

функціональний стан хворих був оцінений за шкалою Бартел. Стан хворих порівнювали залежно від латералізації та статі. Пацієнти були розподілені на 2 групи, по 30 чоловік у кожній. У першій групі проводились активні реабілітаційні заходи, у тому числі черезшкірна електронейростимуляція (ЧЕНС), лікувальна фізкультура (ЛФК), масаж, застосовували елементи психотерапії. У другій групі проводилась ЛФК, масаж; хворі мали протипоказання або не бажали проводити ЧЕНС та спілкуватись з психотерапевтом з інших причин.

Результати та їх обговорення. На момент виписки з су-динного відділення в першій групі середній бал за шкалою Бартел становив $87,0 \pm 4,3$, у другій — $75,0 \pm 5,6$ бала. У групі хворих із правопівкульним П оцінка становила $75,0 \pm 5,6$, а з лівопівкульним — $86,0 \pm 4,4$. Стать не була визначальним фактором відновлення функцій і суттєво не впливала на прогноз реабілітації.

Висновки. Отже, найбільш ефективними факторами відновлення є ранній початок, латералізація ураження та максимальне залучення всіх доступних засобів реабілітації рухових функцій із залученням суміжних фахівців.

УДК 616.831-005.1:616.857-07

ЛАПШИНА Л.А., ЛАПШИНА І.О.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків, Україна

Адреса для листування з авторами:
E-mail: laphina@mail.ru

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

Актуальність. Досить частий наслідок мозкових інсультів (МІ) — це постінсультний біль (ПІБ), який відзначають, за даними літератури, від 11 до 53 % пацієнтів. Успішність реабілітаційних заходів у хворих із різними типами ПІБ є одним з актуальних завдань сучасної неврології.

Мета: вивчити клінічні особливості больових синдромів у хворих, які перенесли МІ.

Методи дослідження. Клініко-неврологічні обстеження хворих з використанням неврологічних шкал: Лідська шкала (LANSS); візуально-аналогова шкала болю.

Результати та їх обговорення. Нами було обстежено 54 хворих, які перенесли МІ та мали ПІБ. Центральний постінсультний біль (ЦПІБ) був у 7 (12,9 %) пацієнтів. Це були хворі з інфарктом таламусу та латеральним інфарктом довгастого мозку. Біль локалізувався в правій або лівій половині тіла, в 1 (1,9 %) хворого він був локальним у ділянці обличчя. Біль мав виражений, стійкий характер, виникав спонтанно або був обумовлений дією подразника. Він виникав відразу після інсульту або через місяць після нього. Постінсультні артропатії

турбували 39 хворих (72,2 %) із постінсультними геміпарезами. Це були ураження плечового суглоба (76,9 % хворих) у поєднанні (43,5 %) з ураженням ліктьового. У 79,4 % хворих було ураження колінного та тазостегнового суглобів. Больова спастичність у паретичних кінцівках була у 27 хворих (50,0 %). Болючі м'язові спазми турбували хворих у перші місяці після МІ і були пов'язані з прогресуючим наростанням м'язової спастичності. Постінсультний головний біль (ГБ) турбував 6 хворих (11,1 %). У більшій кількості хворих це був ГБ напруження.

Висновки. Нами виділені наступні типи хронічного ПІБ: ЦПІБ, больовий синдром, пов'язаний з ураженням суглобів та кістково-м'язового апарату, ГБ та больова спастичність. У одного хворого може бути кілька видів ПІБ, найчастіше це поєднання артралгій з больовою спастичністю та ГБ. Наявність різних больових синдромів підвищує тяжкість неврологічного дефіциту та ускладнює проведення лікувально-реабілітаційних заходів.

УДК 616.853-009.24-053.8-037

МАР'ЄНКО Л.Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Адреса для листування з автором:
E-mail: lepilep@i.ua

МОЖЛИВОСТІ ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ЕПІЛЕПСІЇ У ДОРΟΣЛИХ ПІСЛЯ ПЕРШОГО НЕСПРОВОКОВАНОГО НАПАДУ

Актуальність. Навіть єдиний епілептичний напад (ЕН) є травматизуючою фізичною і психологічною подією, що стає складною діагностичною і лікувальною проблемою та має серйозні соціальні наслідки. Тому продовжуються пошуки предикторів адекватної відповіді пацієнтів на лікування після першого нападу, заснованих на доказовій базі, що дозволять з високим рівнем імовірності прогнозувати перебіг хвороби і попереджувати її рецидиви.

Мета: вивчення частоти та причин рецидивів ЕН після першого неспровокованого ЕН на фоні лікування.

Матеріал та методи дослідження. Протягом 2010–2015 рр. було обстежено 84 пацієнти віком від 17 до 68 років (середній вік $30,5 \pm 15,1$ року) з тривалістю спостереження $3,21 \pm 1,05$ року, які були скеровані у Львівський обласний протиепілептичний центр після виникнення перших неспровокованих ЕН і яким ще не призначались протиепілептичні препарати (ПЕП). Особи, у яких напад визначався як гострий симптоматичний ЕН, в дослідження не включались. У найкоротші терміни пацієнти були обстежені з використанням обов'язкових методів — електроенцефалографії (ЕЕГ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ).

Результати та їх обговорення. Ідіопатичну епілепсію (ІЕ) було встановлено у 3 пацієнтів (3,6 %), криптогенну (КЕ) — у 37 (44,0 %), симптоматичну (СЕ) — у 44 (52,4 %). Лікування було призначене відразу всім особам із ІЕ та СЕ, тобто у випадках, коли були незаперечні клінічні та ЕЕГ (а при СЕ і структурні) ознаки епілепсії. Через неоднозначність клінічної ситуації лікування було відтерміноване (в середньому на $4,0 \pm 2,6$ місяця) для 11 осіб із КЕ до появи повторних пароксизмів. На час остаточної оцінки стану пацієнтів у 18 з них (21,4 %) зазначено ремісію понад 3 роки, у 28 (33,3 %) — понад 2 і у 17 осіб (20,2 %) — близько 1 року після призначення ПЕП. У 21 (25,0 %) пацієнта напади відновились в різні терміни, незважаючи на призначення адекватних доз ліків відповідно до типів ЕН та форми епілепсії. Вважається, що негайне призначення ПЕП після першого ЕН не покращує довготривалого прогнозу ремісії приступів, але знижує їх ризик у найближчі 2 роки. Серед 21 пацієнта із відновленням нападів у перші 2 роки лікування у більшості з них (14—66,4 %) були виявлені астенотичні чинники (пов'язані з діями пацієнта), тобто різні варіанти некомплайєнтності (низької прихильності до лікування).

Висновки. Серед факторів ризику зриву ремісії при вперше діагностованій епілепсії будь-якої етіології одним із провідних можна вважати недотримання пацієнтом всіх рекомендацій лікаря, що потрібно брати до уваги при аналізі невдачі лікування і прогнозуванні перебігу епілепсії.

УДК 616.853-07-08:[614.23:362.17]

МАР'ЄНКО К.М.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Адреса для листування з автором:

E-mail: mkatya@ua.fm

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Актуальність. У світі на епілепсію (Е) хворіють близько 70 млн осіб; останніми роками вона вважається найбільш серйозним хронічним неврологічним захворюванням, а за поширеністю є порівнянною із цукровим діабетом. Тому сімейному лікарю вкрай необхідні ґрунтовні знання щодо алгоритму діагностики та ведення пацієнтів з епілепсією на рівні первинної ланки надання медичної допомоги населенню.

Мета: вивчення обізнаності лікарів сімейної медицини з проблем діагностики та лікування Е згідно з протоколом.

Матеріал та методи дослідження. Було проведено анонімне анкетування 44 сімейних лікарів (СЛ) у різних медичних установах м. Львова — поліклініках та амбулаторіях СЛ — за допомогою прицільно розробленого опитувальника, що ґрунтується на даних

Уніфікованих клінічних протоколів первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Епілепсії у дорослих» та «Епілепсії у дітей», затверджених наказом МОЗ України № 276 від 17.04.2014.

Результати та їх обговорення. Про існування означених протоколів було відомо тільки 27,3 % респондентів. Більшість СЛ (70,4 %) правильно назвали невропатолога (дитячого невролога) як фахівця, до якого повинен бути скерований пацієнт при підозрі на епілепсію; 20,5 % вважають доцільним звернення до психіатра і 9,1 % — до епілептолога, хоча такої окремої спеціальності не існує згідно з наказом МОЗ України № 385 від 28.10.2002. Усі обстеження, необхідні для встановлення діагнозу, на думку 63,6 % СЛ, повинен призначати власне вузький спеціаліст. Однак у протоколах зазначено, що до обов'язку СЛ належить первинне обстеження пацієнта для виключення актуальної соматичної патології, метаболічних порушень (анамнез, фізикальне обстеження, ЕКГ, лабораторні аналізи). Визнали свої знання з проблеми епілепсії недостатніми 61,4 % лікарів, що підтверджується і тим фактом, що тільки 40,9 % респондентів змогли правильно назвати етіологічні форми епілепсії, а 65,9 % опитаних змогли вказати основні типи епілептичних нападів. Були готові призначати лікування до проведення консультації спеціаліста 9,1 % лікарів, хоча це не є прерогативою СЛ.

Висновки. Інформаційна підтримка імплементації означених протоколів у практику лікарів сімейної медицини залишається недостатньою, що необхідно враховувати при проведенні курсів підвищення кваліфікації, та обумовлює необхідність організації додаткових тренінгових семінарів для лікарів загальної практики.

УДК 616.832-004.2-036:616.153.1:577.152.2

МАРКОВСКАЯ Е.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Адрес для переписки с автором:

E-mail: markovskayamail@mail.ru

СОДЕРЖАНИЕ АСПАРТАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ И АЛАНИНАМИНОТРАНСФЕРАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Рассеянный склероз (РС) — хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), имеющее в большинстве случаев волнообразное течение с чередованием обострений и ремиссий на ранних стадиях заболевания, реже — изначально неуклонно прогрессирующее течение.