

УДК: 616.8-009.832-07

ОСОБЛИВОСТІ ПОЧАТКОВОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСУ У ХВОРИХ НА ЗАПАМОРОЧЕННЯ

© С. В. Федорченко

Вивчався стан початкового вегетативного тонусу і його роль в формуванні запаморочення у 159 неврологічних хворих. Використана схема для виявлення ознак вегетативних порушень.

Виявлено внутрішньосистемну дизрегуляцію; зниження резервних можливостей адаптації ВНС, прояви розладів церебрального гомеостазу, порушення правильного функціонування неспецифічних систем мозку

Ключові слова: початковий вегетативний тонус, запаморочення, неврологічні хворі, вегетативні порушення

Vegetative dysfunction is most often manifested as vertigo. The presence of vestibular dysfunction on the background of vegetovascular dystonia is conditioned by the close functional connection between vestibular and vegetative nervous system.

The study of interaction and mutual connection between vertigo and vegetative functioning is necessary to improve the effectiveness of diagnostic and treating-rehabilitative arrangements.

Methods. 159 patients with vertigo were examined according to the scheme for revelation of the signs of vegetative disorders. All patients were divided in four groups, taking into account the cause of vertigo. The first group included 47 patients with acute ischemia of brain in vertebrobasilar basin. The second one included 30 patients with craniovertebral pathology and vascular anomalies of the neck part. The third one – 40 patients with the injury of peripheral vestibular analyze, the fourth group – 42 patients with psychogenic vertigo.

Results. The analysis of parameters of VNS functioning in examined patients testified to the intrasystemic dysregulation; decrease of reserve possibilities of VNS adaptation, manifestations of the disorders of cerebral homeostasis and disturbance of the correct functioning of non-specific cerebral systems.

Conclusions. The interconnection between vertigo and central mechanisms of vegetative regulation that must be considered as the components of rehabilitative potential was revealed. These regularities can be the base for using integration approach in the choice of rehabilitative interventions at vertigo in patients with neurological pathology

Keywords: initial vegetative tone, vertigo, neurological patients, vegetative disorders

1. Вступ

Вегетативна нервова система (ВНС) забезпечує різні форми психічної і фізичної діяльності, пов'язані з емоційною сферою і організацією складних форм поведінки; виконує провідну роль у підтримці функціональних параметрів діяльності різних систем організму на рівні нормальних гомеостатичних показників, а також адаптації організму до мінливих умов зовнішнього середовища [1, 2].

У структурі клінічного поліморфізму вегетативної дисфункції найбільш частим проявом є запаморочення. Наявність вестибулярної дисфункції на тлі вегетативно-судинної дистонії пояснюється тісним функціональним зв'язком між вестибулярною і вегетативною нервовою системою [3, 4].

Запаморочення представляє собою гетерогенний за своїм походженням і патофізіологічним механізмам клінічну ознаку і часто є симптомом цереброваскулярної патології [5–8]. Можливість відновлення гемодинамічного дефіциту при ішемії мозку реалізується за рахунок функціональних джерел компенсації, одним з яких є вегетативна регуляція судинної системи мозку [1, 9, 10].

Вивчення взаємозв'язку і взаємовпливу запаморочення з вегетативним функціонуванням акту-

ально для підвищення ефективності діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів.

2. Обґрунтування дослідження

Існує багато причин виникнення запаморочення, крім того, вони дуже різноманітні: запаморочення може бути симптомом широкого спектру соматичних, неврологічних, психічних і інших захворювань [11].

Існуючі методи діагностики, часом, вимагають значних фінансових і часових витрат і можуть бути проведені виключно в спеціалізованих стаціонарах, що мають потужне діагностичне обладнання. У зв'язку з цим виникає необхідність розробки більш швидких і менш витратних способів об'єктивізації скарг на запаморочення і попередньої диференціації їх причин [11, 12].

Діагностика і лікування запаморочення – досить непросте завдання. З одного боку, запаморочення при різних захворюваннях може протікати однаково, з іншого – мати різні клінічні прояви при одному виді патології. Саме тому розібратися в різноманітті причин і клінічних особливостей запаморочення при різних рівнях ураження і виробити потрібну діагностичну і терапевтичну тактику лікування досить складно [13].

Незважаючи на зростаючий науковий і практичний інтерес до проблеми запаморочення, висока поширеність даного симптому, різноманіття причин, складність діагностичних і лікувальних заходів, соціальні наслідки у вигляді інвалідизації свідчать про необхідність проведення подальших досліджень.

3. Мета дослідження

Вивчення стану початкового вегетативного тону у його роль в формуванні запаморочення у хворих з неврологічною патологією.

4. Матеріали та методи

Було обстежено 159 хворих із запамороченням, що знаходилися на обстеженні та лікуванні в неврологічних відділеннях КЗОЗ «Харківська міська клінічна лікарня № 7». У процесі дослідження всі хворі були розділені на чотири групи, враховуючи причину запаморочення.

Першу групу представляли 47 хворих з гострою ішемією головного мозку в вертебробазиллярному басейні. Середній вік хворих складав $63,5 \pm 17,0$ років. До другої групи були включені 30 хворих з краніовертебральною патологією і судинними аномаліями шийного відділу. Середній вік хворих складав $50,6 \pm 28,0$ років. Третю групу становили 40 хворих з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора. Середній вік хворих складав $48,3 \pm 27,0$ років. Четверта група складалася з 42 пацієнтів з психогенним запамороченням. Середній вік хворих складав $53,6 \pm 32,0$ років.

У процесі дослідження було використано клінічний, клініко-неврологічний методи та схему для виявлення ознак вегетативних порушень [14]. Всі пункти даної методики надані у табл. 2. Для обробки отриманих даних використовувався критерій Стьюдента.

5. Результати дослідження

Оглядовий аналіз отриманих в процесі дослідження результатів свідчив про наявність великого діапазону показників початкового вегетативного тону у обстежених хворих, що викликало необхідність ранжирування оціночних інтервалів. За основу було взято значення 25 у. о., оскільки згідно ключа оцінювання показників всі результати до 25 у. о. розцінюються як несформований синдром вегетативної дисфункції і трактується в рамках окремих симптомів вегетативної дисфункції. При цьому, результат рівний нулю характеризує вегетативне функціонування як фізіологічну норму. Однак в проведеному дослідженні такий результат відзначався у одного хворого 1-ї групи. Наявність окремих симптомів в інтервалі до 25 у. о. у обстежених хворих послужило підставою позначити дані порушення як субклінічний варіант синдрому вегетативної дисфункції. Інтервал (25–50) свідчить на користь сформованого синдрому вегетативної дистонії (СВД). Результати в інтервалі (51 і більше) розглянуті в проведеному дослідженні як надвисокі показники сформованого синдрому вегетативної дистонії.

Як видно з представлених в табл. 1 даних у найбільшій кількості хворих було виявлено сформований синдром вегетативної дистонії.

У процесі дослідження була вивчена структура клінічних проявів вихідного вегетативного тону обстежених хворих (табл. 2).

Таблиця 1

Частота зустрічності симптомів вегетативних порушень у обстежених хворих, (M±m) (%)

Складова ВНС	Оціночні інтервали в балах	1-а група n=47	2-а група n=30	3-я група n=40	4-а група n=42
Початковий вегетативний тону	0–25	29,8±6,6	26,7±8,0	22,5±6,5	11,9±4,9
	25–50	46,8±7,2	43,3±8,9	50,0±7,8	61,9±7,4
	51 і більше	23,4±6,1	30,0±8,3	27,5±6,9	26,2±6,7

Таблиця 2

Структура клінічних проявів вихідного вегетативного тону обстежених хворих, (M±m) (%)

Ознака		1-а група n=47	2-а група n=30	3-я група n=40	4-а група n=42
1	2	3	4	5	6
1. Характеристика зміни забарвлення і стану шкірних покривів	«судинне намисто»	12,7 ± 4,7	16,7±6,7	17,5±5,9	23,8±6,5
	забарвлення кистей, стоп: бліді	25,5±6,3	20,0±7,2	12,5±5,1	26,2±6,7
	гіперемовані	12,7±4,7	13,3±6,1	7,5±4,0	9,5±4,4
	цианотичні	2,1±1,8	0	2,5±2,2	4,7±3,1
	«мармурові»	8,5±3,9	20,0±7,2	15,0±5,5	14,3±5,3
2. Оцінка дермографізму	червоний	8,5±3,9	3,3±3,1	17,5±5,9	23,8±6,5
	рожевий	10,6±4,4	6,7±4,4	22,5±6,5	7,1±3,8
	білий	2,1±1,8	6,7±4,4	5,0±3,3	4,7±3,1
	Підвищуючийся	4,3±2,7	6,7±4,4	2,5±2,3	0
3. Оцінка ступеню пітливості	локальне підвищення	21,3±5,8	40,0±8,8	47,5±7,8	30,9±7,0
	генералізована пітливість	14,9±5,0	23,3±7,6	25,0±6,7	23,8±6,5

Продовження таблиці 2

1	2	3	4	5	6
4. Наявність змін температури	постійний субфебрилітет	2,1±1,8	13,3±6,1	2,5±2,3	11,9±4,9
	раптовий підйом температури	4,3±2,7	16,7±6,7	7,5±4,0	9,5±4,4
5. Наявність погіршення самопочуття при зміні погоди		38,3±7,0	33,3±8,5	45,0±7,8	38,1±7,4
6. Наявність поганої переносимості холоду, спеки, духоти		34,0±6,8	40,0±8,8	35,0±7,5	38,1±7,4
7. Лабільність АТ		31,9±6,7	23,3±7,6	15,0±5,5	33,3±7,2
8. Лабільність серц. ритму		25,5±6,3	26,7±8,0	25,0±6,7	28,6±6,9
9. Наявність гіпервентиляційного синдрому		23,4±6,0	36,7±8,7	32,5±7,3	28,6±6,9
10. Порушення функції шлунково-кишкового тракту		12,7±4,7	13,3±6,1	20,0±6,2	9,5±4,4
11. Наявність вегето-суд кризів, схильність до неприємності		14,9±5,1	23,3±7,6	27,5±6,9	7,1±3,8
12. Наявність:	підвищеної тривожності	44,7±7,2	33,3±8,5	45,0±7,8	45,2±7,6
	дратівливості	23,4±6,1	26,7±8,0	15,0±5,5	40,5±7,5
	гнівливості	17,0±5,4	16,7±6,7	7,5±4,0	11,9±4,9
	нестриманості	2,1±1,8	6,7±4,4	5,0±3,3	7,1±3,8
	почуття занепокоєння	4,3±2,7	6,7±4,4	7,5±4,0	23,8±6,5
	страху	2,1±1,8	30,0±8,3	0	0
	зміни настрою	4,3± 2,7	3,3±3,1	17,5±5,9	0
астенії	0	6,7±4,4	12,5±5,1	4,7±3,1	
13. Підвищена нервово-м'язова збудливість		23,4±6,1	23,3±7,6	35,0±7,5	33,3±7,2

6. Обговорення результатів дослідження

Аналіз показників функціонування ВНС у обстежених хворих свідчив про наявність широкого спектра вегетативних порушень: ряд симптомів вказували на переважання симпатичного і/або парасимпатичного відділу ВНС, що в результаті призводило до внутрішньосистемної дизрегуляції. Виявлена у хворих функціональна нестабільність терморегуляційних механізмів вегетативного апарату, показники високої поширеності метеочутливості обстежених хворих свідчать про зниження резервних можливостей адаптації ВНС, що узгоджується з класичним уявленням, яке розцінює метрופатію як частковий вияв порушення адаптації, що відбиває функціонування неспецифічних інтеграційних систем мозку [4].

Виявлені симптоми лабільності артеріального тиску і пульсу визначають стан центральної гемодинаміки, порушення якої сприяє посиленню вегетативної дизрегуляції і, в кінцевому підсумку, свідчить про зниження централізації управління серцевим ритмом і судинним тонусом [4]; ознаки порушення мозкового кровообігу у обстежених хворих як прояви розлади церебрального гомеостазу; останнє, в свою чергу, є одним з факторів патогенезу надсегментарних вегетативних порушень і порушень правильного функціонування неспецифічних систем мозку.

Найбільша частота зустрічальності СВД спостерігалася у хворих 4-ї групи – 61,9±7,4 %; в 3-й групі дане порушення виявлялося у половини хворих –

50,0±7,8 % і дещо менше – у пацієнтів 1-ї та 2-ї груп – 46,8±7,2 % і 43,3±8,9 % відповідно.

Особливу увагу звертають на себе надвисокі показники синдрому вегетативної дистонії, які були виявлені майже у третини хворих кожної групи: 23,4±6,1 % – в 1-й, 30,0±8,3 % – у 2-й і, відповідно, в 3-й і 4-й: 27,5±6,9 % і 26,2±6,7 %.

Субклінічний варіант вихідного вегетативного тону у більшій мірі відзначався у хворих з гострою ішемією головного мозку (1-а група) – 29,8±6,6 %, менше серед хворих 2-ї і 3-ї груп – 26,7±8,0 % і 22,5±6,5 % відповідно. І найменша кількість хворих з функціонуванням вегетативної нервової системи, наближеному до фізіологічної норми, спостерігалася в 4-й групі – 11,9±4,9 %. Останнє свідчить про велику поширеність сукупного показника клінічно сформованого синдрому вегетативної дистонії з високими і надвисокими його значеннями, що підтверджує роль психогенного фактора у виникненні вегетативної дизрегуляції.

В цілому, слід зазначити, що у хворих із запамороченням поширеність як окремих симптомів вегетативних порушень, так і сформованого синдрому вегетативної дистонії досить висока; найбільш несприятливий варіант функціонування вегетативної нервової системи відзначався у пацієнтів із психогенним запамороченням, оскільки сукупний показник поширеності клінічно сформованого СВД (61,9±7,4 %) і його надвисокі показники (26,2±6,7 %) переважав серед хворих 4-ї групи. Трохи нижче сукупний показ-

ник ($50,0 \pm 7,8\%$ + $27,5 \pm 6,9\%$) відзначався у пацієнтів 3-ї групи, 2-ї ($43,3 \pm 8,9\%$ + $30,0 \pm 8,3\%$) і 1-ї групи ($46,8 \pm 7,2\%$ + $23,4 \pm 6,1\%$).

Найбільша частота поширеності симптому «судинне намисто» спостерігалася у пацієнтів з психогенним запамороченням – $23,8 \pm 6,5\%$, менше у хворих з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора – $17,5 \pm 5,9\%$, у пацієнтів з краниовертебральною патологією і судинними аномаліями шийного відділу – $16,7 \pm 6,7\%$ і в групі хворих з гострою ішемією мозку – $12,7 \pm 4,7\%$. Слід зазначити, що значимість даної ознаки досить висока, оскільки свідчить на користь внутрісистемної дизрегуляції ВНС.

Оцінюючи стан і забарвлення шкірних покривів обстежених хворих, було виявлено, що блідість шкірних покривів, яка свідчить на користь симпатикотонії, найбільшою мірою спостерігалася в 4-ій групі – $26,2 \pm 6,7\%$, дещо менше – $25,5 \pm 6,3\%$ і $20,0 \pm 7,2\%$ – в 1-й і 2-й групах відповідно. Найрідше ця ознака відзначався у хворих 3-ї групи – в $12,5 \pm 5,1\%$ випадків. Гіперемійовані шкірні покриви, як свідчення парасимпатикотонії, частіше спостерігалися у хворих з краниовертебральною патологією і судинними аномаліями шийного відділу – $13,3 \pm 6,1\%$ і в групі хворих з гострою ішемією мозку – $12,7 \pm 4,7\%$, менше у пацієнтів з психогенним запамороченням – $9,5 \pm 4,4\%$ і у хворих з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора – $7,5 \pm 4,0\%$. Цианотичність шкірних покривів виявлялася у поодиноких хворих 1-ї, 3-ї і 4-ї груп – $2,1 \pm 1,8\%$, $2,5 \pm 2,2\%$ і $4,7 \pm 3,1\%$ відповідно і не відзначалася у хворих 2-ї групи.

«Мармуровість» шкірних покривів спостерігалася у п'ятій частини хворих 2-ї групи – $20,0 \pm 7,2\%$, рідше у пацієнтів 3-ї і 4-ї груп $15,0 \pm 5,5\%$ і $14,3 \pm 5,3\%$. Найменше хворих з даною ознакою зазначалося в 1-й групі – $8,5 \pm 3,9\%$ випадків.

Останні два симптоми (цианотичність і «мармуровість» шкірних покривів) свідчать про порушення балансу функціонування вегетативної нервової системи на користь переважання її парасимпатичного відділу.

Оцінювання дермографізму дозволило виявити наступні результати: червоний дермографізм, як прояв превалювання парасимпатичної нервової системи, найчастіше спостерігався у хворих 4-ї групи – $23,8 \pm 6,5\%$, рідше серед пацієнтів 3-ї групи – $17,5 \pm 5,9\%$ випадків, значно менше в 1-й групі – $8,5 \pm 3,9\%$ і у поодиноких хворих 2-ї групи – $3,3 \pm 3,1\%$.

Симпатична стигматизація у вигляді білого і рожевого дермографізму (в сукупності двох ознак) значно переважала у хворих з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора – $27,5 \pm 6,9\%$ і практично вдвічі рідше у пацієнтів інших трьох груп: $12,7 \pm 4,7\%$ випадків при гострій ішемії мозку, $13,3 \pm 6,1\%$ – при краниовертебральній патології і судинних аномаліях шийного відділу і в $11,9 \pm 4,9\%$ випадків при психогенному запамороченні.

Підвищуючийся дермографізм був виявлений у пацієнтів перших трьох груп в одиничних випадках і не спостерігався у хворих 4-ї групи, однак виявлені у

обстежених хворих порушення периферичного кровообігу можна розцінити як прояви внутрісистемної дезінтеграції з порушенням фізіологічних співвідношень між симпатичною і парасимпатичною системами.

Оцінка ступеня пітливості з визначенням локального підвищення і генералізованого гіпергідрозу звертала на себе увагу великою поширеністю цих симптомів серед обстежених хворих з превалюванням в 3-й групі $47,5 \pm 7,8\%$ і $25,0 \pm 6,7\%$ відповідно; у 2-й групі – $40,0 \pm 8,8\%$ і $23,3 \pm 7,6\%$ випадків; $30,9 \pm 7,0\%$ і $23,8 \pm 6,5\%$ – в 4-й групі і рідше – $21,3 \pm 5,8\%$ і $14,9 \pm 5,1\%$ – в 1-й групі. Дані ознаки свідчать про парасимпатичну напруженість ВНС.

Результати вивчення температурного балансу відображали значні міжгрупові відмінності з найбільшим проявом у хворих з краниовертебральною патологією і судинними аномаліями шийного відділу – $3,3 \pm 6,1\%$ відчували постійний субфебрилітет і у $16,7 \pm 6,7\%$ пацієнтів виникали раптові підйоми температури при відсутності соматичного захворювання; дещо рідше температурний дисбаланс спостерігався у пацієнтів з психогенним запамороченням: $11,9 \pm 4,9\%$ і $9,5 \pm 4,4\%$ випадків і у хворих з ураженням периферичного вестибулярного аналізатора $2,5 \pm 2,3\%$ і $7,5 \pm 4,0\%$ випадків. Найменшу значущість показників температурних порушень виявили пацієнти з цереброваскулярною патологією – $2,1 \pm 1,8\%$ і $4,3 \pm 2,7\%$. Виявлений температурний дисбаланс у обстежених хворих свідчить про функціональну нестабільність терморегуляційних механізмів вегетативного апарату.

Аналізуючи метеочутливість, звертав на себе увагу факт високої поширеності погіршення самопочуття при зміні погоди і поганій переносимості холоду, спеки і духоти у всіх обстежених хворих незалежно від причини запаморочення. Більш ніж $\frac{3}{4}$ хворих кожної групи виявляли ці порушення. Найменш толерантними до атмосферних коливань були пацієнти з патологією вестибулярного апарату: у $45,0 \pm 7,8\%$ зазначалося погіршення самопочуття при зміні погоди і $35,0 \pm 7,5\%$ погано переносили холод, спеку і духоту; $38,10 \pm 7,43\%$ хворих реагували на зміну погоди і стільки ж болісно переносили холод, спеку і духоту в групі з психогенним запамороченням; серед хворих з краниовертебральною патологією дані порушення виявлялися в $33,3 \pm 8,5\%$ і $40,0 \pm 8,8\%$ випадків відповідно і у пацієнтів з цереброваскулярною патологією погана переносимість атмосферних впливів спостерігалася у $38,3 \pm 7,0\%$ і $34,0 \pm 6,8\%$. Показники високої поширеності метеочутливості обстежених хворих свідчать про зниження резервних можливостей адаптації ВНС, що узгоджується з класичним уявленням, яке розцінює метеопатію як частковий вияв порушення адаптації, що відбиває функціонування неспецифічних інтеграційних систем мозку [4].

Вивчення функціонування серцево-судинної системи дозволило виявити високу поширеність лабільності артеріального тиску і лабільності серцевого ритму у всіх обстежених хворих. Найбільш часто ці порушення спостерігалися в групі з психогенним запа-

мороченням – $33,3 \pm 7,2$ % і $28,6 \pm 6,9$ % відповідно; дещо рідше у пацієнтів з цереброваскулярною патологією – $31,9 \pm 6,7$ % і $25,5 \pm 6,3$ %; у хворих з краніовертебральною патологією – в $23,3 \pm 7,6$ % і $26,7 \pm 8,0$ % випадків і $15,0 \pm 5,5$ % і $25,0 \pm 6,7$ % порушень серцево-судинної діяльності зазначалося в групі з патологією вестибулярного апарату. Виявлені симптоми визначають стан центральної гемодинаміки, порушення якої сприяє посиленню вегетативної дисрегуляції і, в кінцевому підсумку, свідчить про зниження централізації управління серцевим ритмом і судинним тонусом [4].

Особливу значущість представляють виявлені у обстежених хворих симптоми порушення мозкового кровообігу в рамках вегетативної дисфункції, які проявляються гіпервентіляційним синдромом, вегето-судинними кризами, схильністю до непритомності. Найчастіше гіпервентіляційний синдром з порушенням глибини і частоти дихання, почуттям «браку» повітря спостерігався у хворих 2-ї групи $36,7 \pm 8,7$ % випадків; в 3-й групі $32,5 \pm 7,3$ % пацієнтів виявляли ці симптоми; в 4-й групі – $28,6 \pm 6,9$ % і в 1-й – $23,4 \pm 6,1$ %. Наявність вегето-судинних кризів і схильність до непритомності було виявлено і переважало у хворих 3-ї групи – $27,5 \pm 6,9$ % випадків; у 2-й групі відзначалося у $23,3 \pm 7,6$ % пацієнтів, в 1-й – у $14,9 \pm 5,1$ % хворих. У 4-й групі було найменше ($7,1 \pm 3,8$ %) кількість таких пацієнтів. Виявлені ознаки порушення мозкового кровообігу у обстежених хворих можливо трактувати як прояви розладів церебрального гомеостазу; останнє, в свою чергу, є одним з факторів патогенезу надсегментарних вегетативних порушень і порушень правильного функціонування неспецифічних систем мозку.

Порушення функціонування шлунково-кишкового тракту у обстежених хворих відзначалися дещо рідше: в 3-й групі – у $20,0 \pm 6,2$ %, у 2-й і 1-й групах в $13,3 \pm 6,1$ % і в $12,7 \pm 4,7$ % випадків відповідно і у поодиноких хворих 4-ї групи – $9,5 \pm 4,4$ %.

Аналіз психоемоційних порушень у обстежених хворих свідчив про велику поширеність афективних розладів і їх різноманітності як всередині груп, так і в міжгрупових порівняннях. Підвищена тривожність відзначалася майже у половини пацієнтів 1-ї, 3-ї і 4-ї груп з переважанням у хворих з психогенним запамороченням – $45,2 \pm 7,61$ %, з патологією вестибулярного апарату – $45,0 \pm 7,8$ % і при цереброваскулярній патології – $44,7 \pm 7,2$ % випадків. Дещо менше таких хворих зазначалося при краніовертебральній патології і судинних аномаліях шийного відділу – $33,3 \pm 8,5$ %.

Симптом дратівливості дублював тенденцію поширеності підвищеної тривожності і максимальні його прояви відзначалися у хворих 4-ї групи – $40,5 \pm 7,5$ % випадків; $26,7 \pm 8,0$ % – у 2-й і $23,4 \pm 6,0$ % в 1-й групах. У пацієнтів 3-ї групи дратівливість була виявлена в $15,0 \pm 5,5$ % випадків.

Симптом гнівливості був виявлений у $17,0 \pm 5,4$ % хворих з цереброваскулярною патологією, у $16,7 \pm 6,7$ % з краніовертебральною патологією і судинними аномаліями шийного відділу, в $11,9 \pm 4,9$ % випадків при психогенному запамороченні і в $7,5 \pm 4,0$ % – в групі з патологією вестибулярного апарату.

Емоційна нестриманість була виявлена у поодиноких хворих в кожній групі, однак превалювала в групі з психогенним запамороченням – $7,1 \pm 3,8$ % випадків, в $6,7 \pm 4,4$ % випадків у 2-й і в $5,0 \pm 3,3$ % – в 3-й групі; $2,1 \pm 1,8$ % хворих відзначалося в 1-й групі.

Почуття неспокою найбільшою мірою – $23,8 \pm 6,5$ % проявляли пацієнти 4-ї групи; в трьох інших групах даний симптом мав низьку поширеність: $7,5 \pm 4,0$ % – в 3-й, $6,7 \pm 4,4$ % – у 2-й і $4,3 \pm 2,7$ % – в 1-й групі. Почуття страху спостерігалося у $30,0 \pm 8,3$ % хворих з краніовертебральною патологією і судинними аномаліями шийного відділу і $2,1 \pm 1,8$ % випадків при цереброваскулярній патології. З патологією вестибулярного апарату і психогенним запамороченням пацієнтів, що переживають страх не спостерігалося.

Симптом зміни настрою був виявлений у $17,5 \pm 5,9$ % хворих 3-ї групи, поодинокі хворі відзначалися в 1-й і 2-й групах – $4,3 \pm 2,7$ % і $3,3 \pm 3,1$ % випадків відповідно; в 4-й групі таких хворих не було.

Астенія відзначалася у $12,5 \pm 5,1$ % пацієнтів 3-ї групи, в невеликій кількості серед хворих 2-ї і 4-ї груп – $6,7 \pm 4,4$ % і $4,7 \pm 3,1$ % випадків відповідно і не виявлялася в 1-й групі.

Характеризуючи симптом підвищеної нервово-м'язової збудливості (симптом Хвостека, схильність до м'язових спазмів (карпопедальні судоми: «зведення» пальців кистей, стоп, рука «акушера», нога «балерини», «крампії») слід зазначити, що проявлялася, в основному, схильністю до м'язових спазмів у досить великої кількості хворих у всіх групах: $23,4 \pm 6,1$ % – в 1-й, стільки ж хворих $23,3 \pm 7,6$ % – у 2-й, $35,0 \pm 7,5$ % – в 3-й і $33,3 \pm 7,2$ % – в 4-й групах.

Виявлені у обстежених хворих і описані симптоми емоційних порушень, являють собою психовегетативний синдром, який є клінічним проявом органічної церебральної недостатності. Ступінь психовегетативних розладів відображає рівень порушення адаптивної функції, що забезпечується, в основному, лімбіко-ретикулярним комплексом. Крім того, існує певний зв'язок психовегетативних розладів з характером «мозкового гомеостазу», що визначається фізіологічними взаємовідносинами активуючих стовбурових ретикулярних систем з синхронізуючими системами стовбура мозку. Відомий постулат, що всі надсегментарні порушення є психовегетативними, дозволяє розглядати виявлені у обстежених хворих вегетативні розлади в структурі порушення інтеграційних механізмів мозку.

7. Висновки

1. В процесі дослідження виявлено взаємозв'язок запаморочення з центральними механізмами вегетативної регуляції, які слід розглядати як складові реабілітаційного потенціалу, що визначає об'єктивну можливість превентивних заходів. Останнє сприяє активізації саногенетичних реакцій і подолання виниклих в організмі порушень.

2. Виявлені закономірності можуть бути підставою для використання інтеграційного підходу у

відборі реабілітаційних втручань при запамороченні у хворих з неврологічною патологією.

Література

- Günther, A. Heart rate variability – a potential early marker of sub-acute post-stroke infections [Text] / A. Günther, I. Salzmann, S. Nowack, M. Schwab, R. Surber, H. Hoyer et. al. // Acta Neurologica Scandinavica. – 2011. – Vol. 126, Issue 3. – P. 189–196. doi: 10.1111/j.1600-0404.2011.01626.x
- Lager, K. E. Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke [Text] / K. E. Lager, A. K. Mistri, K. Khunti, V. J. Haunton, A. K. Sett, A. D. Wilson // Cochrane Database Syst. Rev. – 2014. – Vol. 2. doi: 10.1002/14651858.cd009103.pub2
- Благовещенская, Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы [Текст] / Н. С. Благовещенская. – М.: Медицина, 1990. – 432 с.
- Vegetative disorders: клиника, диагностика, лечение [Текст] / под ред. А. М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 752 с.
- Парфенов, В. А. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки [Текст] / В. А. Парфенов, М. В. Замерград, О. А. Мельников. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 192 с.
- Von Brevern, M. Acute vertigo due to hemispheric stroke [Text] / M. Von Brevern, S. Süßmilch, D. Zeise // Journal of the Neurological Sciences. – 2014. – Vol. 339, Issue 1-2. – P. 153–156. doi: 10.1016/j.jns.2014.02.005
- Park, K. Isolated rotational vertigo due to internal capsular infarction [Text] / K. M. Park, K. J. Shin, S. Y. Ha, J. Park, S. E. Kim // Journal of Neuro-Ophthalmology. – 2014. – Vol. 34, Issue 1. – P. 61–63. doi: 10.1097/wno.0000000000000088
- De Sarro, G. Vertigo/dizziness as a Drugs adverse reaction [Text] / G. De Sarro, C. Mazzitello, L. Mumoli, C. Palleria, R. Aiello, M. Altomonte et. al. // Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics. – 2013. – Vol. 4, Issue 5. – P. 104. doi: 10.4103/0976-500x.120969
- Алексеева, Н. С. Ишемические кохлеовестибулярные синдромы [Текст] / Н. С. Алексеева // Лечащий Врач. – 2009. – № 7. – С. 36–45.
- Яворская, В. А. Клинические и патоморфологические сопоставления разных подтипов ишемического инсульта [Текст] / В. А. Яворская, В. В. Хвисюк, О. Б. Бондарь и др. // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, Вип. 3. – С. 53–57.
- Kornilova, L. N. Computerized method of objectification of dizziness and vertigo and differential diagnostic of vestibulopathies [Text] / L. N. Kornilova, G. A. Ekimovskiy, E. V. Habarova, D. O. Glukhikh, I. A. Naumov, V. N. Sagalovitch et. al. // Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S. S. Korsakova. – 2015. – Vol. 115, Issue 3. – P. 54. doi: 10.17116/jnevro20151153154-60
- Косивцова, О. В. Головокружение в неврологической практике (общие вопросы диагностики и лечения) [Текст] / О. В. Косивцова, М. В. Замерград // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 1. – С. 48–52.

13. Морозова, О. Г. Алгоритм диагностики и лечения головокружения [Текст] / О. Г. Морозова // Здоров'я України XXI сторіччя. – 2007. – № 23. – С. 49–52.

14. Vegetative disorders: клиника, диагностика, лечение [Текст] / ред. В. Л. Голубев. – Москва, 2010. – 637 с.

References

- Günther, A., Salzmann, I., Nowack, S., Schwab, M., Surber, R., Hoyer, H. et. al. (2011). Heart rate variability – a potential early marker of sub-acute post-stroke infections. Acta Neurologica Scandinavica, 126 (3), 189–196. doi: 10.1111/j.1600-0404.2011.01626.x
- Lager, K. E., Mistri, A. K., Khunti, K., Haunton, V. J., Sett, A. K., Wilson, A. D. (2014). Interventions for improving modifiable risk factor control in the secondary prevention of stroke. Cochrane Database Syst. Rev., 2. doi: 10.1002/14651858.cd009103.pub2
- Blagoveshenskaya, N. S. (1990). Othoneurological symptoms and syndromes. Moscow: Medicine, 432.
- Vein, A. M. (Ed.) (2000). Vegetative disorders: symptoms, diagnostics, treatment. Moscow: Medical information agency, 752.
- Parfyonov, V. A., Zamergrad, M. V., Melnikov, O. A. (2011). Vertigo: diagnostics and treatment, common diagnostic mistakes. Moscow: Medical information agency, 192.
- Von Brevern, M., Süßmilch, S., Zeise, D. (2014). Acute vertigo due to hemispheric stroke. Journal of the Neurological Sciences, 339 (1-2), 153–156. doi: 10.1016/j.jns.2014.02.005
- Park, K. M., Shin, K. J., Ha, S. Y., Park, J., Kim, S. E. (2014). Isolated Rotational Vertigo Due to Internal Capsular Infarction. Journal of Neuro-Ophthalmology, 34 (1), 61–63. doi: 10.1097/wno.0000000000000088
- De Sarro, G., Mazzitello, C., Mumoli, L., Palleria, C., Aiello, R., Altomonte, M. et. al. (2013). Vertigo/dizziness as a Drugs' adverse reaction. Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics, 4 (5), 104. doi: 10.4103/0976-500x.120969
- Alekseeva, N. S. (2009). Ischemic cochleovestibular syndromes. Cure doctor, 7, 36–45.
- Yavorskaya, V. A., Hvisuk, V. V., Bondar, O. B. et. al. (2015). Clinical and pathomorphological matching of different types of the ischemic stroke. Ukrainian bulletin of the psychoneurology, 23 (3), 53–57.
- Kornilova, L. N., Ekimovskiy, G. A., Habarova, E. V., Glukhikh, D. O., Naumov, I. A., Sagalovitch, V. N. et. al. (2015). Computerized method of objectification of dizziness and vertigo and differential diagnostic of vestibulopathies. Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii Im. S. S. Korsakova, 115 (3), 54. doi: 10.17116/jnevro20151153154-60
- Kosyvcova, O. V., Zamergrad, M. V. (2012). Vertigo in the neurological practice (common questions of the diagnostics and treatment). Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics, 1, 48–52.
- Morozova, O. G. (2007). Algorithm of the diagnostics and treatment in vertigo. Health of the Ukraine 21 century, 23, 49–52.
- Golubev, V. L. (Ed.) (2010). Vegetative disorders: symptoms, diagnostics, treatment. Moscow, 637.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Дубенко О. Е.
Дата надходження рукопису 13.09.2016*

Федорченко Світлана Валеріївна, аспірант, кафедра невропатології та нейрохірургії, Харківська медична академія післядипломної освіти, вул. Амосова, 58, м. Харків, Україна, 61176