

у більшій когорті пацієнтів, а МОСА-тест слід використовувати як діагностичний та прогностичний критерій для об'єктивної оцінки стану когнітивної сфери хворих у віддаленому періоді ЧМТ.

УДК 616.831-005.8-079.2-036

*Салій М. І., Шкробот С. І.*  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
ім. І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

### ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ЛАКУНАРНОГО ІНСУЛЬТУ

Лакунарний інсульт (ЛІ) — один із видів ішемічного інсульту, який характеризується виникненням невеликих лакунарних вогнищ (лакун), діаметром до 10—15 мм, в басейні невеликих пенетруючих артерій. Поширеність ЛІ серед інших підтипів ішемічного інсульту складає, за даними різних авторів, від 13 до 37 % (у середньому близько 20—25 %). Проте їх частота значно вища, оскільки значний відсоток ЛІ (до 80 %) перебігають безсимптомно або клінічно не розпізнаються. Незважаючи на невеликі розміри лакунарних вогнищ, вони можуть зумовлювати значний неврологічний дефіцит, а множинні лакунарні вогнища в підкорковій ділянці призводять до когнітивного зниження аж до мультиінфарктної деменції.

Метою нашої роботи було дослідження особливостей клінічної картини гострого періоду лакунарного інсульту.

Усі хворі були опитані на предмет наявних скарг, проведено дослідження неврологічного статусу, а для оцінки стану когнітивних функцій використовували шкалу оцінки психічного статусу (Mini-mental state examination, MMSE).

В дослідженні взяли участь 83 хворих з лакунарним підтипом ішемічного інсульту. Середній вік хворих становив (62,39 ± 9,62) роки. Жінок серед пацієнтів було 35 (42,17 %), чоловіків — 48 (57,83 %).

У ході опитування пацієнти висловлювали такі скарги: на м'язову слабкість ( $n = 56, 67,47\%$ ), відчуття затерпання кінцівок ( $n = 30, 36,14\%$ ), розлади мови ( $n = 30, 36,14\%$ ), біль голови ( $n = 29, 34,94\%$ ), невправність в кінцівках ( $n = 18, 21,69\%$ ), запаморочення ( $n = 18, 21,69\%$ ), асиметрію обличчя ( $n = 16, 19,28\%$ ), хиткість при ході ( $n = 14, 16,87\%$ ) та зорові розлади ( $n = 3, 3,61\%$ ).

Залежно від наявного неврологічного дефіциту прийнято виділяти 5 основних типів ЛІ — моторний тип, сенсорний тип, сенсомоторний тип, тип дизартрії та незграбної руки, тип атактичного геміпарезу. Інколи наявна симптоматика не вкладається у жоден із запропонованих типів, за таких умов лакунарний інсульт є недиференційованим. Обстежувані нами пацієнти, в залежності від неврологічної симптоматики, розподілилися таким чином: моторний тип — 20 хворих (24,1 %), сенсорний — 9 хворих (10,84 %), сенсомоторний — 22 хворих (26,51 %), тип дизартрії та незграбної руки — 17 хворих (20,48 %), атактичного геміпарезу — 5 хворих (6,02 %), недиференційований тип — 10 хворих (12,05 %).

Дослідження когнітивних функцій виявило переддементні когнітивні порушення у 43 пацієнтів (51,66 %), легку деменцію — у 21 пацієнта (25,3 %), деменцію середнього ступеня тяжкості — у 6 пацієнтів (7,23 %), розлади когнітивних функцій були відсутні у 13 хворих (15,66 %).

Аналізуючи отримані дані, можна зробити висновок, що найпоширенішими серед обстежених пацієнтів були сенсомоторний — 22 (26,51 %) та моторний — 20 (24,1 %) підтипи ЛІ, а відсоток хворих з відхиленнями різного ступеня тяжкості в когнітивній сфері склав 84,34 %. При чому у 51,66 % пацієнтів діагностовано переддементне когнітивне зниження, що потребує особливої уваги в плануванні реабілітаційних заходів, спрямованих на призупинення прогресування даного процесу з метою покращання якості життя пацієнта.

УДК: 616.831-009.12-053. К-092

*Сало С. В.*  
ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (г. Харків)

### ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ И РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Мозговой инсульт (МИ) является одним из самых инвалидизирующих и тяжелых сосудистых поражений головного мозга. В Украине по-прежнему отмечается негативная динамика показателей распространенности, заболеваемости и смертности

от МИ относительно прошедшего десятилетия. В последние годы активно исследуются вопросы патогенеза, диагностики и лечения больных в остром периоде МИ. Однако проблеме остаточных явлений МИ в поздних периодах уделяется меньше внимания.

Целью работы явилось определение клинических особенностей двигательных нарушений спастических расстройств у постинсультных больных в позднем восстановительном и резидуальном периодах.

Основой данной работы послужили результаты клинического и нейроортопедического обследования 120 человек, перенесших МИ, с остаточными явлениями в виде спастического гемипареза. Возраст обследуемых больных составлял от 45 до 64 лет. 54 человека — лица женского пола, 66 человек — мужского.

В результате обследования среди всех исследуемых пациентов были выделены три клинические группы, учитывающие характер, степень и распределение двигательных постинсультных нарушений.

К первой группе (всего 55 человек) относились постинсультные пациенты с выраженным гемипарезом и одинаковой степенью поражения, как руки, так и ноги, или чуть более руки, чем ноги. Пациенты характеризовались наличием, или обширного инфаркта в зоне кровообращения СМА, или следствия паренхиматозного кровоизлияния, преимущественно в область внутренней капсулы.

Общие характерные особенности, выделенные у пациентов, в совокупности способствовали формированию характерного патологического двигательного стереотипа — контрактуры Вернике — Манна. Используя современную терминологию, данные нарушения можно расценивать как вторичный генерализованный дискоординаторный синдром. Таким образом, сочетание моторной дисфункции вследствие неврологического дефекта и вследствие вторичных нарушений в мышцах и суставах, а также приспособительных двигательных реакций сформировали у пациентов данной группы картину *генерализованного пирамидного дискоординаторного синдрома Вернике — Манна*.

Ко второй группе с *верхним пирамидным региональным дискоординаторным синдромом* были отнесены 56 больных, характеризующиеся относительно негрубой степенью гемипареза с преимущественным преобладанием в руке и лице, у которых в анамнезе отмечался МИ в бассейне корковых ветвей СМА или лакунарные инсульты в основании варолиева моста.

У пациентов третьей группы с негрубым парезом в дистальных отделах ноги и немного — в проксимальных отделах руки и лице (всего 9 человек) определялся *нижний пирамидный региональный дискоординаторный синдром*. В анамнезе у данных пациентов отмечены МИ в зоне васкуляризации ПМА.

Таким образом, сочетание характерной неврологической картины и особенностей нейроортопедического статуса формировало у обследуемых постинсультных пациентов три основных варианта вторичных дискоординаторных синдромов.

УДК 616.8-003.821

*В. И. Сало, Е. А. Кельгина*  
Харьковский национальный медицинский университет

### НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АМИЛОИДОЗА

Амилоидоз объединяет ряд системных и локальных болезней, которые характеризуются отложением в межтканевой ткани белковых масс, обладающих двойным лучепреломлением в поляризованном свете и постепенно приводящих к нарушению функций пораженных органов. Патогенезом неврологических проявлений являются изменения со стороны сосудов и последующая ишемия, инфильтрация нервов амилоидом с компрессией нервных волокон, токсико-обменные нарушения с воспалительными расстройствами в нервной ткани. Единой классификации амилоидоза не существует. Различные его формы (виды, типы) выделяют, руководствуясь такими признаками как возможная причина возникновения (первичный, вторичный, старческий, семейный амилоидоз), специфичность белка (AL- и AA-амилоид), распространенность (системный или генерализованный, локальный), своеобразии проявлений в связи с преимущественным поражением определенных органов и систем (нейропатический, кардиопатический, нефропатический, гепатопатический и т. п.). Прижизненная диагностика затруднена. Частота встречаемости амилоидоза: не менее 1:50 000.

Цель исследования: Изучение основных неврологических проявлений амилоидоза у больных с подтвержденным диагнозом.