Одним из наиболее значимых этиологических факторов ее развития, особенно у молодых лиц, является синдром позвоночной артерии (СПА), развивающийся как в результате непосредственной компрессии ствола позвоночной артерии, так и вследствие ирритации ее периартериального симпатического сплетения. Несмотря на понимание отдельных звеньев патогенеза СПА, остается недостаточное изучение роли миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации и биомеханических изменений позвоночника в его генезе.