

мували неопіодний анальгетик центральної дії — флупіртину малеат ретард у дозі 400 мг 1 раз на добу.

Результати. У 91,35 % пацієнтів при огляді нахил вперед і в бік ураження був різко обмежений з вираженим напруженням паравертебральних м'язів. При килах диска LIV—LV спостерігали гіпестезію вздовж зовнішньої поверхні гомілки та внутрішньої поверхні стопи, парез м'язів-розгиначів великого пальця і стопи, колінний та ахіловий рефлекс зберігалися. При грижах диска LV—SI гіпестезія мала місце на зовнішній

поверхні стопи і підшви, випадав ахіловий рефлекс з парезом м'язів-згиначів великого пальця. Після 2-тижневого лікування відзначено поліпшення стану пацієнтів обох груп. Вираженіший ефект отримано в 2-й групі пацієнтів. Установлено відсутність залежності та звикання до препарату, нормалізацію м'язового тону.

Висновки. Застосування флупіртину малеату в комплексному лікуванні хворих з ішіалгіями, спричиненими дегенеративно-дистрофічними змінами хребта, дає змогу поліпшити якість життя пацієнтів.

О. М. ПІТИК

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Значення оцінки якості життя і стану психічного здоров'я хворих на гіпертиреоз для планування якісної медичної допомоги

Найвищий рівень організації функцій має система психічної адаптації, яка складається з двох підсистем — психологічної адаптації (копінг-механізми) та психологічного захисту. З огляду на це, одним із валідних інтегральних показників оцінки стану психічного здоров'я та ефективності лікування слід вважати якість життя, яка визначається ВОЗ як «сприйняття індивідами їх становища в житті, зокрема фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, якості середовища в контексті культури та системи цінностей, серед яких вони живуть, і відповідно з їх цілями, очікуваннями, стандартами і турботами».

Мета роботи — дослідити стан психічного здоров'я, основні психопатологічні синдроми неспсихотичного рівня (оскільки синдромологічний підхід є найефективнішим для діагностики та лікування пацієнтів із неспсихотичними психічними розладами в загальномедичній практиці) та якість життя хворих на гіпертиреоз.

Матеріали і методи. Обстежено 125 хворих на гіпертиреоз. Вік пацієнтів — від 25 до 55 років. Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника, розробленого Mezzich та співавт. (1999), який містить три основні компоненти якості життя: суб'єктивне благополуччя/задоволеність (шкали «фізичне благополуччя», «психологічне благополуччя», «загальне сприйня-

ття життя»), виконання соціальних ролей (шкали «самообслуговування і незалежності дій», «міжособистісна взаємодія», «особистісна реалізація», «працевдатність»), зовнішні життєві умови (шкали «соціоемоційна підтримка», «цивільна і службова підтримка», «духовна реалізація»).

Результати. Неспсихотичні психічні розлади з різною синдромологічною структурою виявлено у 76 % пацієнтів. До основної групи залучено 95 пацієнтів із неспсихотичними психічними розладами, серед яких переважали астено-тривожні (38,95 %), тривожно-депресивні (23,16 %) та астенічні (21,05 %) розлади; до контрольної — 30 (24 %) хворих на гіпертиреоз без психічних розладів. Установлено значну різницю щодо показників якості життя між хворими на гіпертиреоз основної та контрольної груп. Середній показник загального сприйняття життя (відчуття задоволення і щастя взагалі) в основній групі становив $5,19 \pm 1,31$, у контрольній — $7,50 \pm 1,25$.

Висновки. Психічні розлади при гіпертиреозі потребують подальших поглиблених досліджень з метою розробки адекватної концепції ранньої діагностики неспсихотичних психічних розладів та їх відповідної корекції з урахуванням як біологічних, так і соціально-психологічних чинників розвитку зазначеної патології.

М. І. ПІТИК, І. І. ЛІСКЕВИЧ

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»

Характер і динаміка електронейроміографічних показників системи «лицьовий нерв — мімічні м'язи» під час лікування невротії лицьового нерва у дітей

Проблема оцінки ступеня пошкодження лицьового нерва на ранніх стадіях захворювання залишається актуальною. Насамперед це пов'язано з пошуком достовірних критеріїв для ранньої діагностики ускладнень захворювання на доклінічному етапі та прогно-

зування тривалості періоду відновлення функції системи «лицьовий нерв — мімічні м'язи», оскільки в 10—25 % випадків спостерігається неповне її відновлення, а в 16—32 % — формується постневритична контрактура.

Мета роботи — вивчити електронейроміографічні показники та їх динаміку під час лікування невротатії лицьового нерва у дітей.

Матеріали і методи. Обстежено 122 дітей з гострою невротатією лицьового нерва нетравматичного генезу. Середній вік — $(12,26 \pm 0,29)$ року. Вивчали показники стимуляційної електронейроміографії колових м'язів очей і рота з використанням електронейроміографа MEM-4104K на 5—6-ту та 21-шу добу лікування. Хворих розподілили на 4 групи: 1-ша група ($n = 30$) отримувала стандартне лікування, 2-га ($n = 31$) — стандартну терапію і тіотріазолін, 3-тя ($n = 31$) — стандартну терапію та нуклеоЦМФ форте, 4-та ($n = 30$) — стандартну терапію, тіотріазолін та нуклеоЦМФ форте.

Результати. У більшості (75%) хворих з гострою невротатією лицьового нерва встановлено зниження амплітуди М-відповідей кролових м'язів ока і рота (відповідно $(2,21 \pm 0,07)$ та $(2,13 \pm 0,07)$ мВ, $p < 0,05$) і подовження кінцевої латенції (відповідно $(3,18 \pm 0,07)$

та $(3,53 \pm 0,11)$ мс, $p < 0,05$) порівняно зі здоровим боком ($(2,47 \pm 0,06)$ і $(2,54 \pm 0,06)$ мВ; $(3,15 \pm 0,08)$ та $(3,20 \pm 0,09)$ мс відповідно), що свідчить про аксонально-демієлінізуювальний тип ураження. У 17,2% випадків відзначено аксональний тип пошкодження, при якому довше знижувалася лише амплітуда сумарної М-відповіді. Виражена аксональна дегенерація була домінуючою у хворих із затяжним перебігом захворювання, що свідчить про глибше ураження нейромоторного апарату в цієї категорії хворих і розцінюється як критерій несприятливого перебігу. Порівняльна оцінка динаміки нормалізації кінцевої латенції і зростання амплітуди М-відповідей під час лікування виявила найбільш значущі та достовірні позитивні зміни у 2-й та 4-й групах хворих.

Висновки. Поєднане застосування тіотріазоліну та нуклеоЦМФ форте сприяло вираженішій нормалізації кінцевої латенції та зростанню амплітуди М-відповідей, зниженню частоти розвитку затяжного перебігу захворювання.

М. М. ПРОКОПІВ, О. І. КАЩЕНКО

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Відновлення неврологічних та психічних функцій у хворих з півкульним ішемічним інсультом під впливом комплексної терапії

Мета роботи — вивчити ступінь відновлення неврологічних та психічних функцій у хворих з півкульним ішемічним інсультом під впливом комплексної терапії.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 58 хворих віком 49—78 років. Утворено дві групи, однакові за кількістю пацієнтів, — контрольну і дослідну. Обидві групи хворих були порівнянними за демографічними параметрами і васкулярними чинниками ризику. Діагноз гострого ішемічного інсульту встановлювали за даними неврологічної картини і візуалізації головного мозку. Клінічне обстеження передбачало оцінку суб'єктивних даних хворих, динаміку неврологічного і психічного статусу з використанням індекса Бартел, шкал NIHSS, Ренкіна, Гамільтона, MMSE та самопочуття (психологічний тест). Хворі дослідної групи, починаючи з 10-ї доби лікування, додатково до стандартної терапії отримували цитиколін та γ -аміно- β -фенілмасляної кислоти гідрохлорид.

Результати. У 21 (36,2%) хворого інфарктне вогнище локалізувалося у правій півкулі головного мозку, в решти — в лівій. Частіше виявляли субкортикальну локалізацію вогнищ на тлі дифузних судинних змін. Вихідний неврологічний дефіцит в обох групах відповідав інсульту середньої тяжкості: за шкалою NIHSS — 9—15 балів (у середньому — $(10,8 \pm 3,5)$ бала), за шкалою Ренкіна — 3—5 балів ($(3,8 \pm 0,6)$ бала), індекс Бартел — 30—78 ($57,6 \pm 16,1$). До початку лікування в усіх хворих були діагностовані депресивні порушення (за шкалою депресії Гамільто-

на — у середньому $(18,33 \pm 3,88)$ бала в дослідній та $(18,21 \pm 4,53)$ бала в контрольній групі) з різними виявами як соматичної, так і психічної тривожності. У 82,7% хворих обох груп встановлено когнітивне зниження. Порівняння ефективності лікування хворих виявило, що комплексна терапія була більш ефективною та статистично значущою ($p < 0,05$). Така схема лікування сприяла значному регресу неврологічної симптоматики, вірогідному пришвидшенню відновлення неврологічних функцій, поліпшенню психологічного та когнітивного статусу хворих. На 21-шу добу лікування добрий неврологічний/ функціональний результат (0—2 бали) відзначено у 72,4% хворих, які отримували запропоновану схему лікування, проти 34,5% хворих, котрі приймали стандартну терапію. Ефективність лікування на 90-ту добу становила 75,6 та 51,7% відповідно. У хворих відзначено активацію психоемоційних та мнестичних функцій: на 90-ту добу від початку захворювання у 82,6% хворих поліпшилося загальне самопочуття, у 79,3% — підвищився фон настрою, у 75,6% — активувалася короткочасна пам'ять, у 82,6% — зменшився ступінь вираження депресії. Ступінь вираження невротичних симптомів оцінено як незначний.

Висновки. Застосування комплексної терапії у хворих з півкульним ішемічним інсультом підвищує швидкість відновлення неврологічних та психічних функцій. Схема лікування ішемічного інсульту має включати як стандартну терапію, так і засоби, які підвищують її ефективність та поліпшують якість життя хворих.