

освіти — $r = 0,563$; $p = 0,000$ (залежність окремих рубрик від даного показника: зорово-конструктивні навички — $r = 0,313$; $p = 0,046$, пам'ять — $r = 0,340$; $p = 0,03$, увага — $r = 0,461$; $p = 0,02$, здатність до абстрагування — $r = 0,341$; $p = 0,029$, орієнтація — $r = 0,384$; $p = 0,013$). Жіноча стаття була пов'язана з гіршими результатом рубрики «орієнтація» — $r = -0,363$; $p = 0,020$.

У осіб середнього віку спектр залежностей був більшим: освіта/МоСА-тест — $r = 0,465$; $p = 0,000$ (у тому числі освіта/зорово-конструктивні навички — $r = 0,351$; $p = 0,000$, освіта/пам'ять — $r = 0,291$; $p = 0,001$, освіта/мова — $r = 0,300$; $p = 0,000$), вид травми/мова — $r = -0,230$; $p = 0,007$, депресія/пам'ять — $r = -0,226$; $p = 0,008$, депресія/увага — $r = -0,178$; $p = 0,037$.

У пацієнтів зрілого віку кореляція МоСА-тесту з освітою була слабшою, ніж в попередніх групах ($r = 0,391$; $p = 0,000$). Окрім цього, встановлено, що до факторів, які негативно впливають на результат, слід віднести вік ($r = -0,166$; $p = 0,000$), неврологічний дефіцит ($r = -0,147$; $p = 0,044$) та наявність депресивного розладу ($r = -0,249$; $p = 0,000$). Кореляційний зв'язок неврологічного дефіциту з рубрикою «зорово-конструктивні навички» був на рівні $r = -0,240$; $p = 0,001$, з рубрикою «пам'ять» — $r = -0,177$; $p = 0,017$. У жінок результати тестування були вищими ($r = 0,158$; $p = 0,030$).

Висновок. Легке когнітивне зниження частіше діагностували у осіб середнього віку, помірне когнітивне зниження — у осіб зрілого віку, деменцію — у групах молодих і зрілих осіб. Встановлено певні закономірності впливу клінічних чинників на розвиток когнітивного дефіциту у хворих різного віку.

УДК 616.831-005.1-06:616.717-08:615.8

СІКОРСЬКА М.В.¹, РЕМЕНЮК Ю.К.², ДУШЕНКО В.В.², МАРИХІН В.Г.², ВІЗІР І.В.¹

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

²Медичний центр «Аватаж», м. Запоріжжя, Україна

Адреса для листування з авторами:
E-mail: isikorska@mail.ru

ЗАСТОСУВАННЯ РАДІАЛЬНОЇ УДАРНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ БОЛЬОВИХ СИНДРОМАХ ПЛЕЧА ПІСЛЯ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Больові синдроми плеча — одне з найбільш поширених ускладнень мозкових інсультів, що становить до 19 % від усіх хворих. Причина — порушення біомеханіки плеча, що пов'язано зі зменшенням стабільності, частковим підвивихом головки плечової кістки та, як наслідок, розвиток ненормальної сенсорно-симпатичної рефлекторної дуги та зміна механізму обробки сенсорних стимулів. Застосування радіальної ударно-хвильової терапії (РУХТ) в гострому періоді розвитку больового синдрому дозволяє не тільки зменшити біль,

а й збільшити об'єм активних і пасивних рухів без застосування медикаментозних препаратів.

Метою роботи було дослідити ефективність РУХТ при лікуванні постінсультних больових синдромів плеча.

Матеріал і методи. Нами було проліковано 23 пацієнти з больовими синдромами у плечі після інсульту. Хворі розподілилися на групи: I група — 2–3 тижні, II група — 4–6 тижнів, III група — понад 3 місяці. Середній вік хворих — $65,1 \pm 1,2$ року. Жінок було 60,7 %, чоловіків — 39,3 %. Лікування проводилось на апараті MR-200-810. Курс лікування — 5–7 процедур 1 раз на тиждень. Кожна процедура до 6 тисяч ударів силою 2,5–3,5 бар, частотою 8–15 Гц.

Результати оцінювались за динамікою больового синдрому та розширенням об'єму пасивних та активних рухів. Найліпші результати були отримані у хворих з давністю інсульту, що не перевищувала 6 тижнів, і 1–3 тижні від виникнення больового синдрому. Досягнуті результати мали стійкий характер та зберігалися протягом року спостереження.

Висновки. Таким чином, РУХТ є сучасним ефективним методом лікування постінсультного болю в плечі, може застосовуватися в гострому періоді інсульту і дозволяє виключити медикаментозні препарати при терапії. Усунення больового синдрому дозволило активно застосовувати методи реабілітації рухових розладів у хворих на гострий мозковий інсульт.

УДК 616.8-08:615.8

СІКОРСЬКА М.В.¹, РЕМЕНЮК Ю.К.², ДУШЕНКО В.В.², МАРИХІН В.Г.², ГОСТИЦЬЄВА І.В.³

¹Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

²Медичний центр «Аватаж», м. Запоріжжя, Україна

³Міська клінічна лікарня № 6, м. Запоріжжя, Україна

Адреса для листування з авторами:
E-mail: isikorska@mail.ru

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МІКРОПОЛЯРИЗАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Мікрополяризація — метод лікування, що впливає на головний та спинний мозок постійним током малих величин. Завдяки такому впливу змінюються нейропластичні властивості центральної нервової системи, прискорюються процеси навчання, поліпшуються пам'ять, увага, зменшуються прояви гіперкінезів, судомних синдромів, значно прискорюється регресування рухових розладів.

Матеріали та методи. За рік використання в клініці «Реамед-поляріс» було проліковано понад 50 пацієнтів, з них 18 дітей віком від 4 до 12 років з різними ступенями затримки нервово-психічного розвитку, у тому числі так звані гіперактивні діти, з розладами мовного розвитку; 4 хворих з ішемічними інсультами в резидуальному періоді

ді; 2 хворих з травматичними ушкодженнями головного мозку, 1 хворий у вегетативному стані після оперативного лікування субдуральної гематоми головного мозку; 13 пацієнтів з головним болем напруження та 9 пацієнтів з цервікокраніалгією.

Результати лікування оцінювалися шляхом неврологічного огляду, опитування пацієнтів та змін електроенцефалограми після лікування. Діти стали більш уважними, підвищився словниковий запас, поліпшились пам'ять, увага, у випадках гіперкінетичного синдрому тривалість та інтенсивність гіперкінезів зменшилась. У хворого на вегетативний стан після 5-го сеансу відновилось самостійне дихання, його було відключено від апарата штучного дихання. При лікуванні хворих з центральними парезами об'єм активних рухів значно підвищився, стала можливою самостійна ходьба. У випадках лікування головного болю напруження відмічалось значне зменшення (на 30–40 %) епізодів хвороби.

Висновки. Таким чином, використання мікрополяризації у хворих з неврологічними розладами є доцільним і може дозволити знизити дози та об'єм медикаментозних препаратів, оптимізувати дію інших терапевтичних процедур, зменшити об'єм та строки лікування, а при деяких захворюваннях — і рівень інвалідизації.

УДК 616-039.3+577.112+616.379-008.64+616.833

СКРИПКО Л.А.¹, СЕПІН Н.Т.²

¹Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

²Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування з авторами:
E-mail: lesya.skrypko@mail.ru

ЗВ'ЯЗОК МІЖ СТУПЕНЕМ УРАЖЕННЯ МІЄЛІНУ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ ТА РІВНЕМ АНТИТІЛ ДО ПЕРИФЕРИЧНОГО МІЄЛІНОВОГО БІЛКА 22 У ХВОРИХ НА ЦД 2-го ТИПУ, УСКЛАДНЕНИЙ ДІАБЕТИЧНОЮ ПОЛІНЕЙРОПАТІЄЮ

Актуальність. Ранньою несприятливою прогностичною ознакою при діабетичній полінейропатії (ДПН) є зниження показника швидкості поширеності збудження (ШПЗ) руховими нервами нижніх кінцівок, що характеризує ураження мієліну. Периферичний мієліновий білок 22 (peripheral myelin protein 22 — РМР 22) — один із ключових компонентів мієлінової оболонки, підвищення його рівня в сироватці крові можна вважати критерієм активності демієлінуючого процесу.

Мета: вивчити зв'язок між ступенем ураження мієліну периферичних нервів та рівнем антитіл до РМР 22 у хворих на ЦД 2-го типу, ускладнений ДПН.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 102 хворих на ЦД 2-го типу, ускладнений симптомними стадіями ДПН (Dyck P.J., Tomas P.K., 1999), які перебували на ста-

ціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні Івано-Франківської ОКЛ, та 20 практично здорових осіб (ПЗО). Проведено електронейроміографічне (ЕНМГ) тестування периферичних нервів нижніх кінцівок («Нейрон-ЕМГ-Мікро», «Нейрософт», РФ); визначення рівня антитіл до РМР 22 в сироватці крові (ELISA, США). Статистична обробка здійснена за допомогою статистичних методів аналізу з використанням Statistica (StatSoft, Inc.) і MS Excel.

Результати та їх обговорення. З прогресуванням ДПН у обстежених хворих виявлено суттєве підвищення рівня антитіл до РМР 22 порівняно з ПЗО ($p < 0,001$). Помітна також різниця між показниками при різних стадіях ДПН, що підтверджує наростання ступеня демієлінації периферичних нервів із прогресуванням полінейропатії. Високий рівень антитіл до РМР 22 спостерігався серед пацієнтів зі стадією ПБ, що свідчило про найбільш глибокий ступінь демієлінації та проявлялось клінічно парезом розгиначів стоп. При аналізі ЕНМГ виявлено тенденцію до зниження ШПЗ у хворих зі стадією ПБ ($p > 0,05$), а у пацієнтів із III стадією ДПН показники ШПЗ вірогідно знижувалися порівняно зі стадією ПА ($p < 0,05$), що свідчило про суттєве наростання явищ демієлінації.

Висновки. Значний вплив на розвиток ускладнень ДПН мають імунні процеси, про що свідчить високий рівень антитіл до РМР 22 у хворих на ЦД 2-го типу, показник якого вірогідно зростає з прогресуванням полінейропатії, на фоні зниження ШПЗ периферичними нервами.

УДК 616.831.9-002-036:616.89-008.45/.47:616.98:579.828.

СОЛОВЬЕВА Е.Т., ТОВАЖНЯНСКАЯ Е.Л., КАУК О.И.
Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Адрес для переписки с авторами:
E-mail: yevgenija_sol@mail.ru

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТЫ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

В связи с ростом распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией во всем мире и значительной социально-экономической значимости проблемы актуальным сохраняется поиск пути решения ряда клинических задач, способных уменьшить бремя ассоциированных с заболеванием нарушений. При этом когнитивные нарушения остаются весомым фактором, сужающим возможность социализации, ухудшающим течение заболевания и качество жизни пациента в целом.

Цель данного исследования: изучение особенностей когнитивных нарушений у больных, перенесших ВИЧ-ассоциированные менингоэнцефалиты различной этиологии.