

в сыворотке крови уровня ET1 в 2 раза, наблюдалось повышение содержания eNOS в сыворотке крови (на 24 %).

Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Капикор для лечения больных с цереброваскулярными нарушениями на фоне МС.

УДК 616.831-005:616.89-008.46

*Мищенко В. М.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)*

### **«Німі» інфаркти мозку та когнітивні порушення**

«Німі» інфаркти мозку (НІМ) є особливою формою цереброваскулярної патології й одним із проявів хвороби малих судин головного мозку. Проведені дослідження показали, що НІМ можуть супроводжуватися неврологічними порушеннями, а їх наявність підвищує ризик розвитку симптомного мозкового інсульту (МІ) та деменції. Водночас, ще залишаються мало вивченими особливості когнітивних порушень (КП) у хворих з НІМ.

Мета дослідження: вивчити стан когнітивних функцій у хворих з НІМ.

Методи дослідження: загальноклінічний, неврологічний, психодіагностичний, нейровізуалізаційний (МРТ та/або КТ головного мозку). Для об'єктивізації та визначення особливостей перебігу КП був використаний комплекс психодіагностичних методик та клінічних шкал (коротка шкала оцінки — ММСЕ, Монреальська шкала — МоСА, шкала «Батарея лобної дисфункції» — FАВ, методики «Запам'ятовування 10 слів» та «Таблиці Шульте», тест «Малювання годинника»).

В основу роботи покладені результати обстеження 202 хворих віком від 52 до 82 років з клінічними ознаками хронічної ішемії мозку (дисциркуляторної енцефалопатії), у яких під час нейровізуалізації були виявлені поодинокі чи численні вогнища розміром від 3 до 15 мм, що клінічно не проявлялися ознаками гострого порушення мозкового кровообігу. Середній вік хворих склав  $64,2 \pm 8,5$  роки. У структурі КП, за даними шкали ММСЕ, домінували порушення пам'яті, орієнтування, перцептивно-гностичної сфери. Загальний показник когнітивної продуктивності становив  $24,6 \pm 1,3$  бали. Середній бал за шкалою МоСА склав  $21,6 \pm 2,2$  бали, а за шкалою FАВ —  $13,4 \pm 2,7$  бали. В обстежених хворих були розлади концептуалізації мислення, швидкості мови, складних форм рухової активності (динамічний праксис, проста та ускладнена реакції вибору). Дослідження вербальної пам'яті за методикою «Запам'ятовування 10 слів» показало наявність помірного звуження обсягів вербальної пам'яті і помірного зниження міцності запам'ятовування у обстежених пацієнтів. Аналіз результатів тесту «Таблиці Шульте» свідчив про наявність різноманітних розладів довільної уваги, які відзначалися у більшості хворих. Результати дослідження за допомогою методики «Малювання годинника» показали наявність порушень зорово-просторових функцій у обстежених хворих. Але ступінь вираженості КП був різним у обстежених хворих. Переважали пацієнти з помірними когнітивними порушеннями (61,9 % хворих). Легкі КП виявлялися у 41,6 % хворих, а м'яка деменція — у 12,4 % обстежених. Було проведено оцінювання рівня когнітивного дефіциту залежно від віку хворих, кількості «німих» вогнищ і їх переважної локалізації. Відзначалась чітка, асоційована з віком, тенденція до посилення КП в усіх пацієнтів. Рівень когнітивної продуктивності у пацієнтів з численними НІМ достовірно був нижче, ніж у хворих з поодинокими НІМ ( $p < 0,05$ ). Також було досліджено зв'язок вираженості КП з переважною локалізацією НІМ. Було встановлено, що при

наявності вогнищ в базальних гангліях у пацієнтів домінували недостатність мнестичних процесів ( $3,9 \pm 0,4$  бали), порушення орієнтування ( $6,9 \pm 0,8$  бали) і перцептивно-гностичної сфери ( $6,3 \pm 0,6$  бали). У пацієнтів з локалізацією вогнищ в підкірковій білій речовині переважали порушення пам'яті ( $4,2 \pm 0,2$  бали) і перцептивно-гностичної сфери ( $6,5 \pm 0,1$  бали). При локалізації вогнищ в корі головного мозку, мозочку і стовбурі також домінували мнестичні порушення ( $4,0 \pm 0,8$  і  $4,6 \pm 0,4$ ;  $5,2 \pm 0,7$  бали відповідно). Отримані результати свідчать, що найбільш важкі когнітивні розлади формувалися при переважній локалізації вогнищ в базальних гангліях і підкірковій білій речовині головного мозку.

УДК 616.89-008.441.1: 612.766]-02: 616.28-008.5-085.8-036.8

*Морозова О. Г., Ярошевский О. А., Логвиненко А. В.  
Харьковская медицинская академия последипломного  
образования (г. Харьков)*

### **Кинезиофобия как предиктор неблагоприятного прогноза у пациентов с цервикальным головокружением**

По данным эпидемиологических исследований, распространенность вестибулярных нарушений в общей популяции достигает 20—30 %. Особое место в структуре вестибулярных расстройств занимает цервикальное головокружение (ЦГ), связанное с патологической афферентной импульсацией от проприорецепторов верхней части шеи, возникающей при миофасциальном болевом синдроме (МФБС), а также с гемодинамическими нарушениями в вертебрально-базиллярном бассейне, обусловленными рефлекторным ангиоспазмическим и компрессионным вариантами синдрома позвоночной артерии. ЦГ сопровождается хронической неспецифической скелетно-мышечной болью и/или скованностью в шее. Наличие у пациентов с ЦГ хронической неспецифической цервикалгии может способствовать формированию дезадаптивной стратегии преодоления боли в виде избегания движений — кинезиофобии.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния кинезиофобии на результаты лечения ЦГ, возникшего на фоне МФБС шейно-плечевого региона.

Обследовано 87 больных с ЦГ на фоне МФБС шейно-плечевого региона. Средний возраст составил  $36 \pm 3,9$  лет. Перед началом исследования для исключения других возможных причин вестибулярного синдрома все пациенты прошли обследование, включающее неврологическое, мануальное, отоневрологическое обследование, функциональную спондилографию шейного отдела, дуплексное исследование экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга, МРТ головного мозга. Влияние головокружения на повседневную жизнь оценивали с помощью шкалы DHI (Dizziness Handicap Inventory), выраженность болевого синдрома — при помощи Визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), наличие кинезиофобии — по шкале кинезиофобии университета Тампа.

Основными жалобами исследуемых пациентов были головокружение системного характера, неустойчивость при ходьбе, боли и скованность в области шеи. Оценка болевого синдрома по ВАШ составила  $44 \pm 9,2$  балла, оценка по шкале DHI —  $21 \pm 3,2$  балла ( $p < 0,01$ ). Все пациенты в течение 2 недель получали лечение, включающее в себя мануальную терапию, рефлексотерапию и комплекс лечебной физкультуры, направленный на растяжение мышц шеи. В результате проведенного лечения у 72 % пациентов зафиксирована положительная динамика в виде значительного уменьшения выраженности болевого синдрома

(оценка по ВАШ —  $3 \pm 1,1$ ;  $p < 0,01$ ) и головокружения (DHI —  $4 \pm 1,5$  балла;  $p < 0,01$ ). В тоже время, у 28 % пациентов положительная динамика была менее выражена (оценка болевого синдрома по ВАШ —  $13 \pm 1,4$  балла, оценка по шкале DHI —  $12 \pm 1,7$  балла,  $p < 0,01$ ). Дальнейшее обследование выявило наличие у этой группы пациентов ограничительного болевого поведения, связанного с боязнью нанести себе повреждение и спровоцировать ухудшение состояния — кинезиофобии ( $34 \pm 7,8$  балла,  $p < 0,01$  по шкале кинезиофобии университета Тампа).

Наличие у пациентов с ЦГ кинезиофобии снижает эффективность лечебных мероприятий, способствует хронизации болевого синдрома, сохранению вестибулярных нарушений и является значимым предиктором неблагоприятного прогноза, что необходимо учитывать на практике.

УДК 616.832-004.2-07

*Мяловицька О. А., Хижняк Ю. В.*  
Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця (м. Київ)

### Характеристика когнітивного викликаного потенціалу Р300 у хворих на розсіяний склероз

Поширеність когнітивних розладів, їх висока соціальна значущість та обмежені можливості терапії зумовлюють актуальність проблеми ранньої їх діагностики у хворих на розсіяний склероз (РС). Однією з ефективних кількісних методик оцінки когнітивного статусу людини є метод Р300.

Мета — вивчення особливостей когнітивного статусу у хворих на РС за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA) та когнітивного викликаного потенціалу (КВП) Р300.

Основну групу склали 38 хворих на РС, які були поділені на 2 підгрупи: до 1 підгрупи увійшли 20 обстежуваних, в яких когнітивний дефіцит визначався як за змінами амплітудно-часових показників (ВКП Р300), так і за допомогою шкали MoCA; 2 підгрупу склали 18 пацієнтів, у яких латентність піку Р300 була в межах вікової норми, але значення за шкалою MoCA відповідало когнітивному зниженню. До контрольної групи увійшли 15 обстежуваних з РС, у яких не було виявлено когнітивних чи емоційних розладів.

ВКП Р300 показали відмінності між групами вже на етапі сприйняття стимулу: так, виявлена статистично значуща різниця латентності піку N2 у 1 ( $337,2 \pm 13,8$ ) і 2 підгрупах ( $279 \pm 8,78$ ,  $p = 0,003$ ), та у 1 підгрупі та групі контролю ( $237,3 \pm 10,76$ ,  $p < 0,001$ ). Не отримано статистично значущої різниці у результатах 2 підгрупи і контролю ( $p = 0,058$ ). Порівняльний аналіз латентності піку Р300 показав статистично достовірні вищі середні показники у пацієнтів 1 підгрупи ( $380,6 \pm 11,84$ ), порівняно з контролем ( $351,7 \pm 3,49$ ,  $p = 0,047$ ). Під час проведення аналізу показників середнього часу реакції на значимий слуховий стимул ми отримали статистично достовірні результати при порівнянні 1 підгрупи з контролем ( $363,7 \pm 13,6$  мс і  $260,59 \pm 2,3$  мс,  $p < 0,001$  відповідно), а також при порівнянні показників у підгрупах ( $363,7 \pm 13,6$  мс і  $272,4 \pm 25,3$  мс,  $p = 0,023$  відповідно). Достовірно не відрізнялися показники між обстежуваними 2 підгрупи і контролю ( $272,4 \pm 25,3$  мс і  $260,59 \pm 2,3$  мс,  $p = 0,288$ ).

Кількість правильних реакцій на стимул в обстежуваних 1 підгрупи була достовірно нижчою порівняно з контрольною групою ( $58,23 \pm 8,22$  % і  $85,59 \pm 2,3$  %,  $p = 0,011$ ). У пацієнтів 2 підгрупи спостерігалось більше помилок ( $74,97 \pm 6,3$ ) порівняно з групою контролю, але результати не досягли статистичної достовірності ( $p = 0,149$ ). Не було

також отримано значущої різниці між показниками у підгрупах пацієнтів ( $p = 0,133$ ).

Когнітивні розлади часто спостерігаються у пацієнтів з РС. Зміни Р300 є об'єктивною ознакою когнітивного зниження. Цей метод кількісної оцінки когнітивних функцій можна використовувати для раннього виявлення порушень пізнавальної сфери у хворих на розсіяний склероз.

УДК 616.8:616.711.1-07-037:616-071.2:612.014.5

*Назарчук І. А.*

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)

### Соматотип конституції людини як предиктор м'язово-тонічних порушень при вертеброневрологічних синдромах шийної локалізації

Конституціональний підхід у медицині має актуальність, поширює її і на вертеброневрологію та здатний внести новизну у її сучасний розвиток. Проведена робота стосувалася вивчення ролі соматичних конституціональних властивостей у формуванні, клінічному перебігу шийних вертеброневрологічних синдромів (ШВНС) для їх практичного, насамперед прогностичного застосування, що і складало мету дослідження. Враховуючи провідне синдромоутворююче значення м'язово-тонічних порушень (МТП) у вертеброневрології, доцільним було сконцентруватись саме навколо них.

Обстежено 68 хворих віком 18—44 роки із ШВНС рефлексорного походження: цервікальними, цервікокраніальними, цервікобрахіальними.

Соматотип визначався за методом Б. Х. Хіт — Д. Л. Картер на підставі відповідних антропометричних показників. Регіонарні МТП, що виявляли при клінічному вертеброневрологічному обстеженні, оцінювали з використанням методики, описаної Кузнецовим В. Ф., підраховували у балах за інтенсивністю і поширеністю і підсумовували у загальному показнику МТП. Статистичне оброблення результатів проводили стандартним пакетом програм SPSS 20.

У обстежених були виявлені 6 варіантів соматотипу, які відрізнялися за компонентним складом тіла. М'язово-тонічні порушення виявлені в усіх обстежених. Вони були максимально виразні у осіб із 2 і 3 соматотипами і найнижчою м'язовою масою (загальний показник МТП 58 та 52 бали відповідно) і меншими — у осіб 4—6 соматотипів із високою м'язовою та кістковою масою (загальний показник МТП 42, 37 та 30 балів відповідно). Особливості соматотипу відбивалися і на якості МТП. У 1—4 соматотипів значно переважав гіпертонус, який спостерігався у 100 %, 96 %, 89 %, 96 % хворих відповідно. У осіб 5 і 6 соматотипів спостерігалася і м'язова гіпотонія, як у поєднанні із гіпертонусом, так і окремо, і співвідношення гіпертонус/гіпотонус в середньому у групах становило 50 % до 50 % та 60 % до 40 % відповідно. Вплив соматотипу на МТП підтверджувався достовірними кореляційними зв'язками ( $r$  від  $-0,3$  та більше), які означали: зростання значення соматотипу від 2 до 6 зменшує виразність МТП. Відмінності будови тіла проявлялися і у клінічному перебігу ШВНС, з боку різної симптоматики, зокрема і болю, найчастішого і найвиразнішого у хворих 2 і 3 соматотипів, і протилежних ознак у хворих 5 і 6 соматотипів.

Отже, соматотип конституції людини впливає на формування і клінічний перебіг ШВНС та може бути розглянутий для застосування як предиктор МТП. В роботі було виявлено, що регіонарні МТП у осіб 5 і 6 соматотипів можуть бути представлені поєднанням гіпертонусу м'язів із їх гіпотонією