

розвитку інсульту у 12 хворих була гіпертонічна хвороба (ГХ), у 4 хворих — атеросклероз з ураженням магістральних судин голови та шиї, у 8 хворих — сполучення ГХ та атеросклерозу, у 4 хворих — порушення ритму серця у вигляді миготливої аритмії. В дослідження не включали хворих з вираженими мовними та когнітивними порушеннями, тяжкою депресією та наявністю депресивних порушень в анамнезі. Ступінь вираженості ПІД оцінювали за шкалою Гамільтона для депресії (НАМ-D). Усі обстежувані хворі страждали депресією легкої і середньої тяжкості та мали центральний післяінсультний больовий синдром (ЦПІБ). Пацієнтів спостерігали амбулаторно та в стаціонарі. Після перенесеного інсульту хворим проводили медикаментозну терапію як вторинну профілактику інсульту, також базову терапію в період перебування в стаціонарі. Пацієнтам з легким ступенем депресивних порушень призначали антидепресанти на основі звіробю, проводили психотерапевтичні бесіди, використовували методику аутогенного тренування. Для лікування депресивних порушень середнього ступеня вираженості використовували антидепресант золофт (сертралін) в добовій дозі 50—100 мг вранці чи ввечері. Ефективність терапії також оцінювали за допомогою шкали НАМ-D. Середній бал в групі обстежених хворих до початку лікування складав  $15,40 \pm 0,57$ . Тестування проводили кожні 2 тижні, протягом 6 місяців лікування. Починаючи з 2 тижня прийому препарату намітилась тенденція до зменшення середнього бала за НАМ-D. Через 2 місяці прийому препарату золофт середній бал складав  $11,80 \pm 0,48$ , через 4 місяця лікування —  $8,30 \pm 0,37$ , через 6 місяців —  $6,7 \pm 0,4$ . Поряд з оцінкою ступеня депресії вивчали вираженість ЦПІБ за шкалою ВАШ. Тестування проводили 1 раз на місяць. Якщо на початку лікування інтенсивність болю складала в середньому 7 балів (коливання від 8 до 4,5), то через 2 місяці лікування показники склали в середньому 6,2 бали (від 7 до 4,5), через 4 місяці — 5,7 бали (коливання від 6,7 до 4,2), через 6 місяців — 5,2 бали (від 6 до 4 бали).

Дослідження якості життя хворих проводили до і після лікування препаратом золофт. Усі показники опитувальника якості життя покращились за період лікування. Терапевтичний ефект препарату золофт (сертралін) у 78 % обстежених хворих супроводжувався редукцією проявів депресії, поліпшенням психоемоційного статусу, якості життя, а також зменшенням інтенсивності ЦПІБ.

УДК 616.857:616.8-009.836

*Реміняк І. В., Реміняк Ю. К.*

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

### **Порушення сну у хворих на мігрень**

Інсомнія — це порушення ініціації, тривалості, консолідації або якості сну, які повторюються, незважаючи на існування достатньої кількості часу та умов для сну, що проявляються змінами соціального та професійного функціонування. Відповідно до сучасної класифікації, визначені: ситуаційна інсомнія (протягом до 1 тижня), гостра інсомнія (протягом понад 3 тижні) і хронічна інсомнія (протягом понад 3 тижні). Хронізації інсомнії сприяють персистування стресу, депресія, тривога, тривалий перебіг захворювання та довготривале використання «довго живучих» бензодіазепінів.

Особливий інтерес становить питання коморбідності мігрени і порушень сну. Результати одного з досліджень, проведених у США, показали, що пацієнти з цієї патологією перебувають в хибному колі: наростаючий біль

приводить до безсоння, а безсоння, в свою чергу, підсилює біль.

Порушення сну спостерігаються у хворих на мігрень в 50—70 % випадків, та поряд з депресією є важливішими факторами, що визначають якість життя пацієнтів.

Мігрень розглядають як хронічне захворювання, зумовлене спадково детермінованою дисфункцією вазомоторної регуляції, яке проявляється відносно стереотипними пароксизмами головного болю. Важливу роль у виникненні мігрени має спадковість певного нейрохімічного дефекту — недостатності метаболізму моноамінів мозку, особливо серотоніну. Також цей медіатор бере участь у формуванні циклу сон — неспання. В сучасній літературі обговорюється питання спільних механізмів розвитку цих патологій, однак інтерпретація наявних даних є різноспрямованою. Тому науковий інтерес становить подальше вивчення клініко-неврологічних, психодіагностичних, нейрохімічних особливостей хворих з мігренью та порушеннями сну. Нами обстежено 37 хворих, віком від 18 до 48 років, 17 чоловіків, 20 жінок. У обстежуваних хворих відбувалися приступи мігрени без аури, частотою 4—5 нападів на місяць. Для них були характерними труднощі засинання, часті просинання, парасомнії у вигляді сногворіння, страшних сновидінь, нічного гіпергідрозу, денної сонливості. Спектр і вираженість порушень сну корелювали з частотою та інтенсивністю мігренозного болю, який визначали за допомогою візуальної аналогової шкали. Мігренозний напад у циклі сон — неспання перебігає важко, супроводжується вегетативними розладами під час сну, з елементами паніки, спостерігається підвищена рухова активність під час сну, достатньо високий рівень тривоги та депресії, зниження якості життя. Визначали також рівень серотоніну крові, який був знижений порівняно з контрольною групою, особливо наприкінці приступу.

Отримані дані свідчать про наявність єдиних патогенетичних механізмів мігренозного болю, порушень нічного сну, тривожно-депресивних розладів (відповідно до результатів проведених тестів Спілбергера та шкали Гамільтона для депресії). Хронізація болю розвивається на фоні дезінтеграції неспецифічних систем мозку, що знижує толерантність до дистресу, супроводжується формуванням психовегетативного синдрому, тривожно-депресивних, астенічних, когнітивних розладів, порушень сну. Патологія сну (порушення функції психологічного захисту) і психоемоційні розлади взаємопов'язані та підсилюють прояви один одного, а також закріплюють больовий стереотип. При цьому найважливіший провокуючий фактор розвитку мігрени сну — недостатність нічного сну. Сон надає амбівалентний вплив на головний біль: з одного боку, поганий сон — є тригером цефалгії, а з другого, — повноцінний сон може бути найкращими ліками.

УДК 616.831:616.12-008-089

*Реміняк І. В.*

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

### **Особливості структурних змін головного мозку у хворих після кардіохірургічних втручань**

Інсульт — одна з найбільш больових проблем сучасної медицини. Зростаюча захворюваність, висока смертність і тяжкі наслідки для тих, хто вижив, виводять проблему судинних мозкових катастроф на національний рівень. Науковці та практики дійшли висновку, що в боротьбі