

(оценка по ВАШ — $3 \pm 1,1$; $p < 0,01$) и головокружения (DHI — $4 \pm 1,5$ балла; $p < 0,01$). В тоже время, у 28 % пациентов положительная динамика была менее выражена (оценка болевого синдрома по ВАШ — $13 \pm 1,4$ балла, оценка по шкале DHI — $12 \pm 1,7$ балла, $p < 0,01$). Дальнейшее обследование выявило наличие у этой группы пациентов ограничительного болевого поведения, связанного с боязнью нанести себе повреждение и спровоцировать ухудшение состояния — кинезиофобии ($34 \pm 7,8$ балла, $p < 0,01$ по шкале кинезиофобии университета Тампа).

Наличие у пациентов с ЦГ кинезиофобии снижает эффективность лечебных мероприятий, способствует хронизации болевого синдрома, сохранению вестибулярных нарушений и является значимым предиктором неблагоприятного прогноза, что необходимо учитывать на практике.

УДК 616.832-004.2-07

Мяловицька О. А., Хижняк Ю. В.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)

Характеристика когнітивного викликаного потенціалу Р300 у хворих на розсіяний склероз

Поширеність когнітивних розладів, їх висока соціальна значущість та обмежені можливості терапії зумовлюють актуальність проблеми ранньої їх діагностики у хворих на розсіяний склероз (РС). Однією з ефективних кількісних методик оцінки когнітивного статусу людини є метод Р300.

Мета — вивчення особливостей когнітивного статусу у хворих на РС за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA) та когнітивного викликаного потенціалу (КВП) Р300.

Основну групу склали 38 хворих на РС, які були поділені на 2 підгрупи: до 1 підгрупи увійшли 20 обстежуваних, в яких когнітивний дефіцит визначався як за змінами амплітудно-часових показників (ВКП Р300), так і за допомогою шкали MoCA; 2 підгрупу склали 18 пацієнтів, у яких латентність піку Р300 була в межах вікової норми, але значення за шкалою MoCA відповідало когнітивному зниженню. До контрольної групи увійшли 15 обстежуваних з РС, у яких не було виявлено когнітивних чи емоційних розладів.

ВКП Р300 показали відмінності між групами вже на етапі сприйняття стимулу: так, виявлена статистично значуща різниця латентності піку N2 у 1 ($337,2 \pm 13,8$) і 2 підгрупах ($279 \pm 8,78$, $p = 0,003$), та у 1 підгрупі та групі контролю ($237,3 \pm 10,76$, $p < 0,001$). Не отримано статистично значущої різниці у результатах 2 підгрупи і контролю ($p = 0,058$). Порівняльний аналіз латентності піку Р300 показав статистично достовірні вищі середні показники у пацієнтів 1 підгрупи ($380,6 \pm 11,84$), порівняно з контролем ($351,7 \pm 3,49$, $p = 0,047$). Під час проведення аналізу показників середнього часу реакції на значимий слуховий стимул ми отримали статистично достовірні результати при порівнянні 1 підгрупи з контролем ($363,7 \pm 13,6$ мс і $260,59 \pm 2,3$ мс, $p < 0,001$ відповідно), а також при порівнянні показників у підгрупах ($363,7 \pm 13,6$ мс і $272,4 \pm 25,3$ мс, $p = 0,023$ відповідно). Достовірно не відрізнялися показники між обстежуваними 2 підгрупи і контролю ($272,4 \pm 25,3$ мс і $260,59 \pm 2,3$ мс, $p = 0,288$).

Кількість правильних реакцій на стимул в обстежуваних 1 підгрупи була достовірно нижчою порівняно з контрольною групою ($58,23 \pm 8,22$ % і $85,59 \pm 2,3$ %, $p = 0,011$). У пацієнтів 2 підгрупи спостерігалось більше помилок ($74,97 \pm 6,3$) порівняно з групою контролю, але результати не досягли статистичної достовірності ($p = 0,149$). Не було

також отримано значущої різниці між показниками у підгрупах пацієнтів ($p = 0,133$).

Когнітивні розлади часто спостерігаються у пацієнтів з РС. Зміни Р300 є об'єктивною ознакою когнітивного зниження. Цей метод кількісної оцінки когнітивних функцій можна використовувати для раннього виявлення порушень пізнавальної сфери у хворих на розсіяний склероз.

УДК 616.8:616.711.1-07-037:616-071.2:612.014.5

Назарчук І. А.

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

Соматотип конституції людини як предиктор м'язово-тонічних порушень при вертеброневрологічних синдромах шийної локалізації

Конституціональний підхід у медицині має актуальність, поширює її і на вертеброневрологію та здатний внести новизну у її сучасний розвиток. Проведена робота стосувалася вивчення ролі соматичних конституціональних властивостей у формуванні, клінічному перебігу шийних вертеброневрологічних синдромів (ШВНС) для їх практичного, насамперед прогностичного застосування, що і складало мету дослідження. Враховуючи провідне синдромоутворююче значення м'язово-тонічних порушень (МТП) у вертеброневрології, доцільним було сконцентруватись саме навколо них.

Обстежено 68 хворих віком 18—44 роки із ШВНС рефлексорного походження: цервікальними, цервікокраніальними, цервікобрахіальними.

Соматотип визначався за методом Б. Х. Хіт — Д. Л. Картер на підставі відповідних антропометричних показників. Регіонарні МТП, що виявляли при клінічному вертеброневрологічному обстеженні, оцінювали з використанням методики, описаної Кузнецовим В. Ф., підраховували у балах за інтенсивністю і поширеністю і підсумовували у загальному показнику МТП. Статистичне оброблення результатів проводили стандартним пакетом програм SPSS 20.

У обстежених було виявлені 6 варіантів соматотипу, які відрізнялися за компонентним складом тіла. М'язово-тонічні порушення виявлені в усіх обстежених. Вони були максимально виразні у осіб із 2 і 3 соматотипами і найнижчою м'язовою масою (загальний показник МТП 58 та 52 бали відповідно) і меншими — у осіб 4—6 соматотипів із високою м'язовою та кістковою масою (загальний показник МТП 42, 37 та 30 балів відповідно). Особливості соматотипу відбивалися і на якості МТП. У 1—4 соматотипів значно переважав гіпертонус, який спостерігався у 100 %, 96 %, 89 %, 96 % хворих відповідно. У осіб 5 і 6 соматотипів спостерігалася і м'язова гіпотонія, як у поєднанні із гіпертонусом, так і окремо, і співвідношення гіпертонус/гіпотонус в середньому у групах становило 50 % до 50 % та 60 % до 40 % відповідно. Вплив соматотипу на МТП підтверджувався достовірними кореляційними зв'язками (r від $-0,3$ та більше), які означали: зростання значення соматотипу від 2 до 6 зменшує виразність МТП. Відмінності будови тіла проявлялися і у клінічному перебігу ШВНС, з боку різної симптоматики, зокрема і болю, найчастішого і найвиразнішого у хворих 2 і 3 соматотипів, і протилежних ознак у хворих 5 і 6 соматотипів.

Отже, соматотип конституції людини впливає на формування і клінічний перебіг ШВНС та може бути розглянутий для застосування як предиктор МТП. В роботі було виявлено, що регіонарні МТП у осіб 5 і 6 соматотипів можуть бути представлені поєднанням гіпертонусу м'язів із їх гіпотонією