

в сыворотке крови уровня ET1 в 2 раза, наблюдалось повышение содержания eNOS в сыворотке крови (на 24 %).

Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Капикор для лечения больных с цереброваскулярными нарушениями на фоне МС.

УДК 616.831-005:616.89-008.46

*Мищенко В. М.*

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

### **«Німі» інфаркти мозку та когнітивні порушення**

«Німі» інфаркти мозку (НІМ) є особливою формою цереброваскулярної патології й одним із проявів хвороби малих судин головного мозку. Проведені дослідження показали, що НІМ можуть супроводжуватися неврологічними порушеннями, а їх наявність підвищує ризик розвитку симптомного мозкового інсульту (МІ) та деменції. Водночас, ще залишаються мало вивченими особливості когнітивних порушень (КП) у хворих з НІМ.

Мета дослідження: вивчити стан когнітивних функцій у хворих з НІМ.

Методи дослідження: загальноклінічний, неврологічний, психодіагностичний, нейровізуалізаційний (МРТ та/або КТ головного мозку). Для об'єктивізації та визначення особливостей перебігу КП був використаний комплекс психодіагностичних методик та клінічних шкал (коротка шкала оцінки — MMSE, Монреальська шкала — MoCA, шкала «Батарея лобної дисфункції» — FAB, методики «Запам'ятовування 10 слів» та «Таблиці Шульте», тест «Малювання годинника»).

В основу роботи покладені результати обстеження 202 хворих віком від 52 до 82 років з клінічними ознаками хронічної ішемії мозку (дисциркуляторної енцефалопатії), у яких під час нейровізуалізації були виявлені поодинокі чи численні вогнища розміром від 3 до 15 мм, що клінічно не проявлялися ознаками гострого порушення мозкового кровообігу. Середній вік хворих склав  $64,2 \pm 8,5$  роки. У структурі КП, за даними шкали MMSE, домінували порушення пам'яті, орієнтування, перцептивно-гностичної сфери. Загальний показник когнітивної продуктивності становив  $24,6 \pm 1,3$  бали. Середній бал за шкалою MoCA склав  $21,6 \pm 2,2$  бали, а за шкалою FAB —  $13,4 \pm 2,7$  бали. В обстежених хворих були розлади концептуалізації мислення, швидкості мови, складних форм рухової активності (динамічний праксис, проста та ускладнена реакції вибору). Дослідження вербальної пам'яті за методикою «Запам'ятовування 10 слів» показало наявність помірного звуження обсягів вербальної пам'яті і помірного зниження міцності запам'ятовування у обстежених пацієнтів. Аналіз результатів тесту «Таблиці Шульте» свідчив про наявність різноманітних розладів довільної уваги, які відзначалися у більшості хворих. Результати дослідження за допомогою методики «Малювання годинника» показали наявність порушень зорово-просторових функцій у обстежених хворих. Але ступінь вираженості КП був різним у обстежених хворих. Переважали пацієнти з помірними когнітивними порушеннями (61,9 % хворих). Легкі КП виявлялися у 41,6 % хворих, а м'яка деменція — у 12,4 % обстежених. Було проведено оцінювання рівня когнітивного дефіциту залежно від віку хворих, кількості «німих» вогнищ і їх переважної локалізації. Відзначалась чітка, асоційована з віком, тенденція до посилення КП в усіх пацієнтів. Рівень когнітивної продуктивності у пацієнтів з численними НІМ достовірно був нижче, ніж у хворих з поодинокими НІМ ( $p < 0,05$ ). Також було досліджено зв'язок вираженості КП з переважною локалізацією НІМ. Було встановлено, що при

наявності вогнищ в базальних гангліях у пацієнтів домінували недостатність мнестичних процесів ( $3,9 \pm 0,4$  бали), порушення орієнтування ( $6,9 \pm 0,8$  бали) і перцептивно-гностичної сфери ( $6,3 \pm 0,6$  бали). У пацієнтів з локалізацією вогнищ в підкірковій білій речовині переважали порушення пам'яті ( $4,2 \pm 0,2$  бали) і перцептивно-гностичної сфери ( $6,5 \pm 0,1$  бали). При локалізації вогнищ в корі головного мозку, мозочку і стовбурі також домінували мнестичні порушення ( $4,0 \pm 0,8$  і  $4,6 \pm 0,4$ ;  $5,2 \pm 0,7$  бали відповідно). Отримані результати свідчать, що найбільш важкі когнітивні розлади формувалися при переважній локалізації вогнищ в базальних гангліях і підкірковій білій речовині головного мозку.

УДК 616.89-008.441.1: 612.766]-02: 616.28-008.5-085.8-036.8

*Морозова О. Г., Ярошевский О. А., Логвиненко А. В.  
Харьковская медицинская академия последипломного  
образования (г. Харьков)*

### **Кинезиофобия как предиктор неблагоприятного прогноза у пациентов с цервикальным головокружением**

По данным эпидемиологических исследований, распространенность вестибулярных нарушений в общей популяции достигает 20—30 %. Особое место в структуре вестибулярных расстройств занимает цервикальное головокружение (ЦГ), связанное с патологической афферентной импульсацией от проприорецепторов верхней шейной области, возникающей при миофасциальном болевом синдроме (МФБС), а также с гемодинамическими нарушениями в вертебрально-базиллярном бассейне, обусловленными рефлекторным ангиоспазмическим и компрессионным вариантами синдрома позвоночной артерии. ЦГ сопровождается хронической неспецифической скелетно-мышечной болью и/или скованностью в шее. Наличие у пациентов с ЦГ хронической неспецифической цервикалгии может способствовать формированию дезадаптивной стратегии преодоления боли в виде избегания движений — кинезиофобии.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния кинезиофобии на результаты лечения ЦГ, возникшего на фоне МФБС шейно-плечевого региона.

Обследовано 87 больных с ЦГ на фоне МФБС шейно-плечевого региона. Средний возраст составил  $36 \pm 3,9$  лет. Перед началом исследования для исключения других возможных причин вестибулярного синдрома все пациенты прошли обследование, включающее неврологическое, мануальное, отоневрологическое обследование, функциональную спондилографию шейного отдела, дуплексное исследование экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга, МРТ головного мозга. Влияние головокружения на повседневную жизнь оценивали с помощью шкалы DHI (Dizziness Handicap Inventory), выраженность болевого синдрома — при помощи Визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), наличие кинезиофобии — по шкале кинезиофобии университета Тампа.

Основными жалобами исследуемых пациентов были головокружение системного характера, неустойчивость при ходьбе, боли и скованность в области шеи. Оценка болевого синдрома по ВАШ составила  $44 \pm 9,2$  балла, оценка по шкале DHI —  $21 \pm 3,2$  балла ( $p < 0,01$ ). Все пациенты в течение 2 недель получали лечение, включающее в себя мануальную терапию, рефлексотерапию и комплекс лечебной физкультуры, направленный на растяжение мышц шеи. В результате проведенного лечения у 72 % пациентов зафиксирована положительная динамика в виде значительного уменьшения выраженности болевого синдрома