

лікування повинно бути спрямоване на підтримання цільового значення церебрального перфузійного тиску (ЦПТ), попередження системної артеріальної гіпотензії, гіпоксії та анемії. Підвищений внутрішньочерепний тиск (ВЧТ) також призводить до падіння ЦПТ і потребує негайної корекції. На МК також впливають такі патологічні процеси: церебральний вазоспазм, місцевий набряк мозку, фізичне стискання судин головного мозку ураженнями з мас-ефектом.

Третина вторинних ішемічних атак після ЧМТ не враховується медичним персоналом при діагностиці їх дискретним методом в порівнянні з комп'ютеризованою системою збору даних.

Мета дослідження — на основі аналізу літературних джерел встановити основні фактори вторинного ішемічного ураження головного мозку у хворих з ЧМТ. Розробити та впровадити в клінічну практику систему реєстрації та аналізу цих параметрів.

У клініці нервових хвороб та нейрохірургії в 2005 році розроблена та в 2006 році впроваджена система мультимодального нейрофізіологічного моніторингу у хворих з тяжкою ЧМТ (3 — 8 балів за ШКГ). Система включає моніторинг таких основних показників діяльності організму пацієнта: динамічна оцінка стану свідомості та неврологічного стану хворого, комп'ютерна томографія головного мозку, моніторинг ВЧТ, ЦПТ, МК методом транскраніальної доплерографії (ТКДГ), моніторинг газів крові.

Моніторинг ВЧТ проводиться на моніторі Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg, Germany). Моніторинг артеріального тиску проводиться дискретно з інтервалом в 3 хвилини осцилометричним методом монітором ЮМ-300 компанії «Ютас» (Україна) Комп'ютер автоматично визначає ЦПТ як різницю середнього артеріального тиску (САТ) та ВЧТ. ТКДГ виконується приладом «Сономед 300П» («СПЕКТРОМЕД», Росія). Проводиться реєстрація середньої лінійної швидкості кровотоку в правій та лівій середній мозковій артерії, внутрішній сонній артерії. Розрізняють такі види порушень МК: гіперперфузія на фоні внутрішньочерепної гіпертензії, гіперперфузія та ангіоспазм.

Метою інтенсивної терапії хворих є досягнення таких кінцевих показників: САТ не менше 90 мм. рт. ст., ЦПТ на рівні 60—70 мм. рт. ст., ВЧТ менше 20 мм. рт. ст., SaO<sub>2</sub> 99—100 %, PO<sub>2</sub> в артеріальній крові на рівні 100—150 мм. рт. ст., PCO<sub>2</sub> в артеріальній крові 36—42 мм. рт. ст. Лікування хворих проводили відповідно до клінічних протоколів надання медичної допомоги при тяжкій ЧМТ (Київ, 2006).

Моніторинг ВЧТ та ЦПТ проведено у 104 хворих з тяжкою ЧМТ, що перебували на лікуванні у відділенні нейрореанімації: в 2006 році у 4 хворих, в 2007 — у 8, в 2008 — у 24, в 2009 — у 68 хворих. Видалення внутрішньочерепних гематом виконано у 94 хворих. Померли 48 з 104 хворих. Загальна летальність склала 46,2 %.

Розроблена система мультимодального нейрофізіологічного моніторингу дозволяє проводити своєчасну діагностику та корекцію факторів вторинного ішемічного ушкодження мозку при тяжкій ЧМТ.

УДК 616.831-005.8-084-08-06:616.12-008.331.1

### ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З АСИМПТОМНИМИ ІНФАРКТАМИ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

О. В. Дмитрієва, І. В. Здесенко

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

*Ключові слова:* асимптомні інфаркти, порушення нервової системи, артеріальна гіпертензія

Асимптомні інфаркти (АІ) складають близько 25 % серед мозкових інсультів (МІ) ішемічного характеру, звичайно залишаються непоміченими, стають причиною порушень неврологічних і когнітивних функцій.

Метою роботи стало вивчення особливостей порушень нервової системи у хворих з АІ на тлі артеріальної гіпертензії для розробки заходів профілактики та лікування.

Методи дослідження: клініко-неврологічні, психодіагностичні, методи нейровізуалізації.

Було проведено скринінгове КТ-, МРТ-обстеження головного мозку 67 хворих з дисциркуляторною енцефалопатією гіпертонічного генезу, у яких не було клінічних ознак перенесеного МІ. Середній вік хворих складав (61,5 ± 13,0) років. У 27 % (18 пацієнтів) були виявлені ознаки перенесеного інфаркту мозку (поодинокі, множинні лакунарні інфаркти мозку).

Аналіз клінічної картини показав, що АІ у хворих з АГ частіше розвиваються при давності захворювання більше п'яти років і при кризовому перебігу АГ. Факторами ризику розвитку АІ є: кризовий перебіг АГ, ФП, сахарний діабет, зміни (стовщення) комплексу інтима-медіа сонних артерій та сполучення цих факторів. Аналіз неврологічної симптоматики у хворих з АІ дозволяє виявити субклінічні прояви неврологічного дефіциту у вигляді пірамідних, вестибулярних, астенічних, психоемоційних та когнітивних порушень.

Запропоновано систему лікувально-профілактичних заходів, спрямовану на запобігання розвитку інфарктів мозку, прогресування судинного процесу.

УДК 616.857-036.22 (477.52)

### РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИГРЕНИ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ УКРАИНЫ

О. Е. Дубенко, Е. Г. Дубенко, Д. Д. Сотников

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковский национальный медицинский университет

*Ключевые слова:* мигрень, распространенность

Данные о распространенности мигрени известны только из зарубежных исследований и варьируют в значительных пределах — от 3 до 30 % в популяции в зависимости от пола. Достоверные данные о распространенности мигрени в Украине отсутствуют, что обусловило цель исследования — изучить распространенность мигрени в организованной популяции населения Сумской области Украины.

Проведено безвыборочное анкетирование 2255 человек (1150 женщин и 1105 мужчин) в возрасте от 16 до 60 лет в организованных группах (учебные заведения и предприятия Сумской области). Скрининг-анкета включала диагностические критерии мигрени, разработанные Международным обществом головной боли (2003), данные о поле, возрасте, обращениях за медицинской помощью.

Результаты исследования показали, что общее количество страдающих мигренью в организованной популяции составило 268 (11,88 %) человек. Распространенность мигрени в зависимости от возраста составила: от 16 до 20 лет — 10,6 %, от 21 до 30 лет — 13,7 %, от 31 до 40 лет — 17,9 %, от 41 до 50 лет — 9,2 %, от 51 до 60 лет — 5,1 %. Женщины преобладали во всех возрастных группах и составили, в среднем, 17,56 %, мужчины — 5,88 %. Преимущественно регистрировалась мигрень без ауры — у 59,0 %, мигрень с аурой — у 16,0 %, возможная мигрень без ауры — у 21,3 %, возможная мигрень с аурой — 3,7 %. У 78,7 % обследуемых, у которых диагностирована мигрень, выявлена отягощенная наследственность по головным болям различного генеза (как правило, по линии матери — 68,9 %). При детальном изучении группы больных мигренью установлено, что у 61,6 % выявлены сопутствующие заболевания, из них у 39,1 % — заболевания желудочно-кишечного тракта (в основном дискинезии желчевыводящих путей и хронические гастриты), у 32,4 % — расстройства сна, 4,8 % — врожденные пороки сердца, у 0,4 % — эпилепсия. Анализ триггерных факторов мигрени показал, что большинство обследуемых указывало на наличие нескольких факторов (75,4 %), среди которых наиболее частыми были перемена погоды (66,4 %), эмоциональный стресс (53,4 %), яркий свет или шум (33,5 %), умственная или физическая нагрузка (32,1 %), недостаток или избыток сна (28,7 %), менструация (25,0 %), голод (5,5 %).

Особенности клинического течения мигрени оценивали по частоте, продолжительности и тяжести приступов. У 42,5 % больных частота атак мигрени в месяц была 4 и более. С учетом применения пациентами abortивных препаратов, продолжительность приступа более 12 часов регистрировалась у 17,1 %. Сильные и очень сильные головные боли испытывали 54,1 %. Характерную латерализацию боли отмечали 55,5 %, у 23,5 % головная боль начиналась с одной стороны с дальнейшим распространением на обе стороны. У 48,8 % больных мигренью цефалгии сопровождалась фото- и/или фонофобией, у 43,7 % — тошнотой и/или рвотой, их сочетание наблюдалось у 7,5 %.

Обращает на себя внимание, что при высокой распространенности мигрени среди населения за медицинской помощью в лечебные учреждения обращалось лишь 29,3 % женщин и 16,6 % мужчин.

В результате проведенного исследования выявлена распространенность мигрени среди населения Сумской области, произведен анализ триггерных факторов, сопутствующих заболеваниям, особенностей клинического течения, что позволит улучшить оказание помощи лицам, страдающим мигренью, обосновать выбор профилактических и терапевтических подходов.

УДК 616-089:612.821.3

### ЗМІНИ КОГНІТИВНОЇ ФУНКЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ОПЕРАЦІЇ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ

*С. С. Дубівська*

*Харківський національний медичний університет*

*Ключові слова:* когнітивні функції, загальна анестезія

Мета дослідження: вивчення змін когнітивної функції (КФ) у пацієнтів, яким було проведено оперативне втручання з використанням загальної анестезії, в порівнянні з попереднім доопераційним станом.

У ході дослідження стан КФ було визначено у 29 пацієнтів за 1—2 доби до та 5—7 діб після операції. Вік пацієнтів був від 29 до 47 років. Усі хворі не мали психоневрологічного та важкого соматичного анамнезу, наркотичної залежності, алкоголізму, спадкових хвороб. Усім пацієнтам проводили оперативне втручання (лапароскопічну холецистектомію) під ендотрахеальним внутрішньовенним багатоконпонентним наркозом. Як анестетик був обраний пропофол у дозі 3 мг/кг.

Пацієнтам проводили загальне неврологічне обстеження, нейропсихологічне тестування: шкала оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination — MMSE), тест малювання годинника, батарея лобної дисфункції (Frontal Assessment Battery — FAB), метода запам'ятовування 10 слів А. Р. Лурія, таблиці Шульте. Тестування до та після операції проводили у першу половину дня з використанням загальновідомих стандартних методів нейропсихологічного тестування.

При аналізі отриманих даних нами були визначені зміни стану КФ у даної групи пацієнтів. У пацієнтів в доопераційному періоді за шкалою MMSE результат був у межах 28—30 балів, що вказує на відсутність порушень КФ. Після операції у 34,5 % спостерігались результати 24—27 балів, що вказує на «легкі» порушення КФ (відповідність балів на підставі досліджень Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України). Результати тесту малювання годинника у періоді до операції відповідали межам норми. У періоді після операції відмічалась незначна неточність розташування стрілок у 20,7 %, більш вагомі помилки розташування стрілок спостерігались у 13,8 % пацієнтів. За даними шкали FAB до операції відмічалась перевага 17—18 балів у 93,1 % пацієнтів, після операції було 14—16 балів у 13,8 %, 16—18 балів — у 86,2 %. Під час оцінювання стану довільної вербальної пам'яті за допомогою методики А. Р. Лурія: до операції для повного відновлення ряду необхідно було 5—6 повторень, середня кількість помилок була 1—2; після операції було необхідно 7—9 повторень та спостерігались 2—4 помилки. За результатами дослідження за таблицями

Шульте: до операції — ступінь спроможності працездатності був 96,5 %, після операції спостерігалось збільшення кількості помилок та зниження середнього значення ступеня спроможності працездатності.

Отримані нами дані дослідження змін КФ у пацієнтів, яким було проведено оперативне втручання з використанням загальної анестезії, в порівнянні з попереднім доопераційним станом, в цілому вказують на наявність у них переважно «легких» змін КФ.

Результати дослідження визначення змін КФ пацієнтам, яким проводиться операція в умовах загальної анестезії, допоможе розробити алгоритми заходів діагностики та профілактики порушень КФ на доопераційному етапі.

УДК 616.832-004.2:615.851

### СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ АДДИТИВНОЙ ТЕРАПИИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

*С. К. Евтушенко, Я. А. Гончарова, В. А. Симонян, Д. А. Филимонов, А. Б. Грищенко*

*ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии имени В. К. Гусака АМН Украины», г. Донецк*

*Ключевые слова:* рассеянный склероз, аддитивная терапия

В настоящее время благодаря достижениям в понимании этиопатогенеза рассеянного склероза разработаны международные протоколы по ведению пациентов в период обострения. Вместе с тем эффективного общепризнанного алгоритма терапии рассеянного склероза в период ремиссии не существует. Одни специалисты признают необходимость длительной нейропротекторной и симптоматической терапии в период ремиссии, другие же считают, что такой подход является малообоснованной и неэффективной полипрагмазией и рекомендуют ограничиваться противорецидивными препаратами.

Цель и задачи исследования — оптимизация тактики комплексного медикаментозного и немедикаментозного лечения больных рассеянным склерозом для повышения эффективности синдромально-патогенетической терапии, улучшения качества жизни пациентов.

На базе отделения ангионеврологии мы наблюдали 56 пациентов (32 женщины и 24 мужчины в возрасте от 21 года до 40 лет) с диагнозом достоверного рассеянного склероза, рецидивирующим течением и длительностью заболевания от 2 до 8 лет. Степень неврологического дефицита оценивалась с помощью шкал EDSS, Kurtzke. Всем пациентам проводилась магнитно-резонансная томография головного и спинного мозга с магневистом, исследовались мультимодальные вызванные потенциалы, связанные с событием, электроэнцефалография и транскраниальная магнитная стимуляция.

Основные результаты. Использовался принцип аддитивной «сложения» фармакологических свойств препаратов. Спектр терапии определялся стадией заболевания, доминирующим клиническим синдромом. Для коррекции спастичности мы использовали миорелаксанты, блокады с диспортом, стренч-гимнастику, постизометрическую релаксацию мышц, лечебную физкультуру, иглорефлексотерапию. При атаксии, головокружении назначали вестибулолитики, транскраниальную магнитную стимуляцию, вестибулярную гимнастику. Лечение дисфункции мочевого пузыря включало: нормализацию питьевого режима, электростимуляцию мочевого пузыря и мышц тазового дна, назначение антихолинергических и холиномиметических средств. Синдром хронической усталости и психоэмоциональные дисфункции корригировали курсом психотерапии, транскраниальной магнитной стимуляцией, дыхательной гимнастикой, антидепрессантами. При ликворно-дистензионном синдроме назначался пролонгированный курс диуретико-венотонических препаратов. Для купирования прозопагий, тригеминальных невралгий, миофасциального и вторичного вертебрального синдромов применяли ИРТ, массаж, физиотерапию, мануальную терапию, антиконвульсанты, анестетики местно в виде