

ЛІТЕРАТУРА

1. *Актуальные проблемы урогинекологии: Материалы трудов IX Областной конференции урологов и гинекологов с международным участием* / Отв. ред. А. С. Переверзев. — Харьков, 2001. — 368 с.
2. *Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (Клинические лекции)* / Под ред. проф. В. Н. Прилепс-

кой. — М.: МЕДпресс, 1999. — 432 с.

3. *Кира Е. Ф. Бактериальный вагиноз.* — СПб.: ООО Нева — Люкс, 2003. — 88 с.

4. *Практическая гинекология (Клинические лекции)* / Под ред. акад. РАМН В. И. Кулакова и проф. В. Н. Прилепской. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 720 с.

5. *Профілактика невиношування вагітності у жінок з бактеріальним вагінозом: (Методичні рекомендації).* — К., 2002. — 20 с.

6. *Струк В. Ф. Вплив бактеріального вагінозу на невиношування вагітності та інфікування плода і новонародженого: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.* — Львів, 2003. — 20 с.

УДК 616.8-08:615.84

І. П. Шмакова, О. З. Зоярнюк

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПІД ВПЛИВОМ МЕТОДУ МЕЗОДІЕНЦЕФАЛЬНОЇ ЕЛЕКТРОМОДУЛЯЦІЇ

Одеський державний медичний університет

Основні принципи ранньої реабілітації хворих, які перенесли мозковий інсульт, такі: ранній початок, систематичність і тривалість, комплексність, поетапність. Відновне лікування розпочинається вже в гострому періоді інсульту, під час перебування хворого в стаціонарі. Через 3–6 тиж, за показаннями, хворого переводять до реабілітаційного відділення [1–3; 6].

Санаторний етап реабілітації полягає в стимулюванні резервних і компенсаторних можливостей організму. Фізіотерапія повинна розпочинатися відразу після стабілізації неврологічного дефіциту [4; 5].

Метою цього дослідження є вивчення динаміки клініко-функціонального стану нервової системи в хворих, які перенесли ішемічний інсульт, під впливом лікувально-реабілітаційного комплексу з використанням методу мезодіенцефальної електромодуляції (МДМ).

Відмітною рисою МДМ, порівняно з іншими транскраніальними впливами, є те, що при однаковій частоті проходження імпульсів (до 100 Гц) використовуються біполярні імпульси синусоїдальної форми з середньочастотним запов-

ненням (частота 5–10 Гц). Курсове лікування методом МДМ сприятливо впливає на стан вегетативної нервової системи, що приводить до поліпшення регуляції тону мозкових артерій і покращання мозкового кровотоку, впливаючи на глибинні структури мозку, сприяє нормалізації біоелектричної активності клітин головного мозку [4; 5].

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням перебувало 88 хворих обох статей віком від 30 до 60 років, які перенесли ішемічний інсульт. Вони надійшли на санаторно-курортну реабілітацію в терміни до 1 року після інсульту.

Більшість хворих (67,1 %) скаржилися на слабкість і обмеження рухів в уражених кінцівках; відчуття важкості, біль і скутість у них відзначали 55,6 % хворих, 42,9 % відчували утруднення при ходьбі. Порушення мови відзначали 40,0 %, головний біль — 55,7 %, запаморочення — 31,4 %, порушення зору — 22,9 %, шум у вухах — 21,4 %, утруднення при ковтанні — 5,7 %, дратівливість і поганий сон — 42,4 %, загальну сла-

бкість — 55,7 %, зниження пам'яті — 38,6 %, підвищення АТ — 74,3 %, біль у ділянці серця, серцебиття — 55,7 % обстежених.

Причиною ішемічного інсульту в 75,4 % був атеросклероз, у 24,6 % — різні церебральні вазопатії (ревматичного й інфекційно-алергічного генезу). У 13,0 % було діагностовано малий ішемічний інсульт (інсульт з відновленим неврологічним дефіцитом), у 2,9 % хворих цей інсульт був повторним.

За локалізацією осередку хворі розподілилися таким чином: у 37,7 % осередок ураження локалізувався в басейні правої середньомозкової артерії, у 34,8 % — у басейні лівої середньомозкової артерії, у 24,5 % — у вертебрально-базиллярному басейні.

Рухові порушення у вигляді пірамідного геміпарезу спостерігалися в 62,9 % хворих. Із них правобічний геміпарез спостерігався в 45,5 %, лівобічний — у 54,5 % хворих. Тетрапарез діагностовано у 1,4 % випадків. Ступінь виразності геміпарезу оцінювався за п'ятибальною шкалою рухової активності (за Демиденком). Виражений (тяжкий) геміпарез (1 Б) діагносто-



вано у 15,9 %, геміпарез середнього ступеня тяжкості (2–3 Б) — у 53,5 %, легкий — у 30,6 % хворих.

Атактичні розлади спостерігалися у 22,9 % обстежених, екстрапірамідний синдром — у 5,7 %; неврологічний дефіцит у вигляді пірамідної недостатності — у 18,6 %. У 31,4 % хворих зареєстровані різні мовні порушення, з них 72,3 % становили моторні афазії, 22,7 % — дизартрії. Психоорганічний синдром спостерігався в 32,9 % обстежених. Серед інших синдромів зареєстровані: ангулярний — у 5,7 %, бульбарний — у 4,3 % і альтернуючі — в 2,9 % хворих.

Серед супровідної патології велику частину становили захворювання серцево-судинної системи. У 78,6 % хворих було зареєстровано підвищений АТ. Діагноз «гіпертонічна хвороба» було встановлено у 72,7 % обстежених; із них гіпертонічна хвороба I ст. становила 5,0 %, II ст. — 25,0 % і III ст. — 70,0 % випадків. Артеріальна гіпертензія нефрогенного генезу діагностована в 5,5 %, вегетативно-судинна дистонія за гіпертонічним типом — у 21,8 % хворих. Кардіальна патологія виявлена в 71,4 % випадків. Із них ІХС становила 92,0 %, міокардіодистрофії різного походження — 8,0 %. У 4,0 % хворих в анамнезі виявлено інфаркт міокарда, у такому ж відсотку випадків — миготливу аритмію.

Цукровий діабет виявлено у 10,0 % хворих, більшість випадків (85,7 %) становив цукровий діабет II типу (інсулінонезалежний). На ожиріння у різній стадії страждали 12,9 % пацієнтів. У 14,3 % обстежених в анамнезі виявлено травму головного мозку, у 5,7 % — нейроінфекцію, ревматизм перенесли 12,4 % хворих.

Усі хворі були розподілені на дві групи.

I група — 30 осіб (контрольна), яким було призначено традиційний для санаторно-курортної реабілітації комплекс

(кліматокінезотерапія, дієта, ЛФК, механотерапія, масаж, бальнеотерапія).

II група — 58 осіб, яким додатково до зазначеного лікувального комплексу було призначено метод МДМ.

Методика проведення процедур така (патент України № 2003086655): використовували другий режим роботи, що припускає застосування модульованого струму частотою 80–100 Гц, силою 2–4 мА, з тривалістю імпульсу ($4,00 \pm 0,25$) мс; 1-ша, 11-та і 12-та процедури: частота струму — 80 Гц, сила струму — 2 мА, тривалість — 15–20 хв; 2-га і 10-та процедури: частота струму — 80 Гц, сила струму — 2 мА, тривалість — 25–30 хв; 3-тя і 9-та процедури: частота струму — 80 Гц, сила струму — 2 мА, тривалість — 35–40 хв; 4, 5, 6-та, 7 і 8-ма процедури: частота струму — 80 Гц, сила струму — 2 мА, тривалість — 50–60 хв. Перша, друга і третя процедури проводяться через день, починаючи з четвертої — щодня. Курс лікування — 10–12 процедур.

Переважає більшість хворих процедури переносила добре.

Лише двом пацієнтам лікування довелося скасувати через появу скарг на загальну слабкість.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати проведеного клінічного аналізу показали, що хворі основної групи відзначали зменшення головних болів, запаморочення, поліпшення сну в 1,5–2 рази частіше, ніж у контрольній групі (табл. 1).

При дослідженні неврологічного статусу 67,0 % хворих основної групи краще виконували координаторні проби; зменшення гіперрефлексії спостерігалось в 75 % обстежених основної й у 56 % контрольної групи ($P < 0,05$).

Усім хворим проводили дослідження пам'яті й уваги до та після реабілітаційного курсу. Дослідження уваги проводилося за таблицями Шульте, пам'яті — за допомогою «Подвійного тесту» Бородкіна — Смирнова, у результаті усереднення даних трьох послідовних вимірів.

При оцінці вихідного стану пам'яті виявлено зниження па-

Таблиця 1

Динаміка скарг хворих у результаті проведеного лікування

Скарги	Кількість хворих, %		
	До лікування, n = 58	Після лікування	
		Основна група, n = 58	Контрольна група, n = 30
Головні болі	55,7±5,3	25,7±5,7 P1<0,001	34,2±8,7 P2<0,05
Запаморочення	31,4±4,9	15,6±4,8 P1<0,05	20,8±7,4 P2>0,1
Порушення сну	42,4±5,3	22,3±5,5 P1<0,01	29,7±8,3 P2> 0,05
Порушення мови	40,0±5,2	26,6±5,8 P1<0,05	34,5±8,7 P2>0,2
Зниження пам'яті	100,0±0,0	61,0±7,6 P1<0,001	75,5±7,9 P2<0,05
Загальна слабкість	55,7±5,3	20,3±5,3 P1<0,001	35,8±5,5 P2<0,05
Болі в уражених кінцівках	55,6±5,3	31,3±6,1 P1<0,01	43,0±9,0 P2>0,1

Примітка. У табл. 1 і 2: P1 — вірогідність відмінностей при порівнянні показників основної групи до і після лікування; P2 — вірогідність відмінностей при порівнянні показників контрольної групи до і після лікування.



Таблиця 2

**Динаміка рухових порушень під впливом лікування
(за шкалою Демиденка) [9]**

Вираженість геміпарезу, Б	Кількість хворих, %		
	До лікування, n = 88	Після лікування	
		Основна група, n=58	Контрольна група, n=30
I (легкий)	15,9±3,9	35,7±6,3 P1<0,05	24,3±7,8 P2> 0,2
II–III (середньої тяжкості)	53,5±5,3	46,1±6,5 P1<0,05	50,1±9,1 P2> 0,2
IV (тяжкий)	30,6±4,9	18,2±5,1 P1<0,05	25,6±7,8 P2> 0,1

м'яті до рівня нижче середнього в 58 % і до низького рівня — у 42 % хворих.

За даними, отриманими до початку лікування, в обстежених спостерігалось зниження уваги до низького рівня в 80 % (час освоєння таблиць — від 1 хв 20 с до 1 хв 40 с) і нижче середнього рівня в 20 % (час освоєння таблиць — від 80 с до 1 хв 19 с).

У результаті проведеного лікування в хворих основної групи ми спостерігали зменшення часу освоєння таблиць Шульте на 20–30 с. Стан уваги після реабілітації можна було оцінити як середній у 24 %, нижче середнього — у 35 %, низький — у 41 % обстежуваних (у контролі ці показники дорівнювали 14; 38 і 48 % відповідно).

Дані оцінки оперативної пам'яті в хворих основної групи були такими: середній рівень — у 39 %; нижче середнього — у 38 %; низький — у 23 % хворих (у контролі — 25; 45 і 30 % відповідно). Крім цього, у хворих основної групи відзначено більш виражене поліпшення мови і загального самопочуття.

Разом з тим, відзначено достовірне зменшення больових відчуттів в уражених кінцівках, виражена тенденція по відновленню сили м'язів і зниженню м'язового тону в хворих основної групи. Динаміка ступеня вираженості зазначених змін подана в табл. 2.

Отримані дані свідчать, що в основній групі кількість хворих з легким геміпарезом збільшилася на 19,8 %, у той же час у групі хворих із тяжким геміпа-

резом — зменшилася на 12,4 %; у контролі ці показники становили 8,4 і 5,0 % відповідно.

Висновки

Таким чином, під впливом лікувально-реабілітаційного комплексу, що вивчався, відзначається позитивна динаміка клініко-функціонального стану хворих, які перенесли ішемічний інсульт. Статистично більш виражені сприятливі зміни відзначено у хворих, що одержували в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів патогенетично обґрунтовану МДМ-терапію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белова А. Н. Нейрореабілітація: Рук. для врачей. — М.: Антидор, 2000. — 568 с.
2. Виберс Д., Хейгін В., Роберт Д. Браун. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям. — М.: ЗАО «Бином», 1999. — 671 с.
3. Виленский Б. С. Инсульт. — СПб.: Мед. информ. агентство, 1995. — 287 с.
4. Даниленко О. А. Мезодіенцефальна електромодуляція в медичній реабілітації хворих на початкові форми порушення мозкового кровообігу та ішемічну хворобу серця: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.99 / Укр. НДІМР та К. — Одеса, 1999. — 18 с.
5. Диференційне застосування церебральних імпульсних електровпливів в комплексній реабілітації хворих з цереброваскулярною патологією: Метод. рекомендації / УКРНИИМР и К. / І. П. Шмакова, К. Д. Бабов, М. В. Лобода та ін. — Одеса, 1994. — 24 с.
6. Кадыков А. С. Реабілітація после инсульта. — М.: Миклош, 2003. — 176 с.

УДК 616.89

В. В. Седнів

КЛІНІКА І ДИНАМІКА ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО НЕВРОТИЧНОГО РОЗЛАДУ У ДІТЕЙ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, Донецьк

Актуальність даного дослідження зумовлена не тільки поширеністю невротичних, пов'язаних із стресом, розладів у дітей, яка збільшується [9], але і відносно малою вивченістю вікової клінічної картини в осіб

передпідліткового віку [5; 7; 8], а також не вирішеними питаннями щодо динаміки від доклінічних форм невротичних розладів до нозологічно окреслених [1].

Щодо обсесивно-компульсивного розладу у дітей існу-

ють суперечливі дані [5–7; 10]. Проте, підсумовуючи погляди різних авторів, можна виділити ряд принципових моментів. Перш за все обсесивно-компульсивний розлад у дитячому віці, так само як і в дорослому,

