

динамике (7-00; 11-00; 15-00; 19-00 и 23-00) была применена корректурная проба, которую проводили с помощью специальных анкет. Корректурная проба проводилась в течение 5 минут и при анализе результатов учитывались: а) число просмотренных (пропущенных) знаков за каждую минуту; б) число вычеркнутых (как правильно, так и ошибочно) знаков за каждую минуту и за все 5 минут, что отражает количественно осуществление принятых решений; в) число ошибок за каждую минуту; г) коэффициент «средней памяти» — среднее число верно вычеркнутых букв в 1 минуту (вычисляется путем вычитания из общего числа просмотренных знаков число ошибок и деления остатка на пять). Каждый больной перед исследованием в 7-00, 11-00, 15-00, 19-00 и 23-00 получал новое задание.

При ЧМТ довольно часто страдают лобно-височно-медиобазальные образования. Поражение структур гипоталамуса, лимбической системы, ретикулярной формации приводит к нарушению механизмов регуляции адапционно-приспособительных процессов, состоянию внутреннего десинхронизма. У здоровых испытуемых наибольшая работоспособность (число пропущенных знаков), наиболее четкое принятие решений (число вычеркнутых знаков), наименьшее число ошибок достигаются к 19-00. По суммарному показателю средней памяти оптимально задание выполняется в 7-00 и 19-00.

По данным полученных результатов оказалось, что большинство больных максимально пропустили знаки на первой минуте в 23-00 (63 больных) и меньше — в 7-00 (60 больных); большинство не пропустивших знаки (22 больных), т. е. более внимательных, было в 15-00 (на второй минуте).

У обследованных больных по таким параметрам как просмотр, вычеркивание знаков и показатель памяти отмечалась определенная синхронность — их сокращение (достижение минимального показателя — батиказы) на второй минуте во все периоды исследования и постепенный рост и достижение акроказы (максимальный показатель) к 5-й минуте. Так, максимальная величина просмотренных (200), вычеркнутых (21) знаков и показателя памяти (39,4) приходится на 5-ю минуту в 7-00 утра. Акрофаза средних значений, просмотренных вычеркнутых знаков и показателя памяти приходились на утренние часы — в 7-00 и 11-00, а батиказа этих показателей наблюдалась в поздние вечерние часы — в 23-00. Акрофаза числа ошибок приходилась на дневные (15-00) и ранние вечерние (19-00) часы, а их батиказа — на ранние утренние и поздние вечерние часы.

Таким образом, у больных с ОПЗЧМТ на фоне проявления внутреннего десинхронизма наблюдалось смещение ритмов психической активности, которые особенно наглядно проявлялись по показателям корректурной пробы в период перехода «сон — бодрствование — сон».

УДК 616.839-009-009.6

ФУНКЦИОНАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СЕНСОРНО-БОЛЕВОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ СЕГМЕНТАРНОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Г. Д. Перцев

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: сенсорно-болевая адаптация, шейно-грудные тунцы, суточная динамика

С целью выявления субклинических сенсорных нарушений исследована болевая чувствительность методом одновременной стимуляции болевыми раздражениями на симметричных поверхностях тела в суточной динамике: в 8; 10; 12; 16 и 20 часов. В обеспечении сенсорно-болевой адаптации (СБА) участвуют все уровни афферентных систем — от болевых экстерорецепторов до корковых проекционных зон. Наряду с этим обращает на себя внимание роль вегетативной нервной системы, преимущественно симпатического отдела, а также адапционной функции

мозжечка и неспецифических структур ретикулярной формации ствола. Особое значение придается функции коры головного мозга.

Состояние СБА было изучено у 40 пациентов с сегментарным поражением вегетативной нервной системы (на примере шейно-грудных тунцов).

Отклонением показателей от нормы считается появление хотя бы одного из трёх признаков: 1) минимальная длительность адаптации более 20 с (в норме от 8 до 20 с); 2) латентный период более 10 с; 3) асимметрия не менее 10 с.

У всех обследованных больных отмечалась длительность СБА свыше 20 с, до 2-х минут и более, преимущественно на стороне поражения отмечалось увеличение латентного периода от 10 с до 1 мин, особенно в области виска, скулы, шеи и плеча. Наряду с ощущением укола в точке раздражения и вокруг неё больные отмечали онемение, стягивание, движения иглы вверх, вниз, волнообразное распространение от места укола, а также и более сложные сенестопатические проявления. Все эти явления отражали гиперпатию с широкой ирритацией раздражения и были особенно выражены в тех точках исследования, где длительность СБА превышала 120 с.

Асимметрия СБА выражалась, в основном, за счет увеличения её длительности на стороне поражения и чаще всего встречалась в области виска, скулы и груди.

Максимальная выраженность нарушения СБА наблюдалась в зоне иннервации шейно-грудных симпатических ганглиев, особенно в утреннее (8—10 ч) и вечернее (20—22 ч) время. Степень нарушения СБА коррелировала с выраженностью симпаталгий.

Таким образом, нарушения СБА у пациентов с сегментарным поражением вегетативной нервной системы при отсутствии непосредственной патологии афферентной системы определяются изменением функционального состояния церебральных регуляторных механизмов и в ряде случаев используемый метод позволяет диагностировать латентные сенсорные нарушения.

УДК 616-08+616.853+613.95

ФАКТОРИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТІ І ЇХ ВПЛИВ НА ЯКІСТЬ ЛІКУВАННЯ ЕПІЛЕПСІЇ У ДІТЕЙ

М. І. Пітик, О. М. Пітик

Івано-Франківський національний медичний університет

Ключові слова: фармакорезистентність, епілепсія

Фармакорезистентність в проблемі лікування епілепсії займає особливе місце. На сьогодні вона вже не оцінюється як абсолютно об'єктивна категорія, що відображає неефективність медикаментозної терапії цієї хвороби, її розглядають як відносний стан, що характеризує певну клінічну ситуацію, в якій перебуває конкретний хворий, і з якої може бути знайдено певний вихід, що, на жаль, не завжди реалізується. Тобто, фармакорезистентність епілепсії може характеризувати терапевтичну ефективність конкретного середника, стратегію і тактику відношення до хворого і його поведінки в кожному конкретному клінічному випадку (Wolf P., 1994). Зроблено висновок, що слід чітко розрізняти відносну, умовну й абсолютну фармакорезистентність (Зенков Л. Р., 1999, 2003). Природа і фактори фармакорезистентності мають дуже складну структуру. Серед них перш за все виділяють такі біологічні механізми як порушення обміну і транспорту нейромедіаторів та нейроактивних субстанцій, корковий дисгенез травматичної, гіпоксично-ішемічної і інфекційно-запальної етіології, моногенні захворювання, а також клінічні механізми, які включають ятрогенні, носерогенні і соціогенні фактори. Особливої уваги заслуговує віковий фактор фармакорезистентності епілепсії, зокрема раннє дитинство і підлітковий період життя, з якими пов'язані важкі дитячі епілепсії, такі як епілептичні енцефалопатії (наприклад, синдром Веста і Леннокса — Гастро, Отахара та ін.), епілепсії на основі дисметаболических та дизонтогенетичних порушень.