

The addition of the complex (ultrasonotherapy, balneotherapy and the low-frequent variable magnetic field) to the treatment of the mild spasticity of different etiologies resulted in earlier reducing of subjective sensation of constraint in the extremities.

УДК 617.546-616.8-009.7

*Федосєєв С. В.*

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

### **Стан здоров'я та якість життя хворих з болем у спині (дорсалгією) при різних варіантах неврологічної патології**

В останні роки інтерпретація болю набуває все більшого соціального забарвлення. На сучасному етапі розвитку уявлень про біль превалює біопсихосоціальна концепція з достатньо складними співвідношеннями між структурними морфологічними порушеннями в організмі людини, що спричиняють біль, та психосоціальною складовою. В контексті розвитку уявлень про біль становить інтерес дослідження стану здоров'я та якості життя у хворих з різними варіантами неврологічної патології та хронічним больовим синдромом. Дослідити це дозволяє опитувальник SF-36 (англ. The Short Form-36), який був розроблений для оцінки якості життя, відображення загального благополуччя і ступеня задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я. SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким способом, що чим вище значення показника (від 0 до 100 балів), тим краще оцінка за обраною шкалою.

За допомогою SF-36 були обстежені хворі з хронічним болем у спині: 21 хворий на розсіяний склероз, 22 хворих з нейроінфекціями, що мають хронічний перебіг, та 22 хворих з вертеброневрологічною патологією. Хворі були молодого віку (середній вік групи склав 34,2 роки), переважно жіночої статі (48 жінок та 17 чоловіків).

За результатами дослідження встановлено, що біль у хворих усіх трьох груп значно впливав на якість життя та стан здоров'я, але цей вплив у групах був різний. У хворих на розсіяний склероз з больовим синдромом на фоні достатньо низького рівня загального здоров'я (середній показник за шкалою — 52,105) та фізичного функціонування (середній показник — 58,343), соціальне функціонування було знижене меншою мірою (середній показник — 65,132), що найімовірніше і дозволяло хворим частково адаптуватися до болю (показник за шкалою болю — 43,211 відбиває саму низьку з усіх груп інтенсивність болю, тобто є найвищим). У хворих з нейроінфекціями, навпаки, біль існував в умовах зниженого соціального функціонування (середній показник за шкалою — 54,808) та низької життєвої активності (середній показник — 44,615), що вважають факторами, які сприяють формуванню дезадаптивної больової поведінки та хронізації болю. У хворих з вертеброневрологічною патологією біль був найбільшої інтенсивності (показник за шкалою болю — 29,222 відбиває саму високу з усіх груп інтенсивність болю), існував на фоні найкращих з усіх груп показників загального стану здоров'я (середній показник — 75,000), життєвої активності (середній показник — 59,444), соціального функціонування (середній показник — 76,389), психічного здоров'я (середній

показник — 69,333), що були найближчими до показників здорової людини, але в цих пацієнтів був різко знижений показник ролевого функціонування, зумовленого фізичним станом (показник 2,778 — найнижчий з усіх показників, за всіма шкалами в тесті), що найімовірніше відбиває один з механізмів саногенезу — зменшення функціональної рухової активності із обмеженням ноцицепції та аферентації.

Отже, результати проведеного дослідження, з одного боку, декларують порушення стану здоров'я та погіршення якості життя хворих з різними варіантами неврологічної патології, що мають хронічний біль у спині, з другого боку — висвітлюють зв'язок характеру патологічного процесу в нервовій системі та механізмів патогенезу/саногенезу болю з формуванням адаптивної/дезадаптивної больової поведінки.

УДК 616.831.716.4-073

*Флоріян В. А.\*, Слепак О. М.\*\**

*\*Харківська медична академія післядипломної освіти;*

*\*\*Харківська клінічна лікарня № 1 на Залізничному транспорті (м. Харків)*

### **Толерантність до фізичного навантаження у хворих з церебральною венозною патологією**

Серед багатьох питань сучасної неврології порушення церебрального венозного кровообігу та його взаємозв'язок і взаємозалежність від змін в стані центральної та церебральної гемодинаміки до теперішнього часу залишаються недостатньо дослідженими.

Метою нашої роботи було вивчення змін показників центральної гемодинаміки, параметрів серцевої діяльності, та інших параметрів, що характеризують резервні можливості кардіореспіраторної системи залежно від ступеня вираженості венозних порушень

Усіх обстежуваних осіб було поділено на 2 групи: основну, куди увійшли 192 хворих із церебральною венозною патологією різного ступеня важкості, й контрольну в складі 20 здорових осіб. В основній групі обстежених чоловіків було 133 (69,2 %). Пацієнти переважно були особи молодого і середнього віку.

Хворі основної групи були поділені на три підгрупи: I — 58 (30,2 %) хворих із латентною, доклінічною фазою розвитку хронічної мозкової венозної дисциркуляції, II — 96 (50 %) із церебральною венозною дистонією і III — 38 (19,8 %) пацієнтів із венозною енцефалопатією.

Усім хворим проводили єдину схему клініко-неврологічного обстеження, для верифікації порушень церебральної гемодинаміки використовували метод екстра- й транскраніальної доплерографії на апараті Sigma Iris 880, вивчення параметрів центральної гемодинаміки, серцевої діяльності та дихання проводили за допомогою розробленого нами індивідуального навантажувального тесту за допомогою велоергометрії (велоергометр «Corival»).

Нами визначено найгірші співвідношення між гемодинамічними показниками й аеробною продуктивністю. Виявлено сильний зв'язок між змінами коефіцієнта Рейнделла, аеробною продуктивністю організму (PO<sub>2</sub> на висоті субмаксимального ергометричного навантаження) і кардіопульмональним резервом (O<sub>2</sub>-пульс). Зниження показників кисневого режиму організму та його працездатності міцно поєднувалися з погіршенням майже всіх параметрів центральної гемодинаміки та серцевої діяльності. Зокрема, середня величина максимального споживання кисню (МСК) зменшилася порівняно з середньою нормою на 81,5 %,

ударного обсягу (УО) — на 64,5 %, а ударного індексу (УІ) — на 91,4 %. Визначали депресію та продуктивність серця (серцевий індекс —  $CI = 2,25 \pm 0,8 \text{ л/м}^2$ ) та інших ударних показників центральної гемодинаміки. Отже, зниження відношення індексу хвилинного обсягу серця (ІХОС) до ударного обсягу ІХОС/УО менше ніж 9 характеризується дуже несприятливими співвідношеннями між найважливішими показниками кисневого режиму, гемодинаміки малого, системного та мозкового кровообігу. На відміну від цієї групи хворих, збільшення індексу вище ніж 9 супроводжується нормалізацією всіх аналізованих показників кардіопульмонального резерву та серцевої діяльності.

На ґрунті вивчення стану кардіореспіраторної системи, параметрів серцевої діяльності методом ехокардіографії і показників церебрального кровообігу — методом ультразвукової доплерографії виявлено тенденцію кореляції церебральної та центральної гемодинаміки із ступенем вираженості венозних порушень, що свідчить про наявність міцних цереброкардіальних зв'язків уже на ранніх етапах формування гемоциркуляторних порушень мозку. У хворих із вираженою венозною енцефалопатією, у яких кисневий пульс ( $O_2$ -пульс) був нижче нормальних величин (менше ніж 9), визначали істотне зниження аеробної працездатності. Це супроводжувалося сполученими змінами кисневого пульсу й ефективного транспорту кисню.

УДК 616.831-02-089

*Харіна К. В.*

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

### **Особливості неврологічного стану у хворих після аортокоронарного шунтування**

Було обстежено 60 пацієнтів віком від 49 до 75 років. Усі хворі були поділені на 2 групи. В першу групу увійшли пацієнти з цереброваскулярною патологією та ішемічною хворобою серця (ІХС), які перенесли кардіохірургічні втручання, в другу групу — з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ), зумовленою церебральним атеросклерозом та ІХС, без кардіохірургічних втручань в анамнезі, відповідних статі та віку (30 пацієнтів). Середній вік хворих 1 групи склав  $59,6 \pm 6,3$  роки. Середній вік пацієнтів групи зіставлення (2 групи) складав  $65,2 \pm 5,4$  роки. У 52 % хворих діагностували ДЕ I ступеня, II ступеня — у 15 % і III ступеня — у 6 % пацієнтів. Основними факторами, що асоціювалися з розвитком ДЕ у пацієнтів 1 і 2 груп, були артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, мультифокальний атеросклероз.

У пацієнтів обох груп під час ретельного опитування звертала на себе увагу різноманітність суб'єктивної клініко-неврологічної симптоматики. Для всіх обстежених хворих обох груп характерними були скарги, як-от головний біль (86,7 %), запаморочення (76,7 %), шум у голові (46,7 %), хиткість при ходьбі (63,3 %), швидка стомлюваність (76,7 %), зниження пам'яті (86,7 %). Ці неврологічні прояви супроводжувались легкими або помірними, але достатньо стійкими об'єктивними неврологічними порушеннями. У неврологічному статусі в обстежених пацієнтів 1 групи переважали пірамідні порушення — 43,3 %, вестибулярно-атактичний синдром — 93,3 %, кохлеовестибулярний синдром — 80,0 %, порушення м'язового тону — 36,7 %, емоційно-вольові порушення — 96,7 %. Ці показники були вищими ніж в 2 групі.

При проведенні тестування за шкалою MMSE середній загальний бал в 1 групі склав  $24,5 \pm 2,6$  бали, що відповідає помірним когнітивним порушенням. В 2 групі середній

загальний бал за шкалою MMSE був декілька вищим і склав  $26,1 \pm 2,2$  бали, що відповідало легким та помірним когнітивним порушенням.

Під час аналізу показників астенії за ШАС серед пацієнтів 1 групи середній бал склав  $98,1 \pm 12,9$ . У пацієнтів 2 групи середній бал за ШАС склав  $76,25 \pm 12,24$ . Під час зіставлення суб'єктивної та об'єктивної неврологічної симптоматики в обстежених хворих першої групи вираженішими були скарги на порушення статичної та координації, частіше виявлялися анізорефлексія та порушення чутливості за гемітипом, психоемоційні порушення. Значно вираженими були також прояви астенії: загальна слабкість, адинамія, млявість, підвищена стомлюваність, зниження працездатності виявлялися в усіх хворих. Різні психоемоційні порушення в тому або іншому ступені відзначалися також практично в усіх хворих. Синдромальна структура у хворих обох груп була однорідною, однак у хворих першої групи представленість цефалгічного, лікворно-гіпертензійного, вестибуло-атактичного і, особливо, астеничного синдромів та синдрому когнітивних порушень була більшою. Отже, симптоми ДЕ у значній частині хворих після АКШ порівняно з групою зіставлення спостерігались частіше. Когнітивні та астеничні розлади в 1 групі мали загалом вираженіший характер.

УДК 616.831:616.13-008.13-089

*Харіна К. В., Лінська Г. В.*

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

### **Оцінка структурно-функціонального стану магістральних артерій та особливості церебральної гемодинаміки у хворих після аортокоронарного шунтування**

Мета дослідження: вивчити структурно-функціональні порушення магістральних артерій, особливості церебральної гемодинаміки та стан функціонального церебрального резерву в хворих після аортокоронарного шунтування (АКШ).

Ультразвукові дослідження проводили на ультразвуковому сканері ULTIMA PA фірми РАДМІР (Україна).

Було обстежено 27 хворих з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) II ст. на тлі церебрального атеросклерозу та артеріальної гіпертонії, які перенесли АКШ в віці  $61,05 (46-71)$  роки. Групу зіставлення склали 25 хворих на ДЕ, зумовлену церебральним атеросклерозом та артеріальною гіпертонією, без кардіохірургічного втручання, у віці  $57,04 (47-68)$  років.

За даними проби реактивної гіперемії плечової артерії було виявлено порушення ендотеліальної функції у пацієнтів обох груп, але в основній групі ( $5,32 \pm 0,53$  %) розширення плечової артерії було вірогідно меншим, ніж в групі зіставлення ( $6,67 \pm 11,45$  %). В усіх пацієнтів основної групи було виявлено зниження відсотку розширення плечової артерії від помірнього до значного.

Під час проведення оцінювання стану комплексу інтима — медіа сонних артерій та ступеня стено-оклюзуючих уражень брахіоцефальних артерій на шиї було встановлено, що товщина комплексу (ТІМ) в стандартній точці та в місті максимального потовщення достеменно не відрізнялась між групами, але була достовірно більшою у хворих, що перенесли кардіохірургічні втручання (основна група —  $1,27 \pm 0,26$  мм, група контролю —  $1,17 \pm 0,25$  мм). В усіх групах було виявлено зміни в структурі комплексу інтима — медіа, як-от: втрата диференціювання на шари,