

Сосудистый фактор был причиной 7 (7,1 %) атипичных краниалгий: сосудисто-нервный конфликт — у 6 (6,1 %), ишемическое поражение ствола головного мозга — 1 (1,0 %), тромбоз кавернозного синуса — 1 (1,0 %).

Этиологический фактор не удалось достоверно установить у 11 (11,2 %) больных.

Таким образом, установлено, что фармакорезистентные атипичные лицевые боли наиболее часто развиваются в результате воспалительных, травматических, опухолевых, дегенеративных и сосудистых факторов.

УДК 159.98:617.51

Привалова Н. М.

*ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Нейропсихологічні критерії діагностики і прогнозу при закритій вибуховій черепно-мозковій травмі

Проблема механізмів формування порушень психічної діяльності у комбатантів є одною з актуальних у зв'язку з великою кількістю вибухових закритих черепно-мозкових травм (ВЗЧМТ) різного ступеня важкості, які часто не супроводжуються виразними клінічними симптомами навіть у гострому періоді захворювання, що заважає встановленню точного діагнозу, контролю за динамікою відбудови мозкових функцій, визначенню «групи ризику» серед хворих. Порушення вищих психічних функцій після ЗЧМТ мають складний та неоднорідний характер залежно від ступеня виразності загальноомозкової симптоматики, втягнення коркових та підкоркових, право- і лівопівкульних структур на кожному етапі розвитку травматичної хвороби мозку (Н. В. Гребенникова, 1985; О. А. Кроткова, 1982; А. Р. Лурія, 1982; Привалова Н. М., 1995 та ін.). Виходячи з цього, метою дослідження було вивчення порушень когнітивних та емоційних процесів у комбатантів у гострому періоді після ВЗЧМТ та визначення нейропсихологічних маркерів ступеня важкості травматичного ураження, які можуть виступати також як прогностичні критерії можливих ускладнень на наступних етапах захворювання.

Було обстежено 20 хворих у гострому періоді після ВЗЧМТ. Для нейропсихологічного обстеження використовували набір стандартних та сенсibilізованих нейропсихологічних проб (О. Р. Лурія, 1969; Н. М. Привалова, Є. Д. Хомська, 1995), для уточнення характеру та ступеня важкості емоційних розладів були використані опитувальники SCL-90-R та Бека. Загальні характеристики нейропсихологічних синдромів у хворих в гострому періоді ВЗЧМТ включали динамічні порушення психічної діяльності у вигляді уповільнення праці різного ступеня виразності, нерівномірної продуктивності, виснажливості, порушень уваги під час виконання рухових, когнітивних та мовних програм, мнестичні розлади по типу зниження міцності слідів пам'яті і порушення вибіркового процесу відтворення, а також порушення емоційного стану і реагування, причому ступінь виразності і динаміка всіх цих розладів корелювала з особливостями клінічного симптомокомплексу. У хворих з менш виразним та менш стійким ураженням стовбурових структур мозку всі порушення є помірними, можуть бути скомпенсовані внаслідок активації процесів довільної регуляції психічної діяльності. У хворих з більш значним та стійким ураженням гіпоталамо-мезенцефальних відділів, крім більш грубих динамічних порушень вищих психічних функцій, визначаються також достатньо виразні та стійкі розлади довільної регуляції психічної діяльності, які свідчать про втягнення в патологічний процес вищих медіобазальних відділів неспецифічної системи,

що обмежує можливості компенсації динамічних розладів, тому що порушуються активні гальмівні процеси та процеси вибіркової активації. Крім того, виразні емоційні розлади, що можуть спостерігатися у деяких хворих цієї категорії: підвищення афективного тону зі зниженням когнітивної самооцінки поточного стану, значними тривожно-депресивними проявами (зокрема пароксизмального характеру), підвищеною дратівливістю, — можуть свідчити про іритацію «негативної» емоційної підсистеми мозку, що пов'язана зі структурами правої півкулі.

Виходячи з аналізу структури і динаміки синдромів порушень вищих психічних функцій (ВПФ) після ВЗЧМТ, нейропсихологічними критеріями як ступеня важкості, так і компенсації розладів, що виникають, можуть бути ступінь виразності порушень довільного контролю ВПФ; ступінь виразності порушень вибіркової семантичних зв'язків; ступінь виразності загальноомозкової нейропсихологічної симптоматики; наявність тривожно-депресивних розладів пароксизмального характеру; динаміка всіх перелічених показників.

УДК 159.98:616.833

Привалова Н. М., Федосєєв С. В.

*ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Деякі психологічні особливості хворих з дорсалгіями та цервікальними больовими синдромами при неврологічній патології вертебрального та невертебрального генезу

Сучасна концепція болу подає її як нейрофізіологічний механізм сприйняття, проведення та аналізу больових сигналів нейрональними структурами ноцицептивної системи, які входять до складу сомато-сенсорного аналізатора. Водночас ця концепція не бере до уваги психологічні чинники, які можуть відігравати вирішальну роль у сприйнятті симптомів, що виникають, та хронізації больових синдромів при різних формах неврологічної патології. Виходячи з цього, метою нашої роботи було вивчення порушень вищих психічних функцій та найважливіших характеристик особистості хворих з нейродегенеративними, запальними і вертеброгенними змінами нервової системи та виявлення психологічних чинників, які можуть впливати на формування та хронізацію больових синдромів. Об'єктом дослідження були 20 хворих на розсіяний склероз (РС), 15 хворих з запальними змінами нервової системи, а також 15 хворих з вертеброгенною патологією, віком від 29 до 41 року. Для вирішення завдань дослідження були використані стандартні та сенсibilізовані нейропсихологічні проби, які дозволяють аналізувати когнітивні та афективні складові психіки у зв'язку з морфофункціональними змінами нервової системи, а також опитувальники SCL-90-R та Бека. В усіх хворих були досліджені найважливіші особистісні характеристики: ієрархія життєвих настанов та характер фруструємих мотивів (за допомогою тесту Люшера та модифікованої методики Рокіча), значимі параметри Я-концепції та самооцінки (за допомогою методів Т. Лірі та О. Т. Соколовой), а також особливості реагування у конфліктних та стресових ситуаціях (за допомогою тесту Розенцвейга).

Проведене дослідження дозволило визначити загальні характеристики та відмінності нейропсихологічних синдромів у хворих на розсіяний склероз, з запальними процесами нервової системи та з вертеброгенною патологією з больовим синдромом. До загальних характеристик належать астеничні прояви різного ступеня (уповільненість роботи, нерівномірна продуктивність, нестійкість контролю

за діяльністю), мнестичні розлади різного ступеня (переважно зниження міцності слідів та їхня підвищена гальмувальність). Особливості синдрому пов'язані з наявністю порушень програмування психічної діяльності, поведінкових порушень (підвищена дратівливість, недостатня критичність), порушень симультанного фактора організації психічної діяльності, порушень вибіркової семантичних зв'язків різного ступеня, наявності або відсутності тривожно-депресивних проявів. Загалом структура нейропсихологічного синдрому у хворих з розсіяним склерозом та запальними процесами свідчить про наявність порушень функціонування неспецифічної системи мозку на всіх рівнях організації, її зв'язків з різними відділами кори (з можливими вторинними порушеннями коркових функцій), тоді як у хворих з вертеброгенною патологією переважно визначається недостатність функціонування дієнцефально-стовбурових відділів неспецифічної системи, що дозволяє припустити наявність різних мозкових механізмів, які можуть сприяти хронізації больових синдромів у хворих досліджених груп. Характеристики Я-концепції та системи самооцінки хворих, захисні механізми особистості, поведінкові стратегії не пов'язані з характером хвороби, мають індивідуальний характер залежно від загальної життєвої ситуації пацієнта. Водночас, якщо механізм самооцінки не працює як регулятор поведінки, а виконує переважно захисну функцію, особисті проблеми не усвідомлюються і не аналізуються, найважливіші життєві цінності визнаються важко досяжними, відбуваються значні мотиваційні конфлікти, то кожний з цих чинників може бути перешкодою для психосоціальної адаптації та сприяти формуванню дезадаптивної больової поведінки.

УДК 616.831-005.1-005.4-082(477-25)

Прокопів М. М., Рогоза С. В.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)

Стан надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт у м. Києві (за результатами прагматичного спостереження)

Актуальність мозкового інсульту зумовлена високою розповсюдженістю, складністю лікування і тяжкими наслідками захворювання. Для вивчення стану надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт у м. Києві з 1 червня по 31 грудня 2016 року організовано проведення проспективного (прагматичного) спостереження.

Мета — поліпшення якості надання медичної допомоги пацієнтам на мозковий інсульт.

Проведено обстеження 1575 хворих на гострий мозковий інсульт (з них 42,5 % — чоловіки) віком від 26 до 100 років (середній вік — $70,5 \pm 10,7$ роки), які були госпіталізовані з 1 червня по 31 грудня 2016 року до неврологічних відділень м. Києва. Використовували спеціально розроблену реєстраційну форму, у яку вносили дані демографічних показників, судинних факторів ризику, особливості госпіталізації пацієнтів, обсяг обстежень та лікувальних заходів. Клінічне обстеження включало оцінку стану свідомості за шкалою коми Глазго, оцінку тяжкості неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS у день госпіталізації та на час виписки із стаціонару. Функціональний вихід оцінювали за модифікованою шкалою Ренкіна та індексом Бартел у день виписки.

Встановлено, що у 71,5 % обстежених пацієнтів інсульт стався вперше в житті. Переважали пацієнти віком 60 років і старші (84,1 %). Найбільш вагомим фактором судинного ризику була артеріальна гіпертензія, яку спостерігали у 95 % пацієнтів. Проте антигіпертензивні препарати отримували

лише 38,7 % хворих. Серед інших факторів ризику інсульту спостерігали порушення ліпідного обміну — у 30,5 % хворих, фібриляцію передсердь — у 28,6 % хворих, цукровий діабет — у 24,1 % хворих, паління — у 13 % хворих, інфаркт міокарду в анамнезі перенесли 9 % пацієнтів, хронічний або гострий стрес напередодні інсульту перенесли 9 % хворих. Ішемічний характер інсульту діагностовано у 86 % хворих, геморагічний — у 8,2 % хворих, змішаний характер інсульту або геморагічну трансформацію ділянки інфаркту мозку — у 2,1 % хворих, не уточнений характер інсульту — у 3,7 % хворих. У перші 3 години за медичною допомогою звернулись 39,3 % пацієнтів, госпіталізовані в межах терапевтичного вікна — 32,7 % пацієнтів. У 85 % випадків пацієнти були доставлені у стаціонар бригадами швидкої медичної допомоги, 11,2 % хворих звернулись до медичних закладів самостійно. Серед причин пізньої госпіталізації пацієнтів переважали пізнє звернення за медичною допомогою — у 50 % випадків, недооцінка симптомів медичним працівником — у 2,1 % випадків, неможливість хворого звернутись за медичною допомогою внаслідок тяжкості стану — у 2 % випадків, відмова хворих від госпіталізації — у 1,8 % випадків. Нейровізуалізацію проведено загалом 79,2 % хворих, зокрема КТ головного мозку — у 21,5 % пацієнтів. Водночас у 34,4 % хворих нейровізуалізацію проведено лише на другу добу після госпіталізації і пізніше.

З метою поліпшення якості надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт більшу увагу треба приділяти профілактичним заходам, що мають бути спрямовані на лікування первинного ураження серцево-судинної системи та просвітницьку роботу серед населення.

Усім хворим необхідне проведення нейровізуалізації на момент госпіталізації до стаціонару.

В Україні є нагальна проблема зі створення сучасної інсультної служби (реєстр хворих).

УДК 616.831-005.1: 616.895.4-009-08

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

Корекція депресивних порушень у хворих з больовими синдромами після перенесеного ішемічного інсульту

Емоційні розлади, які виникають при цереброваскулярних захворюваннях і в результаті перенесеного інсульту поряд з руховими, мовними, больовими порушеннями, спричиняють суттєву дезадаптацію пацієнтів. Депресія часто супроводжується інсультном і досягає, за даними різних авторів, від 11 до 68 %. Вони знижують якість життя, ефективність лікувальних, профілактичних та реабілітаційних заходів. Антидепресант, який використовують у хворих з післяінсультної депресією (ПІД), повинен поряд з антидепресивним ефектом, мати стимулюючий ефект, оскільки у цих хворих часто депресія сполучається з астеною, а також мати мінімальну побічну дію, оскільки більшість таких хворих страждають на різні соматичні захворювання.

Метою нашого дослідження стало вивчення ефективності препарату золофт (сертралін) у хворих з післяінсультним болем та депресивними порушеннями в післяінсультному періоді.

Для виконання цієї мети під нашим спостереженням перебували 28 хворих (9 чоловіків, 19 жінок) віком від 53 до 75 років, які перенесли півкульний ішемічний інсульт. Давність захворювання складала від 5 місяців до 3 років. У 10 хворих вогнище ураження було в лівій півкулі головного мозку, у 18 хворих — в правій півкулі. Основною причиною