

Пациенты были обследованы согласно стандартизированной программе исследований: оценка объективных и субъективных вегетативных симптомов, визуальная диагностика, специфическое мышечное тестирование с выявлением активных и латентных триггерных точек (ТТ) в мышцах шеи и плечевого пояса и расчет индекса мышечного синдрома, оценка выраженности болевого синдрома по ВАШ.

У всех обследованных пациентов регистрировались ВП преимущественно симпатоадреналового характера с частотой от 2 до 6 в месяц. Выраженность соматоформной вегетативной дисфункции по субъективным критериям у пациентов составила $29,7 \pm 3,9$ (верхняя граница нормы — 15 баллов). По объективным показателям средний балл составил $37,3 \pm 3,2$ (верхняя граница нормы — 25 баллов).

У пациентов отмечались выраженные мышечно-тонические нарушения (ИМС $17,3 \pm 2,9$, что соответствует 2—3 степени мышечного синдрома).

Наиболее часто возникновение ВП было связано со следующими мышцами: верхней и нижней косыми мышцами головы, прямыми мышцами головы и лестничными, что связано с анатомическими особенностями указанных мышц, а именно близостью их расположения к симпатическим образованиям шеи. Во всех мышцах пальпировались активные и латентные ТТ, степень активности которых была связана с частотой и выраженностью ВП. Развитие миофасциальной дисфункции наблюдалось также в трапециевидной, грудино-ключично-сосцевидной мышцах, мышце, поднимающей лопатку, что обуславливало формирование патобиомеханического двигательного стереотипа, усугубляя течение миофасциальной дисфункции и соответственно формирование порочного круга вегетативной дистонии.

Наблюдалась позитивная корреляционная связь между выраженностью симпатикотонии и болевого синдрома ($+0,33$; $p < 0,5$); симпатикотонии и мышечного синдрома ($+0,39$; $p < 0,5$); мышечного синдрома и частотой ВП ($+0,45$; $p < 0,5$), степени активности ТТ в мышцах шеи и плечевого пояса и частотой ВП ($+0,49$; $p < 0,1$).

Миофасциальная и вегетативная дисфункция являются взаимосвязанными и взаимопотенцирующими состояниями.

Частота ВП имеет положительную корреляционную связь с выраженностью мышечно-тонического синдрома и степенью активности ТТ.

Наличие ВП у пациентов, страдающих МФД шейно-плечевой локализации, требует комплексного терапевтического подхода, включающего немедикаментозные и медикаментозные методы воздействия на вегетативную и миофасциальную дисфункцию.

Ликвидация МФД шейно-плечевой локализации будет способствовать предупреждению возникновения ВП.

УДК 616.831-005.1-056.5

Литвиненко Н. В., Дельва М. Ю.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
(м. Полтава)*

ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА ПЕРЕБІГ ІШЕМІЧНИХ СТОВБУРОВИХ ІНСУЛЬТІВ У ОСІБ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

В останні роки в науковій літературі з'явилися повідомлення про істотний та незалежний від інших складових метаболічного синдрому вплив абдомінального ожиріння на перебіг ішемічних інсультів. Згідно з результатами сучасних наукових досліджень існують переконливі докази нейропротективних властивостей статинів при ішемічних інсультах, що реалізуються за рахунок плейотропних («неліпідних») ефектів.

Мета. Вивчення ефектів впливу аторвастатину на клінічний перебіг гострого періоду та динаміку функціонального відновлення при первинних ішемічних стовбурових інсультах у осіб з абдомінальним типом ожиріння без цукрового діабету, за умов початку терапії з першої доби розвитку захворювання.

В дослідження включено пацієнтів з абдомінальним типом ожиріння I—II ступеня, госпіталізованих в неврологічне відділення 1-ї МКЛ м. Полтави з приводу ішемічних інсультів головного мозку стовбурової локалізації. Усі пацієнти не мали цукрового діабету та вираженої супутньої патології, що могло б впливати на процеси постінсультного відновлення. Група контролю складалася із 43 осіб, які отримували лише стандартне лікування. Група спостереження включала в себе 19 осіб, які з першої доби після інсульту, поряд зі стандартною терапією, приймали всередину аторвастатин — по 20 мг, один раз на добу, протягом 12 тижнів.

Аналіз клінічного перебігу інсультів проводили за допомогою шкали Hoffenberth при госпіталізації, на 5-ту та 10-ту добу захворювання. Визначали рівень функціональної незалежності за допомогою модифікованої шкали Ренкіна (МШР) та рівень залежності в повсякденній життєвій активності за допомогою індексу активності повсякденного життя Бартел (ІБ) на момент виписки зі стаціонару та через 90 днів після інсульту.

Не було виявлено статистично достовірної різниці у важкості інсультів, за шкалою Hoffenberth, між двома групами пацієнтів як при госпіталізації ($11,1 \pm 0,9$ проти $11,8 \pm 0,8$), так і на 5-ту добу захворювання ($8,1 \pm 0,8$ проти $8,7 \pm 0,7$). Однак, на 10-ту добу після інсультів регрес неврологічної симптоматики був достовірно більш виражений при прийомі аторвастатину ($5,1 \pm 0,4$ проти $6,4 \pm 0,5$; $p < 0,05$). В групі прийому досліджуваного препарату «задовільне» функціональне відновлення (МШР ≤ 2 — легкі ознаки інвалідності, пацієнт в змозі доглядати за собою без сторонньої допомоги) фіксувалося частіше, ніж у пацієнтів контрольної групи як на момент виписки зі стаціонару (21 % проти 12 %), так і через 12 тижнів після інсульту (47 % проти 32 %). Крім того, у пацієнтів, що приймали аторвастатин, частіше спостерігалися «позитивні» показники самообслуговування (ІБ ≥ 85 — незначні обмеження в самообслуговуванні, пацієнти не потребують сторонньої допомоги при виконанні побутових маніпуляцій) як при виписці зі стаціонару (26 % проти 14 %), так і через 12 тижнів після інсульту (47 % проти 30 %). Покращання перебігу гострого та відновного періодів інсультів стовбурової локалізації у пацієнтів з абдомінальним ожирінням при прийомі аторвастатину, ймовірно, є наслідком «неліпідних» властивостей препарату: збільшення експресії ендотеліальної синтази оксиду азоту, зменшення продукції прозапальних цитокінів та молекул клітинної адгезії на ендотелії судин, інгібування тромбогенезу та покращання реологічних властивостей крові, зменшення оксидативного стресу, покращання церебральної перфузії, зменшення глутаматної ексайтотоксичності тощо.

При ішемічних стовбурових інсультах у осіб з абдомінальним ожирінням прийом аторвастатину покращує перебіг гострого періоду захворювання та сприяє більш повноцінному відновленню постінсультного функціонального дефекту.

УДК 616.853-053.2-07-085.21

Литовченко Т. А., Гасюк Г. І.

Харьковская академия медицинская последипломного образования (г. Харьков)

ДИФФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА МИГРЕНОЗНИХ ПАРОКСИЗМОВ У ДІТЕЙ С ЕПІЛЕПСІЕЙ

Діагностика епілептичних і неепілептичних пароксизмальних порушень являється однією з найбільш складних діагностических задач в неврології. Особливо ускладнює діагностику той факт, що нерідко у одного хворого існує поєднання епілептичних і неепілептичних приступів. Около 20—30 % хворих з діагнозом «епілепсія» мають в дійсності неепілептичні пароксизми, і в те ж час у 30 % хворих з верифікованою епілепсією спостерігаються також неепілептичні приступи (як психогенні так і органічні). Особливо складна діагностика поєднаних епілептичних і неепілептичних приступів у дітей.

Міжнародна противоепілептична Ліга визначає «імитатори» епілептичних припадків як приступи, клінічна маніфестація яких визначається факторами, не пов'язаними з патологією (ізбыточної) активності нейронів головного мозку, включаючи порушення функцій головного мозку (головокруження, синкопи, порушення сна, поведінческіе расстройтва, транзиторная глобальная амнезия, мигрень, энурез и др.), а также псевдоприпадки (неэпилептические пароксизмальные поведенческие нарушения, имеющие психогенное происхождение).

Одним из наиболее частых коморбидных состояний у детей старшего возраста и подростков является сочетание мигрени и эпилепсии. Проблему диагностики составляют затылочная эпилепсия и мигрень с аурой. Дифференциальная диагностика между мигренью и эпилепсией довольно сложна, т. к. заболевания имеют не только общий патогенез но и клиническую картину, а иногда и схожую ЭЭГ. Мигренозный приступ может быть триггерным фактором для развития эпилептического припадка и, в свою очередь, эпилептический припадок может провоцировать развитие мигрени. По данным Haut S. R. et al. (2006) каждый 4-й больной эпилепсией страдает мигренью, частота эпилептических приступов у больных с мигренью составляет до 17 %.

Нами было обследовано 54 человека с верифицированным (подтвержденным клиническими, нейрофизиологическими и нейровизуализационными данными) диагнозом симптоматической парциальной эпилепсии в возрасте от 12 до 17 лет с сопутствующим цефалгическим синдромом. У 32 больных было сочетание вторично-генерализованных и парциальных припадков, у 22 наблюдались только парциальные припадки. В 10 случаях диагностирована затылочная эпилепсия, в 21 — височная, в 14 — лобная и в 9 — теменная эпилепсия, что было подтверждено данными МРТ и ЭЭГ.

Головные боли у всех обследованных больных носили пароксизмальный характер, после дообследования у 18 пациентов выявлена вазомоторная цефалгия, у 16 — головные боли мышечного напряжения, у 11 жалобы носили функциональный характер и у 9 больных поставлен диагноз — мигрень (6 со зрительной аурой). У 5 больных с мигренью (с аурой) затылочная эпилепсия была диагностирована в среднем на $2,3 \pm 0,5$ года раньше развития мигренозных пароксизмов, мигренозные пароксизмы только у 1 больного развивались в связи с эпилептическими приступами. У 3 больных с мигренью была височная эпилепсия и у 1 — лобная эпилепсия. У всех больных диагноз мигрень (с аурой) был установлен только после углубленного дообследования, ранее приступы мигрени со зрительной аурой расценивались как эпилептические.

Выделены наиболее значимые клинические критерии диагностики мигрени у детей и подростков с эпилепсией: длительность ауры, длительность приступа, характер зрительных элементов, наличие нарушения сознания, наличие невидимых очаговых неврологических симптомов.

УДК 616.858-008.6-073.97:001.8

*Е. П. Луханина¹, И. Н. Карабань²,
М. А. Чивилкий², Н. М. Березецкая²*

¹ Институт физиологии им. А. А. Богомольца НАН Украины (г. Киев), ² Институт геронтологии НАМН Украины (г. Киев)

ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ПРИЗНАКОВ ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Согласно современным представлениям, в развитии БП (болезни Паркинсона) существенное значение имеет генетический фактор, однако, абсолютное большинство случаев БП являются спорадическими, обусловленными взаимодействием как генетических, так и средовых факторов. О большом значении генетической составляющей в предрасположенности к БП свидетельствуют данные эпидемиологических исследований, установившие, что риск возникновения данного заболевания у родственников больных с БП в 2—7 раз выше, чем в контрольной группе. Функциональная несостоятельность экстрапирамидной системы может развиваться за несколько десятилетий до возможного проявления паркинсонизма. Для предотвращения или замедления развития заболевания требуется выявление ранней, пресимптоматической стадии нейродегенеративного процесса и поиск информативных «биомаркеров» БП.

Объективным диагностическим показателем экстрапирамидной недостаточности является биоэлектрическая активность мышц III типа, регистрируемая со сгибателей и разгибателей конечностей при помощи поверхностных электродов. Электромиограмме (ЭМГ) III типа присущи высокий уровень биоэлектрической активности мышц в покое и «залповые» разряды, соответствующие ритму тремора.

Цель: Исследование биоэлектрической активности мышц (амплитудных и частотных ЭМГ-критериев) у клинически здоровых родственников пациентов со спорадической формой БП для определения скрытых признаков экстрапирамидной недостаточности (ЭПН), которые можно рассматривать как генетически детерминированный фактор риска развития заболевания.

Исследования проведены в четырех группах людей: 1) 37 клинически здоровые родственники больных с БП (дети, братья и сестры); 2) 20 практически здоровых лица (контроль); 3) 33 пациента с акинетико-ригидно-дрожательной либо акинетико-ригидной формами БП в стадии 1,5—3,0 (Хен — Яр); 4) 24 практически здоровых лица пожилого возраста (контроль).

У больных с БП тяжесть симптоматики оценивали с помощью рейтинговой шкалы UPDRS. ЭМГ регистрировалась биполярно на приборе НейроМПВ (Москва).

Основными признаками ЭПН у пациентов с БП являются: повышенная амплитуда ЭМГ в покое, наличие «залповых» разрядов с частотой 4—9 Гц (III тип ЭМГ), увеличенные коэффициенты

рефлекторного вовлечения (КРВ) мышц при удерживании груза. Признаки ЭПН были выявлены у 54,1 % родственников пациентов с БП. Повышенная амплитуда ЭМГ в покое имела место у 35,1 % человек. У 29,7 % родственников в ЭМГ зарегистрированы разряды с частотой 5—10 Гц. У 16,2 % из них отмечено увеличение КРВ при удерживании груза. Для сравнения: в соответствующей контрольной группе повышение амплитуды ЭМГ в покое отмечено у 15 %, наличие мышечных разрядов — у 5 % и увеличение КРВ — у 10 % испытуемых.

Отдельные признаки ЭПН в ЭМГ у родственников пациентов с БП встречаются в 2,3—5,9 раза чаще, чем в соответствующей контрольной группе, что подчеркивает достоинство ЭМГ-метода как неинвазивного и информативного для выявления скрытых, субклинических проявлений экстрапирамидной недостаточности. Следует полагать, что для предупреждения манифестации заболевания БП лицам, входящим в группу риска по паркинсонизму, следует придерживаться определенных рекомендаций, уделять внимание медико-социальным аспектам жизни и негативно влияющим на регуляторную функцию дофаминергической системы.

УДК 616.45-001.1/3:616.89-008.46-073.97

*Луцкий Е. И., Сташинова Е. А., Луцкий И. С.
Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)*

ЗНАЧЕНИЕ ПИКА Р300 ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ, СВЯЗАННЫХ С СОБЫТИЕМ В ОЦЕНКЕ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

Когнитивные функции (КФ) — наиболее сложные интегрированные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и взаимодействия с ним. На их состояние значительное влияние оказывают различные экзогенные и эндогенные факторы. В настоящее время на новый уровень выходят электрофизиологические методы изучения КФ, позволяющие выявить начальные (доклинические) признаки когнитивных нарушений (КН).

Цель исследования: оценить значение пика Р300 вызванных потенциалов, связанных с событием (ВПСС), в изучении КФ у машинистов магистральных локомотивов (ММЛ) и помощников машинистов (ПМ), работающих в условиях хронического стресса (ХС), а также изучить влияние ХС на состояние КФ у указанного контингента обследуемых.

Обследовано 160 ММЛ и ПМ, которые составили основной объект исследования. Для оценки динамики состояния ВПСС все больные были распределены на 5 групп в зависимости от возраста и стажа работы (СР). 1 группа — 30 машинистов локомотивов после окончания техникума, возраст $19,32 \pm 0,91$ (СР до 1 года); 2 группа — 39 ММЛ и ПМ, возраст $27,28 \pm 1,28$ (СР 5—7 лет); 3 группа — 31 человек, возраст $37,32 \pm 1,08$ (СР 14—17 лет); 4 группа — 30 ММЛ и ПМ, возраст $46,97 \pm 1,07$ (СР 21—24 года) и 5 группа — 30 человек, возраст $56,5 \pm 1,05$ (СР 30—34 года). В качестве контрольной группы (КГ), было обследовано 100 практически здоровых мужчин — добровольцев, работа которых не связана с влиянием стрессогенных факторов. Пациенты КГ были распределены в зависимости от возраста: 1 группа — 20 человек, в возрасте $19,62 \pm 0,87$; 2 группа — 20 добровольцев, в возрасте $26,42 \pm 0,78$; 3 группа — 20 мужчин, в возрасте $34,52 \pm 1,19$; 4 группа — 20 человек, в возрасте $45,09 \pm 1,05$ и 5 группа — 20 добровольцев, в возрасте $55,34 \pm 1,10$.

Для изучения КФ оценивали пик Р300 ВПСС. Вызванные потенциалы регистрировались с использованием слуховой стимуляции с применением «Odd-ball paradigm». Исследовали амплитуду и латентный период пика Р300, что позволяло оценить уровень внимания и скорость принятия решения.

ВПСС регистрировали на медицинском компьютерном диагностическом комплексе «Эксперт» (Tredex) (Украина).

Анализ сигнала ВПСС у ММЛ и ПМ выявил различные селективные нарушения формы, амплитуды и тайминга на этапах мыслительной обработки предъявляемых паттернов, что свидетельствует о когнитивной дезинтеграции различного уровня и степени тяжести. Отмечено постепенное удлинение латентного периода, в зависимости от возраста и стажа работы. Достоверные отличия указанных показателей зафиксированы в 4 и 5 возрастных группах ММЛ и ПМ. В первых трех группах изменения соответствовали как КГ, так и «кривым старения». С возрастом выявлено снижение амплитуды Р300 у основного объекта исследования, свидетельствующее о снижении уровня внимания. Достоверное снижение данного показателя регистрируется в возрасте старше 55 лет.