

різних шляхів введення етилметилгідроксипіридину сукцинату (елфунату), зокрема ендоназальне у вигляді електрофорезу, буспірону гідрохлориду (спітоміну) та ін.

Отримані результати вказують на достовірні впливи стану ВНС на наявність і характеристики тремору. Підвищення ТІ дозволяє припускати відхилення, наростаючі дезадаптаційні тенденції моторних компонентів внаслідок їх переходу від функціональних порушень в органічні.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. ВНС має суттєвий вплив на функціональний стан дрижального гіперкінезу — компонента моторної системи.

2. Інтегративні показники тремору свідчать про патогенетичне значення функціональних (вегетативні церебральні дистонії) та органічних (хронічна ішемія мозку) змін в ЦНС.

3. Тремор — об'єктивна ознака вегетативних дисфункцій, пов'язаних з порушенням судинної регуляції, кровообігу, а також функціональної дезадаптації організму в подібних умовах.

4. Під впливом розробленої оригінальної методики лікування дрижальних гіперкінезів у хворих з тремором різної етіології відзначено істотне поліпшення метаболізму, вираженості біохімічних і нейромедіаторних процесів, а також кровообігу в відповідальних структурах ЦНС.

5. У хворих відзначені впливи, що взаємопотенціюють, вегетостабілізуючі та антистресові, зокрема спрямовані на поліпшення механізму «зворотного зв'язку» в корково-підкіркових нейрональних проекціях, посилення активності палідо-стріарних, лімбіко-ретикулярних утворень і структур стовбурового рівня, що супроводжувалися ліквідацією емоційних нашарувань, проявів психовегетативних дисфункцій в вигляді «панічних атак» які безпосередньо впливають на виникнення і підтримання тремору.

6. Запропонована терапія адекватна та ефективна при вегетативній та судинній патології з наявністю дрижальних гіперкінезів, дозволяє стабілізувати «вегетативний портрет» пацієнтів і має симпатиколітичну дію на організм.

7. Розроблений комплекс терапевтичних заходів, ефективність якого підтверджена позитивними клінічними результатами, надає коригувальні впливи на всі основні ланки дрижального гіперкінезу, що дає нам підставу говорити про його патогенетичну спрямованість.

УДК 616.853-085.213:616.12

Стоянов О. М., Муратова Т. М.,

Борисенко О. А., Колесник О. О., Олійник С. М.

Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

Нейровегетативні розлади в клініці посттравматичної епілепсії

У практичному плані становить інтерес виявлення дисфункцій вегетативної нервової системи (ВНС), які були до, або що виникли після перенесеної черепно-мозкової травми (ЧМТ), в процесі формування посттравматичної епілепсії (ПТЕ), що впливають на особливості клінічного перебігу та прогноз. Вищеперелічене потребує вивчення стану ВНС для адекватної діагностики та лікування хвороби.

Обстежено 30 пацієнтів з ПТЕ які були поділені на дві групи залежно від давності ЧМТ. Перша група — до 5 років, друга група — понад 5 років тому. Також враховували тяжкість перебігу ПТЕ.

Під час дослідження у пацієнтів вегетативного тонузу за даними «Таблиці 24 стигм для експрес-діагностики вегетативного тонузу» спостерігалось переважання впливу

парасимпатичної ланки ВНС: 66,7 % та 70,3 % відповідно у групах. При цьому відзначено тенденцію до зменшення кількості пацієнтів з ейтонією при важкому перебігу ПТЕ на користь посилення парасимпатичної ланки ($p < 0,05$).

Під час дослідження вегетативної реактивності (ВР) за допомогою очно-серцевого рефлексу Ашнера — Даньїні у пацієнтів виявлено переважання підвищеної реактивності (66,7 % та 62,9 % відповідно), що може свідчити про переважання впливу трофотропної супрасегментарної системи. У групах була низька частота зустрічальності пацієнтів з нормальною ВР.

Відзначено тенденцію до підвищеної ВР у пацієнтів з важким перебігом епілепсії. Це свідчить про зниження симпатичного або ж посилення вагусного впливу у хворих з більш важким перебігом захворювання. Помічено, що кількість хворих із зниженою ВР приблизно однакова при різному перебігу ПТЕ, що дозволяє віднести цю ознаку до найбільш стійких щодо розвинутого вегетативного дисонансу.

Вивчення вегетативного забезпечення діяльності (ВЗД) проводили шляхом оцінювання результатів ортокліностатичної проби; отримані результати, які виражали залежність ВЗД від ступеня тяжкості ПТЕ. Виявлено, що у пацієнтів з легким перебігом хвороби переважало адекватне ВЗД — у 75,0 %, у пацієнтів з ПТЕ середньої тяжкості превалювало надлишкове ВЗД — у 50,0 %; при важкому перебігу ПТЕ спостерігається недостатнє ВЗД у 50,0 % пацієнтів.

Отримані дані свідчать про виснаження компенсаторно-приспосувальних механізмів при важкому перебігу ПТЕ.

В результаті проведеного дослідження отримані нові дані про особливості стану ВНС у хворих на ПТЕ: у пацієнтів з більш тяжким перебігом ПТЕ спостерігається тенденція до переважання тонузу парасимпатичної ланки ВНС, підвищена реактивність і недостатнє забезпечення діяльності, що свідчить про виснаження компенсаторно-приспосувальних механізмів зі збільшенням тяжкості перебігу ПТЕ.

Знижена ВР є найбільш стійкою ознакою розвинутого вегетативного дисбалансу і не залежить від ступеня тяжкості ПТЕ.

Стан ВНС не має чіткої залежності від строків давності ЧМТ.

Дифузний процес, що залучає різні структури мозку, супроводжується меншими вегетативно-вісцеральними розладами, ніж процес, що спричиняє осередкове роздратування. Вегетативно-вісцеральні розлади переважають при правобічній локалізації вогнища ушкодження.

Отримані результати дають можливість деякою мірою прогнозувати перебіг ПТЕ: у пацієнтів з переважанням тонузу парасимпатичної ланки ВНС, підвищеною реактивністю і недостатнім забезпеченням діяльності слід припускати важчий перебіг ПТЕ, що є важливим для розроблення адекватних методів лікування з урахуванням корекції вегетативних дисфункцій.

УДК 616.853-053.2-07-085.21

Сухонослова О. Ю.

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

Моніторинг стану статистичних показників з нервових хвороб та епілепсії серед дитячого населення Харківської області та України

Згідно з Основами політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ («Здоров'я-21», «Здоровий початок життя») до 2020 року в усіх новонароджених

та дітей молодшого і дошкільного віку в регіоні передбачено поліпшення стану здоров'я, що забезпечить їм здоровий початок життя. До 11 медичних заходів, які ВООЗ віднесла до найбільш економічно доцільних, включена профілактика неінфекційних хвороб та інвалідності. У цій роботі наведені результати аналізу поширеності, захворюваності та інвалідності з нервових хвороб і епілепсії серед дитячого населення Харківської області та України, що є віддзеркаленням стану суспільного здоров'я.

2015 року серед дитячого населення 0—17 років в Україні зареєстровано 407 618 дітей з хворобами нервової системи, що становить 53,53 випадки на 1000 дитячого населення, середнє значення за 5 років — 459 300 дітей (58,354%), в Харківській області — 36 494 дітей (86,28%), середнє — 39 883 дітей (94,476%). Поширеність епілепсії в Україні становить 25 695 дітей — 3,21%, перевищує поширеність дитячого церебрального паралічу, нейроінфекції, середнє значення за 5 років — 24 667 дітей (3,144%), в Харківській області — 1 451 дітей (3,43%), середнє — 1 340 дітей (3,21%). Захворюваність на хвороби нервової системи у дітей в Україні становить 140 494 дітей (18,45%), середнє значення за 5 років — 15 9215 дітей (20,29%), в Харківській області — 11 871 дітей (28,07%), середнє — 13 795 дітей (33,068%).

Захворюваність на епілепсію в Україні у дітей становить 3 306 дітей (0,43%), середнє значення за 5 років — 3 569 дітей (0,454%), в Харківській області — 252 особи (0,53%), середнє — 201,2 дитини (0,468%). В Україні за останні 5 років відзначається тенденція до зниження поширеності та захворюваності хвороб нервової системи у дітей, а в Харківській області в 2014—15 рр. відзначається збільшення цих показників, що пов'язано, мабуть, з міграцією населення.

У структурі інвалідності дітей віком до 18 років в Україні хвороби нервової системи займають 2 місце, складають 29 684 дітей (37,1 на 10 тис. дітей), питома вага (17,6%), в Харківській області — 1 770 (41,8 на 10 тис. дітей). Щороку відбувається зростання показника дитячої інвалідності, інвалідність пов'язана з вродженими аномаліями (вадами розвитку). За показниками дитячої інвалідності з нервових хвороб Харківська область посідає сьоме місце в Україні. Епілепсія є одним з основних захворювань, які приводять до інвалідності. Показник інвалідності дітей, хворих на епілепсію, в Харківській області становить 10,1 на 10 тис. дітей). Показник первинної інвалідності серед дітей у віці від 0 до 17 років у Харківській області на 2015 рік складає з нервових хвороб — 2,7 на 10 тис. дітей, з епілепсії — 0,8 на 10 тис. дітей.

За даними Європейської академії дитячої інвалідності, у країнах Центральної та Східної Європи частка дітей з інвалідністю складає 2,5%, що потребує ретельного вивчення захворювань, що призводять до інвалідності в Україні.

Однак, статистичні показники не дозволяють діагностувати форму захворювання, при епілепсії — оцінити призначення протисудомної терапії та її ефективність, визначити тип перебігу і прогнозу.

Отже, складання регістрів хворих є одним із актуальних завдань щодо вдосконалення надання медичної допомоги пацієнтам, що забезпечує моніторинг стану хворого, дає можливість поліпшити медичний і соціальний прогнози пацієнтів, сприяти запобіганню важких наслідків захворювання та інвалідизації хворих.

УДК 616.832-004. 2:612.821.7:001.8

Сухоруков В. В.

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

Особенности организации ночного сна по данным полисомнографических исследований у больных с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типами течения рассеянного склероза

Цикл сон — бодрствование в целом при рассеянном склерозе имеет свою специфику и характерную вариабельность в течение суток, однако данная проблема остается недостаточно освещенной в современной литературе. Известно, что более 50% больных рассеянным склерозом (РС) предъявляют жалобы на различные нарушения ночного сна, 53% больных страдают от ночных пробуждений, а 58% — от ранних подъёмов (Волошина Н. П. и др., 2007).

По литературным данным, расстройства сна приводят к ухудшению общего состояния больного, включению астенических проявлений в структуру синдрома комплекса основного заболевания и являются декомпенсирующим фактором (Левин Я. И., 2004)

В связи с этим, целью исследования являлось изучение особенностей организации ночного сна у больных с разными типами течения РС. Исследование проведено на 16 больных РС в возрасте от 27 до 42 лет, предъявляющих жалобы на нарушения ночного сна, и 12 практически здоровых добровольцах в возрасте от 25 до 35 лет (группа сравнения). Больные были разделены на 3 группы в зависимости от типа течения РС: ремиттирующе-прогрессирующий тип течения РС (РПРС — 5 человек); вторично-прогрессирующий тип (ВПРС — 5 человек); ремиттирующий тип (РРС — 6 человек). Всем испытуемым проводили полиграфические исследования ночного сна с помощью компьютерного комплекса «Нейрон-Спектр+», включающие электроэнцефалограмму, электроокулограмму, электромиограмму и электрокардиограмму. Проводился качественный (визуальный) и количественный анализ циклов и стадий ночного сна. Анализировали следующие стандартные параметры: продолжительность сна; время засыпания; продолжительность бодрствования в период сна; количество пробуждений; длительность латентных периодов стадий сна; индекс эффективности сна; процентная представленность стадий фазы медленного сна (ФМС), фазы быстрого сна (ФБС); число сегментов за период сна, а также количество завершённых циклов сна.

Как показали результаты исследования, ночной сон у больных РС имел определенные особенности, что отличало его от ночного сна у здоровых испытуемых. Трудности засыпания отмечались у всех больных РС (до 40 минут и более), тогда как у здоровых период засыпания длился 5—10 минут. Количество продолжительных эпизодов пробуждений у больных РС возрастало по сравнению с нормой в 3—6 раз и чаще отмечалось у больных РПРС и ВПРС, что соответствовало увеличению представленности поверхностного сна (1 и 2 стадий ФМС), значительному уменьшению дельта-сна (РПРС — 21,3%, ВПРС — 22,6%). Выявлено значительное уменьшение продолжительности ФБС (здоровые — 23,7%, РПРС — 6,8%, ВПРС — 12,5%, РРС — 17% от общего времени сна).

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить у больных с ремиттирующе-прогрессирующим и вторично-прогрессирующим типами течения РС объективные изменения в функционировании сомногенных структур мозга, что проявлялись в изменении архитектоники ночного сна, дестабилизации стадий сна, активации