

УДК: 61.159.91. 612.8

# Комплексний підхід до терапії порушень афективного та мнестично-когнітивного спектра в пацієнтів із постконтузійним синдромом

Л.Л. Чеботарьова, А.І. Третьякова, К.В. Проноза-Стеблюк, О.С. Солонович, Л.М. Сулій  
 Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна  
 Адреса для листування e-mail: llche@ukr.net

## Актуальність

Відсутність своєчасного лікування та реабілітації пацієнтів із наслідками мінно-вибухової травми у 27-30% випадків призводить до прогресування мнестично-когнітивної недостатності, фактичного руйнування ядра особистості, психосоціальної деградації суб'єкта. Усе перелічене зумовлює актуальність розробки нових комплексних (медико-психологічних) підходів до лікування та реабілітації цієї категорії пацієнтів.

**Мета дослідження** — підвищення ефективності лікувально-реабілітаційних заходів у пацієнтів із постконтузійним синдромом шляхом розробки та впровадження індивідуалізованого курсу нейропсихологічного лікування.

## Матеріал і методи дослідження

До дослідження включено 78 чоловіків, середній вік — 31,56±9,13 року, із встановленим у клініці Української військово-медичної академії діагнозом F 07.2 «Постконтузійний синдром» (далі — ПКС) за МКХ-10.

© Л.Л. Чеботарьова, А.І. Третьякова, К.В. Проноза-Стеблюк, О.С. Солонович, Л.М. Сулій

L.L. Chebotariova, A.I. Tretiakova, K.V. Pronoza-Steblyk, O.S. Solonovuch, L.M. Sulii  
 A comprehensive approach to the treatment of affective and mystic-cognitive spectrum disorders in patients with post-contusion syndrome  
 Department of Functional Diagnosis SI «Acad. A.P. Romodanov Institute of Neurosurgery NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

У терапії були застосовані такі техніки: психоедукація, техніки заземлення, майндфулнес, техніка менеджменту та дискримінації тригерів, конфронтація «під прикриттям», техніка дистанціювання від думок при румінативному негативному мисленні та негативних автоматичних думках, когнітивні техніки для корекції негативних думок і пошуку помічних думок. Вираженість симптоматики визначали за показником частоти зустрічаємості ознак (ЧЗО)  $\alpha$  та інтегральним показником патології (ІПП)  $\Sigma\alpha$ , ефективність заходів — за динамікою ІПП  $\delta\Sigma\alpha$ .

## Результати дослідження та їх обговорення

Вихідні дані: афективна симптоматика ЧЗО  $\alpha_1=0,765\pm 0,11$ , мнестично-когнітивна ЧЗО  $\alpha_2=0,452\pm 0,03$ ; ІПП  $\Sigma\alpha=1,341\pm 0,426$ . Після курсу когнітивно-поведінкової терапії:  $\alpha_1=0,214\pm 0,091$ ,  $\alpha_2=0,365\pm 0,04$ ,  $\Sigma\alpha=0,621\pm 0,202$ ;  $\delta\Sigma\alpha=0,621\pm 0,204$ .

## Висновки

Проведене лікування з урахуванням нейропсихологічної та нейрофізіологічної оцінки стану пацієнтів у більшості випадків покращує самопочуття пацієнтів та сприяє відновленню їх активної діяльності.

УДК: 616.857-06:616.89-008.45/.47:616.831-073.8

# Асоційовані з когнітивними порушеннями нейровізуалізаційні зміни в пацієнтів із мігренню (огляд літератури)

Т.І. Насонова, М.П. Магурчак

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Адреса для листування e-mail: [Magjanatag@gmail.com](mailto:Magjanatag@gmail.com)

Мігрень є одним із найпоширеніших захворювань серед первинного та вторинного головного болю. Крім симптомів, що включені в діагностичні критерії мігрені, хворі часто скаржаться на погіршення пам'яті, зниження уваги та швидкості виконання звичних для них завдань під час нападів головного болю та інколи і в період між нападами. Завдяки покращенню нейровізуалізаційних можливостей останніми роками активно досліджуються зміни головного мозку, що можуть бути пов'язані з додатковими симптомами мігрені.

Стандартизовані нейропсихологічні тести підтверджують зміни когнітивних функцій у пацієнтів із мігренню, а саме порушення зорової та вербальної пам'яті, погіршення уваги, зниження виконавчих функцій та швидкості оброблення інформації, порушення візуально-просторової функції. Численні дослідження вказують на те, що мігрень пов'язана зі структурними та функціональними змінами в кіркових і підкіркових ділянках, які задіяні в роботі когнітивної функції та обробці болю. За допомогою функціо-

нальної магнітно-резонансної томографії в пацієнтів із мігренню в період між нападами головного болю були виявлені зміни активності в ділянці острівця, що бере участь не тільки в процесах інтеграції болю, але й залучений у вегетативних, емоційних та когнітивних процесах. Магнітно-резонансні томографічні обстеження з подальшою морфометричною обробкою в пацієнтів із мігренню показали зниження об'єму кори поясної звивини, середньої й нижньої лобової звивин, а також префронтальної кори та гіпокампа, що можуть бути асоційованими з такими симптомами, як когнітивна дисфункція та емоційні розлади. Так, наприклад, кора передньої поясної звивини бере участь у регуляції вибіркової уваги та робочої пам'яті.

## Висновки

У пацієнтів із мігренню можливе погіршення зорової та вербальної пам'яті, уваги та швидкості обробки інформації, зниження виконавчих функцій як під час нападу мігренозного головного болю, так і в період між нападами. Наявність когнітивних порушень та ступінь їх вираженості залежать від наявності чи відсутності аури, тривалості захворювання, частоти нападів головного болю, наявності триво-

© Т.І. Насонова, М.П. Магурчак

T.I. Nasonova, M.P. Magurchak  
*Neuroimaging changes associated with cognitive impairment in patients with migraine*  
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,  
Kyiv, Ukraine

ги та депресії, а також супутнього головного болю, асоційованого з прийомом медикаментів. Нейровізуалізаційні зміни, виявлені в пацієнтів із мігренню, можуть вказувати на порушення процесів обробки больових імпульсів та бути асоційованими з когнітивними дисфункціями.

### Список використаної літератури

1. Chong C.D., Aguilar M., & Schwedt T.J. Altered Hypothalamic Region in Migraine and Cluster Headache: A Structural MRI Study. *Headache // The Journal of Head and Face Pain.* — 2020. doi:10.1111/head.13742.
2. Lo Buono V., Bonanno L., Corallo F., Pisani L.R., Lo Presti R., Grugno R., Marino S. Functional connectivity and cognitive impairment in migraine with and without aura // *The Journal of Headache and Pain.* — 2017. — 18 (1). doi:10.1186/s10194-017-0782-6.
3. Chong C.D., Dumkrieger G.M., & Schwedt T.J. Structural Co-Variance Patterns in Migraine: A Cross-Sectional Study Exploring the Role of the Hippocampus. *Headache // The Journal of Head and Face Pain.* — 2017. — 57 (10). — P. 1522-1531. doi:10.1111/head.13193.
4. Burke M.J., Joutsa J., Cohen A.L., Soussand L., Cooke D., Burstein R., & Fox M.D. Mapping migraine to a common brain network // *Brain.* — 2020. doi:10.1093/brain/awz405.
5. Yu Y., Zhao H., Dai L., Su Y., Wang X., Chen C., Hu C. Headache frequency associates with brain microstructure changes in patients with migraine without aura // *Brain Imaging and Behavior.* — 2020. doi:10.1007/s11682-019-00232-2.
6. Tunç A., Tekeşin A.K., Güngen B.D., & Arda E. Cognitive performance in young and middle-aged adults with migraine: Investigating the correlation with white matter hyperintensities and psychological symptoms // *Neurologia i Neurochirurgia Polska.* — 2018. — 52 (4). — P. 470-476. doi:10.1016/j.pjnns.2018.05.001.
7. Cai X., Xu X., Zhang A., Lin J., Wang X., He W., & Fang Y. Cognitive Decline in Chronic Migraine with Nonsteroid Anti-inflammation Drug Overuse: A Cross-Sectional Study // *Pain Research and Management.* — 2019. — P. 1-8. doi:10.1155/2019/7307198.
8. Lee S.H., Kang Y., & Cho S.-J. Subjective cognitive decline in patients with migraine and its relationship with depression, anxiety, and sleep quality // *The Journal of Headache and Pain.* — 2017. — 18, Article 77. doi:10.1186/s10194-017-0779-1.
9. Huang L., Juan Dong H., Wang X. et al. Duration and frequency of migraines affect cognitive function: evidence from neuropsychological tests and event-related potentials // *J. Headache Pain.* — 2017. — 18 (1). — P. 54. doi:10.1186/s10194-017-0758-6.

# Фактори впливу на інтенсивність больового синдрому та функціонування хворих із болем у спині різної локалізації

I.G. Maslova

Медико-санітарна частина АТ «Мотор Січ», м. Запоріжжя, Україна

Адреса для листування e-mail: mig-090979@i.ua

**Мета** — виявити ймовірні фактори впливу на інтенсивність больового синдрому (у день звернення по медичну допомогу) та оцінити його клінічні характеристики залежно від його локалізації та супутньої патології.

## Матеріал і методи дослідження

У дослідженні брало участь 139 пацієнтів, із них 83 жінки віком від 45 до 60 років та 56 чоловіків віком від 30 до 58 років із болем у спині різної локалізації. Основну групу становили пацієнти з гострим больовим синдромом — 34 чоловіки та 35 жінок. Контрольну групу становили пацієнти із загостренням хронічного больового синдрому — 21 чоловік та 48 жінок. У всіх пацієнтів було діагностовано неспецифічний біль у спині у вигляді цервікалгій, цервікокраніалгій, цервікобрахіалгій (із наявністю радикулопатії шийного рівня — 7 пацієнтів, 3 чоловіки та 4 жінки); хворі з торакалгією, люмбалгією, люмбоішіалгією (з радикулопатією поперекового рівня — 21 пацієнт, 14 чоловіків та 7 жінок).

Больовий синдром оцінювався за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ).

Невропатичний компонент болю виявляли за допомогою опитувальника DN4, емоційний фон оцінювали за допомогою шкали депресії Бека та шкали тривоги Бека, якість життя — за шкалою SF-36. Оскільки дані, отримані з опитувальників, є порядковими ознаками, для порівняння груп за ступенем інтенсивності болю ми використовували непараметричний критерій Уїлкоксона – Манна – Уїтні. Розподіл номінальних ознак порівнювали за допомогою критерію хі-квадрат із корекцією на неперервність Йетса. Кореляцію між числовими ознаками вивчали, використовуючи непараметричний коефіцієнт кореляції рангу Спірмена. Усі обчислення виконували в програмному середовищі для статистичного аналізу R3.4.3. Для побудови графіків користувались програмною бібліотекою ggplot2.

Лікування: усім пацієнтам у перші два дні був призначений кеторолак, а надалі — мелоксикам або цефекоксид залежно від коморбідних станів пацієнта для запобігання побічним ефектам протягом 10 днів перебування в стаціонарі, а потім — до 10 днів для амбулаторного прийому в разі потреби.

## Результати та їх обговорення

Найвище середнє значення інтенсивності болю за ВАШ достовірно спостеріга-

© I.G. Maslova

I.G. Maslova

Factors of influence on the intensity of pain syndrome and the functioning of patients with back pain of various localization  
Shupik National medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

лось у групі пацієнтів із люмбоішіалгією, порівняно з іншими рівнями ураження, та становило  $6,93 \pm 1,74$  бала ( $p=0,044$ ). Дещо меншою середньою інтенсивністю болю характеризувалась група пацієнтів із люмбалгією ( $6,79 \pm 1,78$ ). Ці дані збігаються з результатами оцінки рівня болю згідно з віссю ВР шкали SF-36: найсильнішим він був у пацієнтів із симптомами ішіалгії ( $36,2 \pm 17,8$  бала,  $p=0,017$ ) і люмбалгії ( $37,4 \pm 18,3$  бала,  $p=0,011$ ) та асоціювався з гіршими показниками фізичного функціонування (вісь PF шкали SF-36), яке найбільше страждає при симптомах ішіалгії (середня кількість балів у групі становить  $66,2 \pm 22,5$ ) та люмбалгії ( $66,5 \pm 21,7$  бала), а це, найімовірніше, пов'язано з переважним навантаженням відповідних анатомічних структур при фізичній активності.

#### Висновки

1. У пацієнтів із люмбалгією та ішіалгією відмічені достовірно вищі рівні болю не тільки за ВАШ, але й згідно з віссю ВР шкали SF-36 порівняно з больовими синдромами інших регіонів. У них достовірно більше страждає фізичне та рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (вісь PF шкали SF-36). При цьому ці хворі демонструють кра-

щі показники загального стану здоров'я (вісь GH шкали SF-36).

2. Цервікокраніалгія достовірно супроводжувалась розвитком депресивних і тривожних розладів за шкалами депресії та тривоги Бека порівняно з іншими регіонами локалізації болю. Біль у ділянці голови достовірно супроводжувався найнижчими показниками життєвої активності, соціального функціонування, рівнем ментального здоров'я (за шкалою SF-36).
3. Усі пацієнти із загостренням хронічного болю характеризувались достовірно зниженим рівнем фізичного функціонування, погіршеною життєвою активністю та станом загального й ментального здоров'я порівняно з хворими, які вперше відчували біль у спині.
4. Серед пацієнтів із загостренням хронічного болю спостерігалось у два рази більше хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) та цукровий діабет. Особливої уваги заслуговують хворі з АГ: незважаючи на «аналгезуючий» ефект АГ, що підтверджують дані нашого дослідження, частота загострень у цих хворих підвищується та призводить до погіршення фізичного і соціального функціонування.

УДК: 616.857-08

# Розробка патогенетично обґрунтованої стратегії раннього abortивного лікування мігренозних нападів у продромальну фазу

О.С. Нікіфорова, М.Ю. Дельва

Українська медична стоматологічна академія, кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою, м. Полтава, Україна

Адреса для листування e-mail: [elenanikvor@gmail.com](mailto:elenanikvor@gmail.com)

## Вступ

Мігрень — один із найпоширеніших, із високим ступенем дезадаптації, видів первинного головного болю (ГБ). Але досі abortивна терапія цього складного захворювання характеризується обмеженою ефективністю, що зменшується прямо пропорційно часу від початку нападу. Тому розробка ранніх стратегій лікування мігрени, на думку провідних учених у цій галузі, є пріоритетною.

Сучасна наука розглядає п'ять фаз мігрени: продром, аура, головний біль, постдром, міжнападний період. Більшість, якщо не всі, симптомів, що передують, супроводжують і післядіють головному болю при мігрені, нагадують ті, що індукуються фармакологічною стимуляцією центральних або периферичних дофамінових рецепторів.

Особливу цікавість викликають продромальні симптоми (ПС), які можуть прогнозувати фазу ГБ при мігрені. Чітке їх розпізнавання може принести значну терапевтичну перевагу, дозволяючи пацієнтам лікуватися після початку нападу, але до появи ГБ.

**Мета** — оцінити особливості продромальної фази мігрени та розробити стратегію найбільш раннього abortивного лікування мігрени в продромальну фазу.

## Матеріал і методи

У дослідження, після підписання інформованої згоди, включено 64 пацієнти жіночої статі віком від 18 до 55 років із діагнозом «епізодична мігрень з аурою та без аури» (згідно з ICHD-3, 2018).

Дані збиралися безпосередньо при контакті з пацієнтами з використанням розробленого нами структурованого опитувальника продромальних симптомів мігрени, який визначав наявність продромального симптому(-ів), а також його/їх частоту, інтенсивність та тривалість. Також нами аналізувалися дані щоденників ГБ щодо тривалості (години) та інтенсивності мігренозних нападів (бали за шкалою ВАШ). Ступінь побутової та професійної дезадаптації протягом останніх 3 місяців визначався за допомогою опитувальника MIDAS.

Критеріями виключення для усіх груп були: наявність клінічно вираженої депресії і тривоги (значення субшкал госпітальної шкали тривоги та депресії 11 і більше балів), тяжка залежність від знеболювальних препаратів (значення опитувальника LDQ 23 та більше балів),

© О.С. Нікіфорова, М.Ю. Дельва

O. Nikiforova, M. Delva

*Development of a pathogenetically based strategy for early abortive treatment of migraine attacks in the prodromal phase*  
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

прийом профілактичних протимігренозних препаратів упродовж останніх 3 міс.

### Результати та їх обговорення

Нами виявлено високу поширеність продрому мігрени. Так, серед 64 пацієнтів з ЕМ мігренозний продром (один або декілька симптомів) спостерігався в 47 пацієнтів, що становило 73%. Кількість ПС у одного пацієнта становила від 1 до 6 (середня кількість — 3). Серед найбільш поширених ПС: «відчуття втоми» (67%), «різкі зміни настрою» (43%), «підвищення апетиту» (38%), «зміна смакових уподобань» (25%), «часта зівота» (22%). Згідно з ранговою кореляцією Кендала, інтенсивність таких ПС, як «відчуття втоми» та «часта зівота», мала пряму кореляцію з вираженістю мігренозного ГБ за шкалою ВАШ —  $\tau = 0,54$  ( $p=0,01$ ) та —  $\tau = 0,43$  ( $p=0,03$ ) відповідно. Інтенсивність такого ПС, як «різкі зміни настрою», мала пряму кореляцію з тривалістю мігренозного ГБ —  $\tau = 0,42$  ( $p=0,03$ ).

Фізіологічна роль ПС досі погано вивчена, але передбачається, що в основі більшості із них задіяна саме дисфункція дофамінергічного шляху. Дофамінергічні симптоми при мігрени, імовірно, є клінічним проявом вивільнення іктального дофаміну в суб'єктів, які мають хронічну, генетично озумовлену дофамінергічну гіпофункцію.

Історично серотонін відігравав важливу роль у патогенезі мігрени; проте серотонінова система може представляти тільки один аспект залучення моноамінів у патогенезі мігрени. Дофамін здатний модулювати ноцицепцію, вегетативні реакції і вазорегуляцію. Із цієї точки зору блокада дофамінергічних гіперреактивних рецепторів може розглядатися як обґрунтування ранньої терапії мігрени.

Нами розроблено основні положення стратегії раннього abortивного лікування мігрени в продромальну фазу:

1. Оцінка ПС мігрени повинна бути використана в рутинній клінічній практиці із застосуванням розробленого нами опитувальника, враховуючи високу поширеність ПС серед пацієнтів, які страждають на мігрень.
2. Навчання і роз'яснення пацієнтам істинної симптоматики продрому мігрени, що дозволить:
  - мінімізувати індивідуальні тригери (пропуск прийому їжі, депривація сну, алкоголь тощо);
  - вчасно прийняти протимігренозний препарат, що забезпечить його найвищу ефективність;
  - адаптуватися до менш інтенсивних фізичних та розумових навантажень для іншої частини дня, щоб уникнути погіршення симптомів самої фази ГБ мігрени.
3. Застосування низьких доз антагоністів дофамінових рецепторів (домперидону в дозі 10 мг) при появі ПС та відсутності протипоказань до його прийому, імовірно, дозволить:
  - попередити розвиток мігренозного ГБ;
  - у разі розвитку мігренозного ГБ знизить імовірність тяжкого нападу;
  - дозволить подіяти протимігренозним лікам більш ефективно завдяки їх прокінетичній дії та попередженню розвитку гастро-стазу, типового для мігренозного пароксизму;
  - зменшить прояви тяжких супутніх симптомів мігрени (нудоти, блювання, вегетативних симптомів).

Потрібні подальші дослідження в цьому напрямку з метою з'ясування ефективності та безпечності застосування низьких доз антагоністів дофамінових рецепторів у продромальну фазу мігрени як найбільш ранньої abortивної терапії мігренозних нападів.

УДК: 616.831-005.6: (-085)

# Зміни стану системи гемостазу при проведенні системної тромболітичної терапії у хворих на ішемічний інсульт

Я.Ю. Гавловська, Н.В. Литвиненко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Адреса для листування e-mail: Yarapl94@gmail.com

## Актуальність

У структурі судинної патології головного мозку ішемічний інсульт (ІІ) залишається провідною причиною функціональної неспроможності пацієнтів. Відповідно до сучасних уявлень ІІ розглядається як процес зі змінами від початкових проявів церебральної ішемії до незворотного структурного ураження мозку — некрозу. При цьому зміни стану системи гемостазу у хворих на ІІ після проведення системної тромболітичної терапії (сТЛТ) можуть дозволити прогнозувати ступінь морфологічного ураження та функціонального дефіциту (Сусліна З.А., 2018).

**Мета** — аналіз стану системи гемостазу у хворих на ішемічний інсульт при проведенні сТЛТ.

## Матеріали та методи дослідження

Проведено оцінку стану системи гемостазу у 20 хворих на ІІ, яким була проведена сТЛТ. Показники гемокоагуляції досліджувалися на 1-й та 10-й день після проведення лікування сТЛТ. Згідно зі шкалою Національного інституту здоров'я (NIHSS), тяжкість інсульту в пацієнтів ста-

новила 6-13 балів (інсульт середньої тяжкості). Пацієнти були розподілені на дві групи: перша група — тяжкість інсульту 6-9 балів (n=9), друга група — тяжкість інсульту 10-13 балів (n=11).

## Результати дослідження та їх обговорення

Усі пацієнти на 1-й день ІІ після проведення сТЛТ мали підвищення рівня розчинних фібрин-мономерних комплексів ( $12 \pm 1,2$  мг%). На 10-й день після проведення сТЛТ спостерігалось його подальше зростання порівняно із вихідним рівнем на 1-й день сТЛТ ( $17 \pm 1,4$  мг%): у першій групі — у 66,8% пацієнтів, у другій групі — у 90,1% пацієнтів. Поряд із цим потрібно зауважити, що концентрація фібриногену та інші показники коагулограми в даних пацієнтів достовірно не змінювалися.

## Висновки

Доведено достовірне зростання рівня РФМК у хворих на ІІ після проведення сТЛТ. Підвищення рівня РФМК утримувалося на 10-й день після проведення сТЛТ та залежало від тяжкості інсульту.

© Я.Ю. Гавловська, Н.В. Литвиненко

Ya.Yu. Havlovska, N.V. Lytvynenko

*Hemostatic changes during systemic thrombolytic therapy in patients with ischemic stroke*

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine



УДК: 616.831-009.7-053.2

# Головний біль типу напруги в дітей

М.І. Пітик<sup>1</sup>, І.І. Ліскевич<sup>1</sup>, Я.Л. Криштафович<sup>2</sup>, М.І. Олексин<sup>2</sup>, С.В. Галанджій<sup>2</sup>, Н.М. Іваницька<sup>2</sup>, Л.В. Дельва<sup>2</sup>, Д.Ю. Дельва<sup>2</sup>, О.М. Пітик<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Івано-Франківський національний медичний університет

<sup>2</sup> Івано-Франківська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування e-mail: pityk@ukr.net

## Актуальність

Головний біль типу напруги (ГБН) становить близько 90% від усіх випадків головного болю. Станом на 2014 рік цей тип головного болю відмічено в 1,6 млрд осіб (20,8% населення Землі). На сьогодні прийнято використовувати термін «головний біль типу напруги» (tension type headache) замість попередніх термінів «головний біль напруги», «головний біль м'язового скорочення» (Headache Classification Committee, 2013).

**Мета роботи** — виділити основні особливості проявів головного болю напруги в дітей згідно із сучасними уявленнями.

## Матеріали та методи дослідження

Дослідження базується на підставі аналізу медичної документації дітей, що перебували на лікуванні в клініці, та даних сучасної літератури з даної проблеми.

## Результати дослідження та їх обговорення

У дітей головний біль типу напруги має в основному епізодичний характер, у середньому в 78% випадків спостережень.

Головним провокатором ГБН у дітей є м'язовий фактор, зокрема незручна поза за робочим столом, неправильна постава, а також емоційний стрес, який як викликає, так і посилює надмірні напруження м'язів потилиці, голови і шиї. Сьогодні широко обговорюється психогенний характер ГБН, коморбідність панічних атак, системних вегетативних дисфункцій. Цікавою є думка, що ГБН розцінюють як нездорову звичку, яку можна усунути, домігшись від дитини, на основі постійного виховання, гарної постави, корекцією зору, налаштувавши здоровий спосіб життя з правильним співвідношенням навчання та активного відпочинку, а в більш складних випадках — застосуванням лікувальної гімнастики, розслаблюючих процедур (масаж, фізіотерапія, голкорексфлексотерапія), когнітивної терапії. Доцільними є арт-терапевтичні мистецькі техніки, що достовірно знижує рівень реактивного та особистісного реагування, депресивності, особливо в дітей із хронічним ГБН. Усе це спільно з адекватним медикаментозним лікуванням забезпечує успішну психосоціальну адаптацію.

## Висновки

Вищенаведене вказує на необхідність подальшого дослідження ГБН у дітей, особливо в плані вивчення ролі центральних механізмів (опіоїдних та нейромедіаторних систем мозку).

© М.І. Пітик, І.І. Ліскевич, Я.Л. Криштафович, М.І. Олексин, С.В. Галанджій, Н.М. Іваницька, Л.В. Дельва, Д.Ю. Дельва, О.М. Пітик

M.I. Pityk<sup>1</sup>, I.I. Liskevych<sup>1</sup>, Ya.L. Kryshchafovich<sup>2</sup>, M.I. Oleksyn<sup>2</sup>, S.V. Halandzhii<sup>2</sup>, N.M. Ivanytska<sup>2</sup>, L.V. Delva<sup>2</sup>, D.Yu. Delva<sup>2</sup>, O.M. Pityk<sup>1</sup>

*Tension type headache in children*

<sup>1</sup> Ivano-Frankivsk National Medical University

<sup>2</sup> Ivano-Frankivsk Regional Children Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

УДК: 616.133.33-0022-007.64-089-053

# Результати хірургічного лікування артеріальних аневризм головного мозку

О.І. Потапов<sup>1</sup>, Ю.В. Гринів<sup>1</sup>, А.Ю. Мартин<sup>2</sup>, О.І. Онуфрик<sup>2</sup>, О.В. Черняк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Івано-Франківський національний медичний університет

<sup>2</sup>Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування e-mail: Gryniv75@ukr.net

## Актуальність

Аневризми судин головного мозку є однією з причин смертності та інвалідності внаслідок їхнього розриву, тому рання діагностика, вчасне виключення з кровообігу є важливим для попередження порушень мозкового кровообігу.

**Мета** — покращити результати лікування внутрішньомозкових нетравматичних крововиливів на тлі артеріальних аневризм (АА) головного мозку.

## Матеріал і методи дослідження

За останні п'ять років (2014-2019 рр.) у нейрохірургічному відділенні ОКЛ 485 хворим із геморагічними інсультами застосовувалася церебральна ангіографія (ЦАГ). Вік хворих коливався від 32 до 74 років, у 183 із них діагностовано АА судин головного мозку. За локалізацією вони розділені на аневризми комплексу передньої мозкової артерії — передньої сполучної артерії (ПМА-ПСА) — 81, середньої мозкової артерії (СМА) — 52, внутрішньої сонної артерії (ВСА) — 43 та вертебробазиллярного басейну (ВББ) — 7 хворих. Частіше АА виявлялися в па-

цієнтів 40-55 років, чоловіків було 122, жінок — 61.

## Результати дослідження та їх обговорення

Зі 183 хворих з АА 174 були оперовані. У більшості випадків показанням до проведення ранньої операції (до 7 днів після крововиливу) була важкість хворих I-III степенів за шкалою Hunt-Hess. Хворі з V ступенем важкості оперувалися тільки в пізньому періоді на 3-4-й тиждень після покращення загального стану. Хворі при IV ступені за шкалою Hunt-Hess оперувалися в ранньому періоді тільки ендovasкулярно. При цьому в 122 хворих проведено відкрите втручання з кліпуванням шийки АА. У 52 хворих було проведено ендovasкулярне закриття АА спіралями. Перевагу ендovasкулярним методам віддавали при АА ВСА та локалізованих у ВББ. Загальна летальність у нашій клініці становила 9,2% при прямих втручаннях та 5,3% при ендovasкулярних, що відповідає даним інших авторів.

## Висновки

Широке використання ангіографії судин головного мозку при гострому геморагічному інсульті дає можливість ранньої діагностики судинних аномалій та проведення відповідного, вчасного й адекватного лікування хворих.

© О.І. Потапов, Ю.В. Гринів, А.Ю. Мартин, О.І. Онуфрик, О.В. Черняк

O.I. Potapov, Y.V. Gryniv, A.Y. Martin, O.I. Onufryk, O.V. Chernyak

*Cerebral aneurysms: outcomes after surgical treatment*

<sup>1</sup>Ivano-Frankivsk National Medical University

<sup>2</sup>Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

УДК: 616.831-005.4-089

# Декомпресивна трепанація черепа у хворих зі злякисним перебігом ішемічного інсульту

О.І. Потапов<sup>1</sup>, Ю.В. Гринів<sup>1</sup>, Ю.Л. Ткачук<sup>2</sup>, А.Ю. Мартин<sup>2</sup>, А.М. Павлюк<sup>2</sup><sup>1</sup>Івано-Франківський національний медичний університет<sup>2</sup>Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування e-mail: Gryniv75@ukr.net

## Актуальність

Згідно зі статистикою, за останні роки спостерігається збільшення кількості ішемічних інсультів зі злякисним перебігом, що обґрунтовує дане дослідження.

**Мета** — провести аналіз лікування хворих зі злякисним перебігом ішемічного інсульту.

## Матеріал і методи дослідження

Проведено ретроспективне дослідження перебігу злякисної форми ішемічного інсульту з розвитком дислокаційного синдрому в 37 хворих, проаналізовано результати обстеження та лікування. Середній вік хворих коливався від 48 до 72 років, строки захворювання — від декількох годин до трьох діб від початку виникнення симптомів. Хворим після огляду відразу проводилась КТ головного мозку та призначалась відповідна терапія невропатологом. Упродовж 2-3 діб спостерігалось порушення свідомості до коми, збільшився неврологічний дефіцит. На повторній КТ головного мозку було виявлено поряд із вогнищем ішемії масивний набряк мозкової тканини з розвитком поперечної дислокації серединних структур від 6 мм до 1,5 см.

© О.І. Потапов, Ю.В. Гринів, Ю.Л. Ткачук, А.Ю. Мартин, А.М. Павлюк

O.I. Potapov, Y.V. Gryniv, Y.L. Tkachuk, A.Y. Martin, A.M. Pavlyuk  
*Decompressive craniotomy in case of malignant cerebral infarction*<sup>1</sup> Ivano-Frankivsk National Medical University<sup>2</sup> Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk, Ukraine

## Результати дослідження та їх обговорення

До злякисної форми ішемічного інсульту відносили випадки з наявністю об'єму пошкодження більше ніж 150 см<sup>3</sup>, із наростаючим пригніченням свідомості та поглибленням вогнищевої симптоматики. Усім хворим провели декомпресійну трепанацію черепа розміром ~ 10x12 см. У всіх випадках отримано покращення свідомості та часткове відновлення рухової сфери. Віддалений період (6-18 місяців) простежено в 19 хворих, у 14 з них частково відновилися функції кінцівок із можливістю пересування з підтримкою, частково регресувало порушення мови.

## Висновки

1. Проведення декомпресійної трепанації черепа в групі хворих зі злякисним перебігом ішемічного інсульту є методом вибору при лікуванні та дозволяє в багатьох випадках зберегти й покращити якість життя.
2. Великих розмірів (150 см<sup>3</sup>) ішемічний інсульт, встановлений при первинній КТ головного мозку, може бути розцінений як можливий злякисний процес, і тому декомпресійна трепанація черепа може бути проведена до ознак дислокаційного синдрому.

УДК: 616.831-005+616.89-008

# Півкульовий ішемічний інсульт: латералізація вогнища та особливості нейрокогнітивних порушень у гострому періоді

О.О. Пушко, Н.В. Литвиненко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Адреса для листування e-mail: olexandrpushko@gmail.com

## Актуальність

Інсульт — важлива й складна медико-соціальна проблема сьогодення, адже постінсультна втрата працездатності лідирує серед причин інвалідизації дорослого населення більшості країн світу. Основними складовими клінічної картини мозкового ішемічного інсульту (МІ) є рухові, чутливі, когнітивні, мовні порушення [Мищенко Т.С., 2016]. Проблеми нейрокогнітивного дефіциту в пацієнтів із гострим вогнищевим ураженням головного мозку донині враховуються недостатньо [Thrift A.G., 2017; Benjamin E.J., 2019].

**Мета** — виявлення й оцінка півкульових особливостей нейрокогнітивного статусу (НКС) пацієнтів у гострому періоді МІ.

## Матеріал і методи дослідження

Було обстежено 43 пацієнти (27 чоловіків та 16 жінок) із діагнозом «гострий півкульовий МІ». Середній вік становив  $59,81 \pm 1,28$  року. Правопівкульовий ішемічний інсульт спостерігався у 20 (46,5%) хворих, лівопівкульовий — у 23 (53,5%) пацієнтів. Контрольну групу становили 16 практично здорових осіб (10 чоловіків та 6 жінок). Середній вік становив  $59,5 \pm 1,74$  року. Оцінку НКС проводили з використанням короткої шкали оцінки

психічного статусу, Монреальської шкали когнітивної оцінки, шкали депресії Бека, опитувальника реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна. Період обстеження — 3-7-й день півкульового МІ. Обробку даних проведено з використанням статистичних методів, зокрема визначенням середнього  $\pm$  стандартної помилки середнього, U-критерію Манна — Уїтні. Відмінності вважали статистично значущими при  $p < 0,05$ . У ході дослідження було дотримано всіх правил етики та деонтології.

## Результати дослідження та їх обговорення

При порівнянні груп за віком і статтю статистично значущих відмінностей не виявлено. Спостерігалася вірогідно більша частота й вищий ступінь постінсультних когнітивних порушень із мовленнєвою дисфункцією, погіршенням пам'яті в осіб із МІ лівопівкульової локалізації, порівняно з особами із правопівкульовим МІ, для яких були характерними когнітивна дисфункція з переважним порушенням уваги, абстрактного мислення, зорово-конструктивних, виконавчих навичок і більша частота й вищий ступінь тривожно-депресивних порушень.

## Висновки

Урахування латералізації інсульту може відігравати важливу роль в оптимізації терапевтично-реабілітаційних заходів.

© О.О. Пушко, Н.В. Литвиненко

O.O. Pushko, N.V. Lytvynenko  
*Hemispherical ischemic stroke: lateralization of damage focus and features of neurocognitive disorders in the acute period*  
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

УДК: 616-009.12

# Взаємозв'язок між рівнем спастичності та втомою у хворих на розсіяний склероз

Л.І. Соколова, Н.В. Домрес

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Адреса для листування e-mail: nata003@ukr.net

## Актуальність

Спастичність — типова ознака розсіяного склерозу (РС) (Гусев Є.І., Гехт А.Б., 1999; Гусев Є.І., Завалишин І.А., 2004; Patejdl R., Zetzl U., 2017), який трапляється у 80-85% хворих (Messmer M., 2008; Serafin B., 2014). Втома є також типовим симптомом РС, що суттєво впливає на якість життя пацієнтів, але наразі є недостатньо вивченим (Tiffany J., Braley M., 2010).

**Мета роботи** — вивчити взаємозв'язок рівня спастичності з показниками втоми за модифікованою шкалою втоми MFIS (Modified Fatigue Impact Scale).

## Матеріал і методи дослідження

Було обстежено 72 хворих на РС з ознаками спастичності, які проходили лікування в Київському міському центрі розсіяного склерозу. Серед них було 37 жінок і 35 чоловіків віком від 22 до 60 років. Середній вік хворих становив  $40,4 \pm 1,5$  року. Для кількісної оцінки вираженості змін м'язового тону застосовували модифіковану шкалу Ешворта (Modified Ashwort Scale) від 0 до 4 балів. Для оцінки втоми використовувалась шкала MFIS (21 питання з варіантами відповіді від 0 до 4 балів). Оцінка розподілу варіант проводилася із розрахунком

показників Колмогорова – Смирнова і Шапіро – Вілка. Кореляційно-регресійний аналіз проводився з визначенням непараметричного критерію Спірмена для двох вибірок змінних.

## Результати дослідження та їх обговорення

Середній бал спастичності за шкалою Ashworth становив  $1,87 \pm 0,14$ . Середній показник рівня втоми за шкалою MFIS становив  $2,47 \pm 0,27$ . Критерій Колмогорова – Смирнова для спастичності —  $d=0,177$ ,  $p<0,1$ , для показників втоми —  $d=0,122$ ,  $p>20$ . Критерій Шапіро – Вілка для спастичності —  $W=0,92$ ,  $p=0,00022$ , для показників втоми —  $W=0,947$ ,  $p=0,043$ . Оскільки розподіл варіант виявився неоднорідним як у вибірці показників спастичності, так і у вибірці втоми, для розрахунку кореляції використовували коефіцієнт Спірмена. Коефіцієнт кореляції Спірмена  $r_s=0,65$  — близький до сильного; прямий кореляційний зв'язок —  $p<0,01$ .

## Висновки

Отримані дані свідчать про те, що спастичність має вплив на рівні втоми пацієнтів із розсіяним склерозом. Зі збільшенням рівня спастичності відчуття втоми збільшується.

© Л.І. Соколова, Н.В. Домрес

L. Sokolova, N. Domres

Corellation between spasticity level and fatigue in multiple sclerosis patients

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

УДК: 616.857.2

# Асоціація поліморфізму гена MTHFR із розвитком атеротромботичного ішемічного інсульту в пацієнтів із мігренню

Д.Д. Сотніков, О.О. Потапов

Сумський державний університет, Україна

Адреса для листування e-mail: d.sotnikov@med.sumdu.edu.ua

## Актуальність

Наявність мігрені, особливо з аурою, збільшує відносний ризик виникнення гострого ішемічного інсульту в молодому віці. Спільним для цих захворювань є асоціація поліморфізму С677Т гена метилентетрагідрофолату редуктази (MTHFR), що проявляється гіпергомоцистеїнемією, тромбофілією та ендотеліальною дисфункцією.

**Мета** — вивчення впливу поліморфізмів гена MTHFR із ризиком виникнення атеротромботичного ішемічного інсульту (АІІ) у хворих на мігрень.

## Матеріал і методи дослідження

У дослідженні брали участь 188 осіб віком від 37 до 60 років ( $53,4 \pm 3,9$  року), із них 50 — пацієнти з АІІ з мігренню без аури, 38 — пацієнти з АІІ, які мали мігрень з аурою, а 50 — пацієнти з АІІ без мігрені. Генотипування поліморфних варіантів гена MTHFR С677Т проводили за допомогою ланцюгової реакції полімерази, методу в термоциклері PCR системи GeneAmp 2700 (Applied Biosystems, США). Групу винятків становили пацієнти, які приймали ерготамін та пероральні контрацептиви як відомі фактори ризику інсульту. Для прогнозування ризику

розвитку АІІ було використано метод логістичної регресії ( $p < 0,05$  — статистична значущість).

## Результати дослідження та їх обговорення

Серед пацієнтів з АІІ та мігренню з аурою найчастіше траплявся генотип Т677Т — у 46,5%, генотип С677С — 31,8%, генотип С677Т — 21,7%. Більше ніж половина пацієнтів з АІІ та мігренню без аури мали генотип С677С — 52,5%, генотип С677Т — 25,8%, генотип Т677Т — 21,7%. У пацієнтів з АІІ без мігрені переважали генотипи С677Т та С677С — 42 і 40% відповідно.

## Висновки

Особи з гомозиготним генотипом Т677Т, які страждають на мігрень з аурою, мають ризик виникнення АІІ у 2,5 рази більший, ніж без мігрені ( $OR=3,95$ ;  $p < 0,05$ ), і у 2,1 рази більший, ніж у пацієнтів із мігренню з аурою та гетерозиготою на С677Т ( $OR=0,29$ ;  $p < 0,05$ ). Мігрень без аури в носіїв гомозиготи С677С збільшує ризик розвитку АІІ у 2 рази, ніж гетерозиготи ( $OR=3,18$ ;  $p < 0,05$ ), і в 1,3 рази більше в людей без мігрені та того самого генотипу ( $OR=1,58$ ;  $p < 0,05$ ).

© Д.Д. Сотніков, О.О. Потапов

D.D. Sotnikov, O.O. Potapov  
Association polymorphism of MTHFR gene with the development of acute ischemic stroke within the migraine patients  
Sumy State University, Ukraine

УДК: 616.831-005.4:072:355.415.6

# Особливості діагностики хронічної ішемії головного мозку у військовослужбовців, евакуйованих із зони проведення бойових дій

С.М. Стаднік, О.В. Сайко

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів, Україна

Адреса для листування e-mail: deporss76@gmail.com

## Актуальність

Для військовослужбовців, що перебувають у зоні проведення бойових дій, суттєве значення у виникненні та прогресуванні захворювань, у тому числі цереброваскулярної патології, має важкість хронічного психоемоційного стресу, що в поєднанні з несприятливими побутовими та екологічними чинниками спричиняє ранній розвиток патоморфологічних і нейродинамічних змін, типових для старіння мозку (ослаблення біосинтезу білків у нейронах головного мозку, порушення проникності клітинних мембран, дестабілізація нейромедіаторних систем, зниження активності ендогенної антиоксидантної системи).

**Мета** — оптимізувати алгоритм обстеження пацієнтів із хронічною ішемією головного мозку у військовослужбовців, евакуйованих із зони проведення бойових дій.

## Матеріал і методи дослідження

Обстежено 23 військовослужбовці з хронічною ішемією головного мозку (ХІМ), які були евакуйовані із зони бойових дій. Середній вік становив  $46,3 \pm 4,2$  року. ХІМ I стадії діагносто-

вано в 16 (69,6%) хворих, ХІМ II стадії — у 7 (30,4%). Усім хворим проведено комплексне обстеження: клініко-неврологічне, нейропсихологічне (коротка шкала оцінки психічного статусу — MMSE, госпітальна шкала тривоги та депресії — HADS), інструментальне (рентгенографія шийного відділу хребта, ультразвукова доплерографія церебральних артерій, комп'ютерна томографія (КТ) головного мозку).

## Результати дослідження та їх обговорення

У пацієнтів із ХІМ I запаморочення поєднувалося з порушеннями рівноваги при поворотах голови й адіадохокінезом (75%), болем голови (81,2%), когнітивними (56,2%) та афективними (68,7%) порушеннями. У пацієнтів із ХІМ II запаморочення поєднувалося з періодичним болем голови (100%), порушеннями рівноваги при поворотах голови (85,7%), зоровими порушеннями (75%) у вигляді нечіткості зору, розмитості контурів предметів, що виникають одночасно з епізодами запаморочення, а також координаторними розладами у вигляді похитування або відхилення у бік при ходьбі (75%), когнітивними (100%) та афективними (100%) порушеннями. Встановили патогенетичні чинники ХІМ: вертеброгенна компресія хребетної артерії (ХІМ I —

© С.М. Стаднік, О.В. Сайко

O.V. Saiko, S.M. Stadnik  
*Diagnostic features of chronic cerebral ischemia among military persons evacuated of the zone of combat*  
 Military-medical center of the Western Region, Lviv, Ukraine

43,7%, ХІМ ІІ — 85,7%,  $p < 0,01$ ), гіпоплазія хребетної артерії (18,7% проти 42,8%,  $p < 0,001$ ), церебральна венозна дисциркуляція (18,7% проти 28,6%,  $p < 0,01$ ), стенозуючий атеросклероз  $< 50\%$  (6,2% проти 42,8%,  $p < 0,001$ ) і патологічні звивистості хребетної артерії (лише у хворих із ХІМ ІІ — 42,8%). За даними КТ головного мозку найчастіше виявляли ознаки зовнішньої гідроцефалії (ХІМ І — 25%, ХІМ ІІ — 85,7%,  $p < 0,001$ ) і дрібні постішемні вогнища переважно в стовбурі і мозочку (лише у хворих із ХІМ ІІ — 42,8%);

лейкоареоз (12,5% проти 42,8%,  $p < 0,001$ ) і перивентрикулярні постішемні вогнища (18,7% проти 57,1%,  $p < 0,001$ ).

### **Висновки**

Оптимальний діагностичний алгоритм дослідження військовослужбовців, евакуйованих із зони проведення бойових дій, включає послідовне використання клініко-неврологічного обстеження, комплексних ультразвукових досліджень судин шийи та головного мозку, рентгенографії шийного відділу хребта, КТ головного мозку.



УДК: 615.847.8:616.857:616.895.4

# Використання транскраніальної магнітної стимуляції для лікування мігрені та тривожно-депресивних станів

А.І. Третьякова, Л.Л. Чеботарьова, Л.М. Сулій

Відділення функціональної діагностики ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Адреса для листування e-mail: lsuliy@ukr.net

## Актуальність

Мігрень є однією з основних причин звернення до неврологів, що пояснюється недостатньою ефективністю фармакологічного та психологічного лікування. Особливо це стосується пацієнтів, у яких напади супроводжуються депресією, тривогою, розладами сну, зниженням когнітивних функцій.

**Мета** — зниження частоти, інтенсивності, тривалості нападів мігрені та коморбідних проявів шляхом проведення рТМС.

## Матеріал і методи дослідження

Проведено лікування за методом рТМС 26 пацієнтів, із них у 12 клінічно підтверджено депресію різного ступеня виразності, у 7 — виявлено поєднання з мігренню. Наявність мігрені оцінювали за International Classification of Headache Disorders (ICHD), а також за шкалою MIDAS (Migraine Disability Assessment Scale); тривогу та депресію — за шкалами HADS (госпітальна шкала тривоги та депресії) та Цунга.

рТМС із частотою 1 Гц проводили з інтенсивністю 80% порогу викликанної моторної відповіді (ВМВ) над правою дорсолатеральною префронтальною корою (ДЛПК),

кількістю трейнів — 60. Над лівою ДЛПК застосовували високочастотну (20 Гц) стимуляцію, інтенсивністю — 90% ВМВ, трейнів — 40. Курс лікування складався з 10-15 сесій. У пацієнтів із коморбідними проявами мігрені поєднували протоколи рТМС. Через кожну 5-у сесію контролювали поріг ВМВ.

## Результати дослідження та їх обговорення

Після курсу лікування за обраною програмою зареєстровано зниження частки пацієнтів із вираженою депресією та середнього ступеня виразності. За шкалою Цунга середній бал становив 64, до лікування — 71 ( $p < 0,05$ ). За шкалою MIDAS виявлено зменшення виразності проявів мігрені, частки пацієнтів із вираженим та значним ступенем обмеження повсякденної діяльності; середній бал становив 9, до лікування — 15. Пацієнти відзначили нормалізацію сну (12), покращення настрою (20), більшу стресостійкість (11). Нами відмічені індивідуальні відмінності в часі появи позитивних змін, стійкості позитивного ефекту.

## Висновки

Застосування лікувальної рТМС при мігрені є ефективним для зниження частоти та інтенсивності нападів, зменшення супутніх коморбідних проявів, у тому числі депресії.

© А.І. Третьякова, Л.Л. Чеботарьова, Л.М. Сулій

A.I. Tretiakova, L.L. Chebotariova, L.M. Suliy  
Use of transcranial magnetic stimulation for the treatment of migraine and anxiety-depressive manifestations  
Department of Functional Diagnosis SI «Acad. A.P. Romodanov Institute of Neurosurgery NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

УДК: 616.831-005.4-008.9-092-07

# Клініко-неврологічні особливості в пацієнтів із хронічною ішемією мозку залежно від наявності метаболічного синдрому

I.V. Дарій

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

Адреса для листування e-mail: Van.neuro@gmail.com

## Актуальність

Метаболічний синдром (МС) впливає на ендотеліальну дисфункцію та сприяє більш вираженим ішемічним змінам головного мозку. Унаслідок цього пацієнти з хронічною ішемією мозку (ХІМ) і МС схильні до більш вираженого неврологічного дефіциту.

**Мета** — вивчити клініко-неврологічні особливості в пацієнтів із хронічною ішемією мозку залежно від наявності метаболічного синдрому.

## Матеріали та методи дослідження

У дослідженні взяли участь 42 пацієнти на базі ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, середній вік яких становив  $59,33 \pm 1,04$  року. Основну групу становили 23 пацієнти з ХІМ і МС, групу порівняння — 19 обстежених із ХІМ без МС. Пацієнтам було проведено клініко-неврологічне обстеження, досліджено неврологічний статус, МРТ/КТ головного мозку, УЗДГ судин голови та шиї.

## Результати дослідження та їх обговорення

Було визначено такі особливості неврологічного дефіциту в пацієнтів із ХІМ із МС та без МС: порушення конвергенції було виявлено в 78,3 та 73,7% пацієнтів відповідно,

недоведення очних яблук — у 60,9 та 57,9% відповідно, косоокість — у 26,1 та 26,3% відповідно, асиметрія лицьової мускулатури — у 82,6 та 79% відповідно, ністагм — у 34,8 та 42,1% відповідно, зміна глибоких рефлексів у кінцівках — у 56,5 та 47,4% відповідно, парез кінцівок — у 4,4 та 10,5% відповідно, зміна тонуусу — у 17,4 та 15,8% відповідно, патологічні стопні знаки — у 8,7 та 10,5% відповідно, симптоми оролабіального автоматизму — у 52,2 та 21,1% відповідно ( $p < 0,05$ ), координаторні проби — у 69,6 та 73,7% відповідно, похищення в пробі Ромберга — у 82,6 та 89,5% відповідно, екстрапірамідні порушення — у 39,1 та 10,5% відповідно ( $p < 0,05$ ), розлади в чутливій сфері — у 47,8 та 15,8% відповідно ( $p < 0,05$ ), девіація язика — у 17,4 та 10,5% відповідно.

## Висновки

Було виявлено, що в пацієнтів із хронічною ішемією мозку і метаболічним синдромом порівняно з обстеженими без метаболічного синдрому був більш виражений неврологічний дефіцит: достовірно частіше спостерігалися симптоми оролабіального автоматизму ( $p < 0,05$ ), екстрапірамідні порушення ( $p < 0,05$ ), розлади в чутливій сфері ( $p < 0,05$ ).

© I.V. Дарій

I.V. Darii

*Clinical and neurological features in patients with chronic cerebral ischemia, depending on the presence of metabolic syndrome*  
State Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kharkiv, Ukraine

# Some clinical peculiarities of the late recovery and residual periods of aneurysmal subarachnoid haemorrhage

K.V. Duve

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine  
duve.khrystyna@gmail.com

## Background

By the end of the X century, it was believed that the properly aneurysm treatment leads to complete successful convalescence of the patient with aneurysmal subarachnoid haemorrhage (aSAH). However, due to the newest investigations data, it's considered that only one-third of patients have a favorable outcome after treatment.

**Aims** — the purpose of this study was to evaluate the patient's complaints and clinical condition in the late recovery and residual periods of aneurysmal subarachnoid hemorrhage.

## Methods

We used classical neurological examination, measured the degree of disability or dependence by the Modified Rankin Scale (mRS), assessed disability or dependence in activities of daily living by the Barthel Index (BI), used quality of life questionnaire (SF-36) and MoCA-test, applied Statistica 10.0. for all the statistical analyses.

## Results

We involved 114 patients (64.91% — females, 35.09% — males) in the late recovery

and residual periods of aSAH. The main complaints were such as: headache (88.59%), memory and attention impairment (65.78%) and dizziness (48.24%). We identified the most common syndromes, such as cephalgic (90.35%), pyramidal insufficiency (53.50%) and sensitive disorders (36.84%). Less frequently we determined the following syndromes: vestibular syndrome (32.45%), extrapyramidal (31.57%), motor disorders (23.68%), oculomotor disorders (22.80%), cerebrospinal fluid hypertension (18.42%), seizures (13.15%), cerebellar ataxia (12.28%), visual disturbances (11.40%). The results of the modified Rankin scale assessment were as follows: the 3<sup>rd</sup> degree was found in 22.80% of patients, the 2<sup>nd</sup> — in 35.96%, the 1<sup>st</sup> — in 39.47%. Due to the Bartel Index evaluation, most patients were completely independent in activities of daily living (70.17%), but a significant number of patients had moderate dependence (21.93%). Cognitive decline was revealed in 85.96% of patients ( $p \leq 0.05$ ). Quality of life has suffered in all subscales except physical functioning, life activity and social functioning in the total number of patients ( $p \leq 0.05$ ).

## Conclusion

Thus, a significant proportion of patients had signs of disability, decline in activities of daily living, cognitive functioning and quality of life after aSAH.

© K.V. Duve

K. Duve  
Some clinical peculiarities of the late recovery and residual periods of aneurysmal subarachnoid haemorrhage  
I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Ternopil, Ukraine

УДК: 61600-08+616.831

# Взаємозв'язок когнітивних порушень зі структурними змінами внутрішньої сонної артерії у хворих після ішемічного інсульту

Т.Д. Грицюк, Д.С. Михальчук

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування e-mail: tanja84grutsyk@gmail.com

## Актуальність

Ішемічний інсульт (ІІ) залишається провідною причиною інвалідизації населення, що зумовлює актуальність питання реабілітації пацієнтів із цереброваскулярною патологією. Зниження летальності при інсульті, досягнуте протягом останнього десятиліття, супроводжується зростанням поширеності післяінсультних когнітивних порушень (ПІКП). Значну увагу приділяють оцінці атеросклеротичного процесу в сонних артеріях, який відіграє важливу роль при цереброваскулярних захворюваннях та когнітивному дефіциті.

**Мета дослідження** — виявити та оцінити ступінь важкості когнітивних порушень (КП) та їх зв'язок зі структурними змінами внутрішньої сонної артерії (ВСА) у пацієнтів у пізньому відновному періоді ішемічного інсульту.

## Матеріали та методи

Обстежено 120 хворих через 6 місяців після перенесеного ішемічного інсульту (80 чоловіків та 40 жінок, середній вік — 55 років). Для обстеження когнітивних функцій використовували коротку шкалу оцінки психічного статусу (MMSE), Монреальську шкалу оцінки когнітивних функцій (MoCA), батарею тестів лобної дисфункції (FAB) та тест малювання годинника (CDT). Ультразвукове дуплексне ска-

нування екстракраніального відділу ВСА проводили за допомогою апарата Esaote My Lab 30 (Італія) з оцінкою товщини інтима-медіа (ТІМ) та ступеня стенозування за діаметром.

## Результати дослідження та їх обговорення

Когнітивний дефіцит спостерігався в 106 (88,3%) хворих за MMSE, у 109 (90,8%) — за MoCA та в 94 (78,3%) хворих за FAB. Було відзначено, що більш високому ступеню каротидного стенозу відповідає більша товщина інтима-медіа ВСА ( $p < 0,05$ ). Ступінь стенозу ВСА вірогідно корелював із проявами КП за CDT ( $r = -0,35$ ;  $p = 0,025$ ). Збільшення ТІМ ВСА було асоційовано з погіршенням когнітивних функцій за FAB ( $r = -0,33$ ;  $p = 0,035$ ), що свідчить про те, що лобові мнестичні функції залежні від ранніх атеросклеротичних змін магістральних судин каротидного басейну. КП пов'язані зі зниженням церебрального кровопостачання, зменшенням оксигенації і, як наслідок, зменшенням функціональної активності нейронів та поступовим розвитком атрофії кори головного мозку.

## Висновки

Пацієнти з перевищенням значень комплексу ТІМ ВСА потребують більш інтенсивного спостереження. Тому з метою раннього виявлення когнітивної дисфункції необхідно починати проводити тестування когнітивних функцій хворих зі збільшеними значеннями ТІМ (0,9-1,3 мм) сонної артерії.

© Т.Д. Грицюк, Д.С. Михальчук

T.D. Hrytsuik, D.S. Mykhalchuk

The relationship of cognitive impairment with structural changes of the internal carotid artery of the patients with ischemic stroke  
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

УДК: 616.8:(615.277.3:616-066.44)

# Клініко-параклінічні особливості ураження нервової системи при хіміотерапевтичному лікуванні множинної мієломи

О.О. Піддубна

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

Адреса для листування e-mail: alexaneurolog@gmail.com

## Актуальність

Неврологічні порушення при онкогематологічних захворюваннях відносять до числа вторинних уражень нервової системи. Вони об'єднують різні за механізмами розвитку та локалізацією патологічні стани нервової системи, які пов'язані з пухлинними захворюваннями системи крові.

**Мета** — проведення комплексного аналізу клінічних особливостей ураження нервової системи при множинній мієломі на тлі хіміотерапевтичного лікування.

## Матеріали та методи

Обстежено 17 хворих на множинну мієлому, які перебували на стаціонарному лікуванні в гематологічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського. Пацієнти були розподілені на 2 групи: 9 осіб, які приймали бортезоміб 1,3 мг/м<sup>2</sup> (1-а група), 8 пацієнтів, котрі лікувались талідомідом 100 мг на день (2-а група). Віковий розподіл у обох групах не мав вірогідної відмінності і сягав 57,5±1,4 року.

## Результати дослідження та їх обговорення

Основними неврологічними синдромами в обох групах пацієнтів були полінейропатичний (15 хворих) та енцефалопатичний (12 хворих). Ознаки радикулопатичного синдрому виявлені лише у 2 пацієнтів із другої групи. Прояви полінейропатичного синдрому в пацієнтів першої групи виявлялися вже на першому році лікування бортезомібом і загалом обмежувались сенсорним дефіцитом. Електронейроміографічне обстеження показало, що в 77,8% пацієнтів другої групи виявлено зниження швидкості проведення електричного імпульсу по сенсорних волокнах, незалежно від тривалості прийому бортезомібу, що характерно для сенсорної форми полінейропатії. У другій групі було виявлено зниження сенсорної провідності виключно в пацієнтів (62,5% хворих) із тривалістю прийому талідоміду більше ніж один рік та у двох із них — зниження амплітуди М-відповіді до 3,2±0,6 мА, що свідчить про сенсомоторну форму полінейропатії.

## Висновки

ХМТ пацієнтів із ММ викликає порушення сенсорної провідності вже на першому році життя, що є важливим показником для корекції лікування та покращення якості життя.

© О.О. Піддубна

O.O. Piddubna  
*Clinical and paraclinical features of nervous system lesions in chemotherapeutic treatment of multiple myeloma*  
 Ukrainian medical stomatological academy, Poltava, Ukraine

УДК: 617.712:616.839-009

# Зміни вегетативної діяльності в осіб із лійкоподібною деформацією грудної клітки

О.Є. Юрик, Б.С. Дуда, Н.Є. Юрик

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна

Адреса для листування e-mail: info@ito.gov.ua

## Актуальність

Лійкоподібна деформація є одним із проявів синдрому дисплазії сполучної тканини. Це призводить до помірних або значних вегетативно-трофічних розладів у пацієнтів із вищезазначеною патологією грудної клітки, що можна визначити уже при клінічному обстеженні.

**Мета** — вивчення змін у діяльності вегетативної нервової системи за допомогою інструментальних методів діагностики в осіб із лійкоподібною деформацією грудної клітки.

## Матеріал і методи дослідження

Обстежено 43 тематичних хворих методом вегетативної поліспектроскопії. Пацієнти контрольної групи становили 20 осіб.

## Результати дослідження та їх обговорення

Виділено чотири типи регуляції синусового ритму. Для ритмограми першого класу коливання ритму було в межах 0,15-0,46 Гц та з періодичністю 2,5-6,7 с. Вона діагностувалася в осіб контрольної групи. У пацієнтів із ритмограмою дру-

гого класу частота коливань становила 0,04-0,15 Гц із періодом 6,6-25 с. Вона була притаманна 43% осіб із лійкоподібною деформацією II ст. При ритмограмі третього класу спостерігали хвилі великого періоду (>25 с), і коливання хвиль були надзвичайно низькими (<0,04 Гц). Вона діагностувалася в переважній кількості осіб із лійкоподібною деформацією III ст. Ритмограма четвертого класу характеризувалася стабільним або ригідним ритмом, і була відсутня хвильова структура. Вона діагностувалася у двох пацієнтів, яким було проведено повторне оперативне втручання.

У пацієнтів контрольної групи при фоновому записуванні були наявними добре виражені хвилі короткого, довгого і дуже довгого періодів. Модулююча симпатoadреналова дія переважала над гуморально-метаболическими та церебральними ерготропними впливами. Поточний функціональний стан у них часто був зниженим. В осіб із лійкоподібною деформацією II ст. нерідко знижувалася активність парасимпатичної нервової системи, а реактивність симпатичної — була високою. При деформації III ст. рівень функціонування фізіологічної системи, як правило, був зниженим. Знижувалася реактивність парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи та акти-

© О.Є. Юрик, Б.С. Дуда, Н.Є. Юрик

O.E. Yuryk, B.S. Duda, N.E. Yuryk  
*Changes of autonomic activities in persons with funnel-shaped thorax deform*

State Institution «Institute of Traumatology and Orthopedics of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine

вація симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Адаптаційні резерви організму виснажувалися. Помірно порушувалася кардіореспіраторна синхронізація. У пацієнтів, яким було проведено повторне оперативне втручання, поточний функціональний стан організму був значно зниженим. Потужність спектра нейрогуморальної модуляції була низькою. Фіксувалася надлишкова активація церебральних ерготропних механізмів.

Був вираженим кардіореспіраторний десинхроноз.

### **Висновки**

Дослідження, проведені методом вегетативної поліспектроскопії, виявили зниження активності парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи у всіх тематичних хворих, а реактивність симпатичного відділу нервової системи залежала від стадії захворювання.

УДК: 617.712:616.831.3-009

# Деякі особливості змін вищої нервової діяльності в пацієнтів із лійкоподібною деформацією грудної клітки

О.Є. Юрик

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна

Адреса для листування e-mail: info@ito.gov.ua

## Актуальність

Лійкоподібна деформація грудної клітки відноситься до вроджених вад розвитку грудної клітки і зумовлена аномальним розвитком декількох ребер та груднини, що призводить до формування западини на передній поверхні грудної клітки. На нашу думку, оскільки така вроджена патологія є одним із проявів дисплазії сполучної тканини в цих пацієнтів, то системні зміни в них можуть розвиватися у всьому організмі.

**Мета** — дослідити деякі особливості змін вищої нервової діяльності в осіб із лійкоподібною деформацією грудної клітки.

## Матеріал і методи дослідження

Об'єктом нашого дослідження були 43 пацієнти з лійкоподібною деформацією грудної клітки (35 осіб чоловічої статі та 8 — жіночої). Лійкоподібну деформацію грудної клітки II ст. діагностовано в 19 осіб та III ст. — у 24 осіб. Повторне оперативне втручання було проведено 6 особам. Нейропсихологічні дослі-

дження проводили за допомогою короткої шкали оцінки психічного статусу (MMSE), Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA), госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

## Результати дослідження та їх обговорення

Легкі когнітивні розлади виявлені у 12 (57%) пацієнтів, помірні — у 6 (29%) пацієнтів, і в 3 (14%) пацієнтів відхилень у психоемоційній сфері не було. Більш виразними були ці розлади в осіб із лійкоподібною деформацією грудної клітки II та III ст. В осіб із легкими когнітивними розладами знижувались середні значення тестів MMSE та MoCA. Відзначалися легкі модально-неспецифічні мнестичні розлади. Найбільша кількість помилок виникала при називанні дати, безпосередньому і відстроченому відтворенні незв'язаних слів. Зниження безпосереднього відтворення завченого матеріалу встановили в обох групах, проте в ході повторних показів стимульованого завдання відбувалося деяке покращення запам'ятовування. В осіб другої клінічної групи відзначали також зниження інтелектуальної гнучкості (труднощі перемикання уваги з одного завдання на наступне), що полягало

© О.Є. Юрик

O.E. Yuryk

*Some peculiarities of changes in higher nervous activities in patients with funnel-shaped thorax deform*

*State Institution «Institute of Traumatology and Orthopedics of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kyiv, Ukraine*



в більшій кількості помилок, пов'язаних зі спрощенням програми персеверацій при виконанні тесту зв'язку цифр і літер. При нейропсихологічному обстеженні за даними HADS у більшості обстежених хворих відбувалося збільшення випадків прояву тривоги та депресії, особливо чітко це проявлялося в осіб другої клінічної групи. Зростало середнє значення показників як у блоці «Тривога», так і в блоці «Депресія». Ознаки клінічно вираженої

депресії виявлено у 2 (10%) пацієнтів другої клінічної групи. Однак субклінічно виражені прояви депресії виявлено в 11 (52%) пацієнтів обох груп.

### **Висновки**

В осіб із лійкоподібною деформацією грудної клітки переважали тривожно-депресивні емоційні розлади, які в переважній кількості пацієнтів поєднувалися з легкими когнітивними порушеннями.

УДК: 616.832-004.2:616.8-009.7]-036.86

# Больові синдроми як важливий елемент у формуванні структури якості життя пацієнтів із розсіяним склерозом

М.І. Боженко, Т.І. Негрич, Н.Л. Боженко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Адреса для листування e-mail: Dr.bozhenko@gmail.com

## Актуальність

Розсіяний склероз (РС) — це захворювання, яке проявляється широким спектром синдромів. Одним із них є больовий синдром. Проте в структурі захворювання больовому синдрому не приділяється значної уваги. Також больові синдроми рідко розглядаються як перший симптом РС і прояв загострення хвороби. Однак при зборі анамнезу багато пацієнтів повідомляють про те, що больові синдроми в них передували появі інших неврологічних синдромів і виникали в часові рамки ймовірного початку захворювання. На сьогодні не існує загальноприйнятої класифікації больових синдромів при розсіяному склерозі.

**Мета** — проаналізувати вплив больових синдромів на формування структури якості життя пацієнтів із РС.

## Матеріал і методи дослідження

Дослідження проводилося у відділенні неврології КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня». 110 хворих на РС пройшли клінічне обстеження та заповнили стандартизовані анкети (PainDetect, SF-MPQ-2, HADS, SF-36) протягом 2018-2020 рр.

## Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік пацієнтів становив 38,18 року ( $SD \pm 9,86$ ). Середня EDSS —

3,2 ( $SD \pm 0,8$ ). Середня тривалість захворювання — 6 років (min — 0, max — 31). 70% пацієнтів — жінки. 87,3% пацієнтів мали больові синдроми протягом останнього місяця до обстеження, 48,18% — вказали на больові синдроми як імовірний перший прояв РС. Для 37,3% пацієнтів біль був синдромом, який їх найбільше турбує. У багатьох пацієнтів спостерігалася наявність двох і більше больових синдромів одночасно. Найчастіше це було поєднання постійного болю в кінцівках і головного болю. Біль впливав на різні аспекти якості життя пацієнта, зокрема на енергію/втому та емоційне самопочуття. Афективний та хронічний компонент болю мав сильну кореляцію з енергією/втомою та емоційним самопочуттям ( $p < 0,01$ ). Непараметричні тести показали різницю в ролевих обмеженнях пацієнтів з та без болю в основному через фізичне здоров'я та енергію/втому ( $p < 0,01$ ). Рівні тривоги і депресії продемонстрували взаємозв'язок зі сприйняттями пацієнтами болю.

## Висновки

Біль є поширеним синдромом РС та має великий вплив на різні аспекти якості життя пацієнта. Афективний компонент болю відіграє ключову роль щодо впливу на якість життя пацієнта. Об'єктивізація суб'єктивного відчуття болю при розсіяному склерозі за допомогою математичного аналізу та сучасних технологій, а також створення нової класифікації є наступними важливими кроками.

© М.І. Боженко, Т.І. Негрич, Н.Л. Боженко

M.I. Bozhenko, T.I. Nehrych, N.L. Bozhenko  
*Pain syndromes as an important element in the structure of quality of life in multiple sclerosis patients*  
Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

УДК: 616.831-005.1-02:616.857

# Мігренозний інсульт у клінічній практиці

Н.Л. Боженко, М.І. Боженко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, Україна

Адреса для листування e-mail: Dr.bozhenko@gmail.com

## Актуальність

Біль голови є серйозною медичною та економічною проблемою в сучасному світі, оскільки входить у десятку основних причин непрацездатності. Основне місце серед первинних болів голови посідає мігрень, оскільки вона має важкі та небезпечні ускладнення, зокрема мігренозний інсульт. Результати епідеміологічних досліджень наводять на думку, що існує зв'язок між мігренню та інсультом.

**Мета** — провести обстеження, визначити неврологічні та нейровізуалізаційні особливості хворих на мігренозні інсульти, проаналізувати їх характерні клінічні й параклінічні ознаки для вдосконалення своєчасної діагностики та адекватної профілактики даної патології.

## Матеріали та методи дослідження

Аналіз клінічних випадків хворих на мігренозні інсульти, які перебували на обстеженні та лікуванні в неврологічному відділі КНП ЛОР «ЛОКЛ» та ЛОКП у 2019 р.

## Результати дослідження та їх обговорення

Проведено аналіз неврологічних та параклінічних аспектів хворих на мігренозні інсульти.

На підставі проаналізованих випадків ми отримали такі дані: у 2019 році в неврологічному відділі перебувало 4 пацієнтки, які були скеровані до неврологічного відділення з приводу інсульту та мали мігрень. Вік хворих становив відповідно 21, 29, 47 та 55 років. Усім хворим проведено МРТ головного мозку. Усі пацієнтки мали мігрень з аурою, на яку вони хворіли з 13-15 років. У двох пацієнток на МРТ описано поодинокі дрібні вогнища гліозу як наслідок вазоспазму без ознак ішемії. Їм діагностовано: 1 — G43.1 Мігрень зі стовбуровою аурою (раніше — базиллярна мігрень). 2 — G43.1 Мігрень з геміплегічною аурою. Діагноз інсульту не підтверджено. За анамнестичними та клінічними даними у 2 пацієнток діагностовано: 1 — мігренозний інсульт, оскільки за даними КТ виявлено вогнище ішемії в лівій потиличній частці (Діагноз: G43.3 Ускладнена мігрень з аурою. Ішемічний інсульт у басейні лівої задньої мозкової артерії з вогнищем ішемії в лівій потиличній частці; правобічний геміпарез); 2 — діагноз: G43.3 Спорадична геміплегічна мігрень, ускладнена мігренозним інсультом із правобічним геміпарезом. На МРТ: вогнище цитотоксичного набряку субкортикально в паренхімі тім'яної частки зліва, що може відповідати гострій ішемії в кортикальних гілках лівої СМА. Прямий

© Н.Л. Боженко, М.І. Боженко

N.L. Bozhenko, M.I. Bozhenko  
*Migrainous infarction in clinical practice*  
 Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

зв'язок інсульту з мігренню вбачається тільки в тому випадку, коли інсульт розвивається після типової для даного хворого аури і в тій самій судинній зоні, яка страждає при мігренозному пароксизмі. Саме так виглядала картина в даних пацієнток.

#### **Висновки**

1. Мігрень — особливий головний біль. Лікування мігрені є важливим для

профілактики інсульту.

2. Прямий зв'язок інфаркту з мігренню вбачається тільки в тому випадку, коли інфаркт розвивається після типової для даного хворого аури і в тій самій судинній зоні, яка страждає при мігренозному пароксизмі.
3. Своєчасна діагностика мігрені та мігренозного інсульту є необхідною для правильного лікування і профілактики судинних подій.

УДК: 616.831+616.89-008.46+616.12-008.331.1+616.441-008.64

# Співставлення структурних змін речовини головного мозку з показниками когнітивних викликаних потенціалів у хворих на гіпертонічну хворобу, гіпотиреоз

М.І. Лесів, В.А. Гриб

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування e-mail: [maryanalesiv2222@gmail.com](mailto:maryanalesiv2222@gmail.com)

## Актуальність

Найперспективнішим вважається поєднання нейропсихологічних та інструментальних нейрофізіологічних технологій, зокрема магнітно-резонансної томографії та реєстрації когнітивних викликаних потенціалів (КВП).

**Мета роботи** — визначити показники КВП, волюметричні показники головного мозку (об'єм гіпокампа) у пацієнтів із ГХ із супутнім гіпотиреозом.

## Матеріали та методи

Проведено клініко-неврологічне обстеження 67 пацієнтів. Хворим проведено: 1) клініко-неврологічне дослідження; 2) МРТ ГМ (у 26 пацієнтів); 3) реєстрація слухових КВП.

## Результати дослідження та їх обговорення

При аналізі результатів реєстрації ендogenous ВП у хворих із ГХ було ви-

явлено затягування латентності піка  $R_{300}$  ( $p < 0,05$ ) щодо контролю. Крім того, результируюча хвиля ендogenous ВП, отримана методом когерентного накопичення відповідей після 100 стимулів (30 з яких значущі), у групі хворих із гіпотиреозом була часто згладжена, а амплітуда досліджуваного піка  $R_{300}$  знижена, що відображало реакцію стомлення мозку у відповідь на навантаження. У групах контролю амплітуди піків були вищими, а структура результируючих хвиль — більш вираженою. Реєстрація КВП виявила збільшення латентності піка  $R_{300}$  ( $p < 0,05$ ). Визначені кореляційні взаємозв'язки між показниками короткочасної пам'яті і латентністю КВП за  $R_{300}$  у групі обстежених хворих із ГХ із супутнім гіпотиреозом дозволяють рекомендувати метод реєстрації КВП  $R_{300}$  в системі ранньої діагностики когнітивних розладів і динаміки когнітивних розладів у хворих працездатного віку. Результати обстеження гіпокампа показали, що в пацієнтів із ГХ із супутнім гіпотиреозом об'єм гіпокампа (праворуч і ліворуч) був вірогідно меншим, ніж у пацієнтів

© М.І. Лесів, В.А. Гриб

M.I. Lesiv, V.A. Gryb  
*Comparison of structural changes of brain matter with indicators of cognitive evoked potentials in patients with hypertension, hypothyroidism*  
 Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

контрольної групи ( $p < 0,05$ ). Імовірно, поєднання в пацієнтів ГХ, гіпотиреозу сприяє прискоренню атрофічних процесів гіпокампа.

### **Висновки**

Визначено певні переваги за якісними і кількісними характеристиками запропонованого комплексу методів нейрофізіологічного та морфометричного дослідження для об'єктивізації не-

дементних когнітивних розладів. Зміна Р300 є об'єктивною і ранньою ознакою когнітивних розладів у пацієнтів із ГХ із супутнім гіпотиреозом. Дослідження Р300 може слугувати скринінговою методикою для ранньої діагностики КП у даній категорії хворих.

У пацієнтів із ГХ із супутнім гіпотиреозом ступінь атрофії гіпокампа є вірогідно більшим порівняно з практично здоровими особами.

УДК: 616.831-006-07

# Діагностика пухлин головного мозку в практиці невролога поліклініки

О.М. Флис<sup>1</sup>, Ю.В. Флис<sup>2</sup><sup>1</sup> КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня», м. Львів, Україна<sup>2</sup> КНП «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги», м. Львів, УкраїнаАдреса для листування e-mail: [Flysyk\\_1@ukr.net](mailto:Flysyk_1@ukr.net)

## Актуальність

Пухлини ЦНС становлять, за різними даними, 2-8,6% від загальної кількості всіх новоутворів організму людини. В Україні частота пухлин ГМ у чоловіків становить 10,2 на 100 тис населення, у жінок — 7,6 на 100 тис. населення. У дорослих 40-45% первинних пухлин ГМ — гліоми, 18-20% — менингіоми, 8% — невриноми слухового нерва, 6-8% — аденоми гіпофіза. У дітей гліоми становлять 75% від усіх пухлин ЦНС, менингіоми — 4%, менингіоми й аденоми — вкрай рідко. Завдання ранньої діагностики пухлин головного мозку є не тільки проблемою нейрохірургів та неврологів, але й лікарів первинної ланки, оскільки зазвичай діагностуються пухлини неврологом чи лікарем загальної практики, а вже лікування проходить у нейрохірургічному відділі.

**Мета** — визначити частоту виявлення та особливості діагностики пухлин головного мозку на поліклінічному прийомі в невролога на прикладі роботи невролога поліклініки КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня».

## Матеріали та методи дослідження

Аналіз амбулаторного прийому лікаря-невролога поліклінічного відділення КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна лікарня».

## Результати дослідження та їх обговорення

У нейрохірургічному відділенні ЛШМД м. Львова за 2019 р. було проліковано 2236 пацієнтів. Проведено 167 хірургічних втручань. Із них новоутвори головного мозку — 419. За гістологічним дослідженням: гліоми — 249, менингіоми — 46, аденоми гіпофіза — 36, судинна патологія — 34, Мтс ураження — 30, невриноми слухового нерва — 9, інші — 15,67% пацієнтів скеровано неврологами, терапевтами, сімейними лікарями. Неврологом Ф. ЛОКП було прийнято 406 пацієнтів за 2019 рік. Із частотою 1-3 випадки на місяць на прийомі в невролога діагностовано об'ємні утвори головного мозку. При первинному скеруванні в пацієнтів були такі діагнози: ДЕ (6 хв.), ХНМ (3 хв.), остеохондроз ШВХ (2 хв.), ГБН (2 хв.), неврит лицевого нерва (1 хв.), хвороба Альцгеймера (1 хв.), невралгія трійчастого нерва (1 хв.). Усім хворим проведено КТ (72%) та МРТ (35%), консультацію офтальмолога. При подальшому дообстеженні даним хворим було діагностовано пухлини ЦНС та скеровано до нейрохірургів для вирішення тактики подальшого лікування хворих.

## Висновки

Отже, актуальність діагностики пухлин головного мозку є міждисциплінарною проблемою. Діагностику пухлин ГМ встановлюють на підставі неврологічного огляду, нейровізуалізаційних обстежень. Обов'язковим є огляд нейроофтальмолога, отоневролога, а також інших фахівців — при підозрі на метастатичний характер онкологічного процесу.

© О.М. Флис, Ю.В. Флис

О.М. Флис<sup>1</sup>, Ю.В. Флис<sup>2</sup>**Діагностика пухлин головного мозку в практиці невролога поліклініки**<sup>1</sup> Common Noncommercial Enterprise of the Lviv Regional Clinical Hospital. Position — neurology doctor or the regional consultative polyclinic<sup>2</sup> Common Noncommercial Enterprise of the Lviv Emergency Hospital. Position — neurosurgeon

# Возрастные особенности реорганизации церебральной гемодинамики, метаболизма и их взаимоотношений у больных ишемическим инсультом в восстановительный период

В.В. Кузнецов, Н.А. Скачкова

ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины»

**Цель работы** — определить влияние возраста на формирование метаболической и гемодинамической реорганизации мозга у больных ишемическим инсультом в восстановительный период.

## Материалы и методы

Больные, перенесшие ишемический инсульт в каротидном бассейне, в возрасте 45-59 лет (81 человек) и 60-74 лет (201 человек). Контрольная группа — лица без цереброваскулярной патологии соответствующих возрастных групп (33 и 98 человек). Анализ состояния гемодинамики проводился с использованием ультразвуковой установки Sonoline Elegra (SIEMENS). Определялись: линейная и объемная скорость кровотока, размеры КИМ в ОСА, степень стеноза, частота и тип атеросклеротических бляшек. Методом  $^1\text{H}$  МРС на томографе 1,5 T Magnetom Vision Plus (SIEMENS) определялось содержание основных метаболитов (NAA, Cr, Cho и лактата, в относительных единицах) в белом (лобная область) и сером веществе (затылочная область) головного мозга и в зоне ишемического очага.

## Результаты

Сравнительный анализ состояния церебральной гемодинамики, содержания NAA, Cr, Cho и структуры их взаимосвязи

показал наличие возрастных особенностей функционально-биохимической и гемодинамической реорганизации мозга.

У больных 45-59 лет более выражено снижение объемной скорости кровотока в экстраинтракраниальных сосудах каротидного бассейна, чем у больных 60-74 лет, по сравнению с контрольными группами соответствующих возрастов. У больных 45-59 лет частота гипозоногенных и гетерогенных «агрессивных» атеросклеротических бляшек выше (71%), чем у больных 60-74 лет (49%), что определяет более высокий риск повторных инсультов в этом возрастном периоде. Изменения содержания NAA, Cr, Cho в сером и белом веществе лобной и затылочной областей более значительны у больных 60-74 лет.

У больных 60-74 лет в системе взаимосвязей показателей метаболизма и церебральной гемодинамики преобладают корреляционные связи содержания NAA, Cr, Cho с гемодинамикой в сосудах пораженного каротидного бассейна, у больных 45-59 лет — с гемодинамикой в интактных сосудах каротидного бассейна.

Таким образом, возрастные особенности состояния церебральной гемодинамики и метаболизма мозга у больных ишемическим инсультом в восстановительный период определяют необходимость в комплексной реабилитации больных среднего возраста акцент делать на вазоактивной терапии, у больных пожилого возраста — на метаболической.

© В.В. Кузнецов, Н.А. Скачкова

??

