

вності), швидка втомлюваність, загальна слабкість, біль у лівій руці, шиї та спині в грудному відділі зліва, що посилюється після тривалої гри на валторні.

Захворів у 1987 р. після черепно-мозкової травми (ЧМТ), коли з'явилась легка слабкість у ногах, періодичне запаморочення, легко виражене заїкання, дратівливість. Встановлено діагноз: «залишкові явища ЧМТ із церебростенічним і міастенічним посттравматичними синдромами. Вегетосудинна дистонія за гіпотонічним типом». У 1999 р. хворого почало турбувати серцебиття, у зв'язку з чим пройшов обстеження, було встановлено діагноз поширеного остеохондрозу хребта з гіпермобільністю грудного відділу хребта. Стан почав поступово погіршуватись з 2006–2015 рр., коли хворий працював у театрі в оркестрі. Проходив періодично лікування з діагнозом «дисциркуляторна енцефалопатія, залишкові явища після ЧМТ, лікворо-гіпертензивний, цефалгічний, цереброастенічний синдроми, заїкання». Отримував лікування (мідокалм, адаптол, еглоніл, аплікатор Ляпко, масаж хребта, кавінтон, L-лізин), але суттєвого покращення не відчував.

При об'єктивному дослідженні: загальний стан задовільний, свідомість ясна, астеничної тілобудови, акцентований на відчуттях, емоційно й вегетативно лабільний, логоневроз. Обличчя симетричне, конвергенція ослаблена, акомодация збережена, наявний оральний автоматизм. Сухожилкові й періостальні рефлекси симетричні, жваві. При напруженні верхніх кінцівок виникає спазм м'язів рота та плечей, тремор долонь. Стійкий у позі Ромберга, координаторні проби виконує не чітко. Довгі м'язи спини напружені, наявна болісність при пальпації паравертебральних точок зліва в грудному й поперековому відділах хребта. Шкіра та видимі слизові чисті, рожеві. Периферичні лімфовузли не збільшені. Дихання вільне, везикулярне. Серцеві тони ритмічні, звучні, пульс 82 уд/хв, АТ 130/80 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Фізіологічні відправлення не порушені.

Попередній діагноз: міопатія неуточненого генезу, есенціальний тремор губ, рук, виражений логоневроз, писчий спазм.

Проведено інструментальне обстеження.

МРТ голови: даних за вогнищеve й об'ємне ураження не виявлено.

ЕЕГ: легкі дифузні двобічні зміни без локального акценту. Даних за епілептиформну активність на момент обстеження не виявлено.

УЗД лівого ліктьового суглоба: м'якотканинної патології не виявлено.

РЕГ: помірно підвищений тонуc артерій середнього й малого калібру.

КТ: остеохондроз попереково-крижового відділу хребта, медіанна протрузія міжхребцевого диску L4-L5, медіанний пролапс L5-S1 із компресією корінців спинного мозку. Мінімальні ознаки остеохондрозу й спондилоартрозу грудного відділу хребта.

УЗД щитовидної залози: гіперплазія ЩЗ.

ЕхоКГ: недостатність мітрального клапана легкого ступеня.

На основі скарг хворого, анамнезу хвороби, об'єктивного обстеження та додаткових методів обстеження встановлено діагноз: «виражений логоневроз, виражений есенціальний тремор верхніх кінцівок, писчий спазм. Міастенічний виражений астеноневротичний синдром. Посттравматична енцефалопатія внаслідок ЧМТ (1987 р.). Розповсюджений остеохондроз хребта, рецидивуючий тип перебігу. Спондилоскогенний стеноз хребтового каналу».

Внаслідок проведеної експертизи умов праці — робота в умовах несприятливого фактора (напруження м'язів губ), стаж роботи в даних умовах 22 роки — було встановлено діагноз «дисоціативний моторний розлад (координаторний невроз м'язів губ)».

Висновки. Загальні ознаки, притаманні дисоціативним і конверсійним розладам, полягають у частковій або повній втраті хворими нормальної інтеграції між пам'яттю на минуле, усвідомленням своєї ідентичності та безпосередніх відчуттів, а також втраті контролю рухів тіла. При дисоціативних розладах цей свідомий і елективний контроль може бути порушеним до такої міри, що їх клінічні прояви можуть змінюватися від доби до доби і навіть від години до години. Ступінь втрати функції, що знаходиться під свідомим контролем, як правило, важко оцінити. Дисоціативні (конверсійні) розлади є психогенними за походженням. Вони досить тісно пов'язані за часом свого виникнення з психотравмуючими подіями і можуть зникати після виривання або пом'якшення психотравмуючих обставин. Тому сімейному лікарю слід пам'ятати про такі клінічні ознаки після ЧМТ, які не піддаються лікуванню препаратами для лікування енцефалопатії, міастенічного й посттравматичного синдрому, вегетосудинної дистонії, остеохондрозу хребта.

Зміни магнітної сприйнятливості підкіркових структур головного мозку при розвитку когнітивних порушень у хворих на гіпертензивну та атеросклеротичну енцефалопатію

Петренко М.С.¹, Грабовецький С.А.², Свиридова Н.К.¹, Свистун В.Ю.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Актуальність. Сьогодні патогенез когнітивних порушень у хворих на гіпертензивну та атеросклеротичну енцефалопатію розглядається з позицій його гетерогенності. Велика увага приділяється впливу серцево-судинної патології на морфометричні показники мозку й клініко-неврологічний перебіг хронічних порушень мозкового кровообігу. Доведено, що

у вітчизняних і закордонних літературних джерелах недостатньо даних щодо стратегії не тільки діагностики, а й медикаментозної терапії когнітивних порушень для досягнення довгострокової прихильності лікування факторів ризику та судинної коморбідності з урахуванням профілактики розвитку деменції. Клінічно важливим є дослідження зниження у когнітивній сфері внаслідок судинного ураження підкіркових структур — підкіркове легке судинне когнітивне зниження (плСКЗ, subcortical vascular mild cognitive impairment). Пошук потенційних біомаркерів для ранньої діагностики плСКЗ є важливим науковим завданням, оскільки це дасть змогу виявляти захворювання на ранніх стадіях, а корекція факторів ризику та відповідна медикаментозна терапія можуть запобігти переходу плСКЗ у судинну деменцію.

Мета дослідження: виявлення змін магнітної сприйнятливості підкіркових структур головного мозку при розвитку когнітивних порушень у хворих на гіпертензивну та атеросклеротичну енцефалопатію.

Матеріали та методи. Для дослідження було відібрано 20 хворих, які увійшли до основної групи, з діагнозом гіпертензивної та атеросклеротичної енцефалопатії, що перебували на лікуванні у відділенні нейросудинної патології клінічної лікарні «Феофанія» Державного управління справами. До групи контролю було відібрано 20 пацієнтів, результати нейропсихічних тестувань у яких були в межах норми. Статистично групи за віком, статтю та рівнем освіти не відрізнялись. Усім хворим проводились загальноклінічне, неврологічне, нейропсихологічне обстеження (когнітивний статус був оцінений за Короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) та Монреальською шкалою оцінки когнітивних функцій (MoCA)). За допомогою МРТ (MR томограф Siemens 1.5Тл MAGNETOM Espree) оцінювали зв'язок між рівнем гіпоінтенсивності підкіркових структур (лушпини, бліді кулі та головки хвостатого ядра), що вдосконалює пошук специфічних біомаркерів для ранньої діагностики когнітивних порушень судинного генезу. Сканування проводилось паралельно до передньозадньої комісуральної лінії з використанням тривимірної очищеної градієнт-ехо-последовності високого розширення з такими параметрами: TR/TE, 49/40; товщина зрізу — 2 мм; поле зору 20,1 × 23,0 см. За допомогою програми SPIN (MRI Institute for Biomedical Research, Detroit, Michigan) проводився вибір ділянки інтересу (ДІ) та оцінка рівня інтенсивності вибраних структур білатерально: лушпини (putamen, PU), бліді кулі (globus pallidus, GP), головки хвостатого ядра (Caput nucleus caudatus, CNC). Статистичне опрацювання даних проводили за допомогою пакета прикладних програм Statistica 7.0 (StatSoft, Inc., США). Робота виконана згідно з основними планами науково-дослідних робіт кафедри неврології й рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика на тему: «Профілактика, діагностика, комплексне лікування та реабілітація захворювань нервової системи

з використанням рефлексотерапії» з 2011–2017 рр. (номер держреєстрації 0111U002808).

Результати та обговорення. У результаті проведеного дослідження між обстеженими основної та контрольної групи не було вірогідно виявлено ($p > 0,05$) значимих відмінностей за віком, статтю та рівнем освіти. Оцінка когнітивних порушень за шкалами MMSE та MoCA була вірогідно вищою у хворих основної групи порівняно з контрольною групою. За допомогою МРТ при проведенні оцінки зв'язку між рівнем гіпоінтенсивності підкіркових структур та пошуку специфічних біомаркерів ранньої діагностики когнітивних порушень судинного генезу виявлено, що значення інтенсивності досліджуваних підкіркових структур загалом були нижчими у хворих основної групи. Статистично вірогідне зниження інтенсивності було виявлено в правій лушпині ($187,8 \pm 14,1$; $229,5 \pm 17,2$; $p < 0,05$), лівій блідій кулі ($165,7 \pm 30,1$; $242,7 \pm 20,7$; $p < 0,05$), правій блідій кулі ($123,7 \pm 20,4$; $211,2 \pm 15,8$; $p < 0,05$). Накопичення заліза в базальних гангліях вище у хворих основної групи з плСКЗ порівняно з групою контролю, його концентрація вірогідно ($p < 0,05$) зростає білатерально в блідій кулі та правій лушпині.

Висновки. Виявлені зміни магнітної сприйнятливості підкіркових структур головного мозку при розвитку когнітивних порушень у хворих на гіпертензивну та атеросклеротичну енцефалопатію, що включають накопичення заліза, надають нові можливості виявлення нових патернів розвитку когнітивних порушень з урахуванням вивчення патофізіологічних механізмів гіпертензивної та атеросклеротичної енцефалопатії. Протеїн-асоційоване залізо бере участь у багатьох важливих біологічних процесах, таких як окисне фосфорилування, транспорт кисню, синтез та метаболізм нейротрансмітерів, а надлишок заліза може стати причиною оксидативного стресу та нейродегенерації. Враховуючи, що легке судинне когнітивне зниження є продромальною стадією деменції, отримані дані можуть бути враховані при виборі тактики лікування гіпертензивної та атеросклеротичної енцефалопатії для запобігання розвитку деменції в таких хворих.

Многочасовой или суточный мониторинг неинвазивных показателей сердечно-сосудистой системы у здоровых и больных людей в практике семейных врачей

Решетилов Ю.И., Дмитриева С.Н., Васильченко Е.Ю., Проценко Н.Н.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье, Украина

Цель исследования: усовершенствовать мониторинг неинвазивных показателей сердечно-сосудистой системы у здоровых и больных людей в практике семейных врачей.