

у активний період (з 5.00 до 7.00 ранку) — у 11 пацієнтів (73,33 %) ($p < 0,01$) — САТ до $(178,7 \pm 14,6)$ мм рт. ст., ДАТ до $(95,0 \pm 8,4)$ мм рт. ст. Добовий індекс у обстежених хворих для САТ склав $(10,8 \pm 6,7)$ %, а для ДАТ — $(13,1 \pm 8,9)$ %. Індекс часу для САТ був $(66,5 \pm 18,2)$ %, для ДАТ — $(38,8 \pm 21,3)$ %.

Отже, у хворих після кардіохірургічних втручань стаються ПСР у вигляді НШЕ та ШЕ у 66,7 % випадків, ФП — у 20,0 %, спостерігається стійке підвищення АТ протягом доби та досить великий діапазон коливань АТ, а у 46,7 % хворих відзначалися як нічні, так і ранкові підйоми АТ. Отримані дані свідчать про обов'язковість проведення заходів, спрямованих на нормалізацію АТ та серцевого ритму у цій когорті хворих.

УДК 616.891.4-036.8

Дзяк Л. А., Мизякина Е. В.

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины» (г. Днепр)*

Посттравматические психоневрологические нарушения

В настоящее время во всем мире наблюдается неуклонный рост травматизма и повреждение головного мозга является одной из частых причин инвалидизации и смертности. Травматическое повреждение черепа, и как следствие — головного мозга, составляет примерно 30—35 % всех травм.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является иницирующим механизмом нарушения регуляторных процессов функционирования головного мозга, ЦНС и сопровождается тканевыми, сосудистыми, ликвородинамическими нарушениями. Развитие неконтролируемого вторичного повреждения тканей мозга и нейровоспаления имеют большое значение в генезе неврологических и нейропсихологических симптомокомплексов, возникающих в различные интервалы посттравматического периода и во многом определяют характер и выраженность последствий травмы.

В исследование было включено 320 пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ (220 мужчин, 100 женщин). Пациенты, которые были включены в исследование, соответствовали следующим критериям: 1) ЧМТ в анамнезе не менее 6 месяцев до включения в исследование; 2) возраст 18—50 лет; 3) наличие посттравматических изменений по данным методов нейровизуализации (КТ, МРТ); 4) достаточный для участия в исследовании образовательный уровень. Пациенты не были включены в исследование, если у них были определены следующие критерии: 1) наличие эпилептических припадков, пароксизмальной активности по данным ЭЭГ; 2) возможное наличие других заболеваний, протекающих с когнитивными и аффективными расстройствами (гипотиреоз, болезнь Альцгеймера, В₁₂-дефицитная анемия, тяжелая депрессия); 3) прием в течение 1 месяца и во время проведения исследования антидепрессантов, нейролептиков, антихолинэстеразных препаратов.

В ходе исследования были применены следующие методики и шкалы: 1) Монреальская шкала оценки когнитивных функций; 2) опросник депрессии Бека; 3) шкала самооценки Шихана; 4) клиническая шкала тревоги (CAS); 5) шкала Монтгомери — Асберга для оценки депрессии (MADRS); набор нейропсихологических тестов: методики Рубинштейна С. Я., 1970; Короткова О. А., 1986; Лурии А. Р., 1974, 1976; Бентона А., 1952. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистических программ SPSSv.10 методами непараметрической статистики.

В результате исследования выявлено, что комбинация предтравматических факторов, характеристик травмы

и взаимодействия между ними приводят к возникновению посттравматических психоневрологических симптомов (нарушение памяти, концентрации внимания, замедление обработки информации, снижение оперативной памяти, коммуникативное расстройство, нарушение функции регуляции, программирования и контроля психической деятельности, депрессия, тревога, раздражительность, возбуждение, агрессия, расторможенность, апатия, диссомния и др.).

Посттравматические факторы, такие как социальная поддержка, своевременная медикаментозная и реабилитационная терапия, социально-экономический статус пациента, судебно-экспертные вопросы, также влияют на выраженность, флюктуации и регресс психоневрологической симптоматики.

Своевременная оценка риска развития осложнений, оптимизация оказания первой помощи, снижение выраженности посттравматических нарушений должны стать основной целью при ведении пациентов с травматическим повреждением головного мозга, что позволит увеличить их шансы в процессе реабилитации.

УДК 616.831/832.94-005.1-02:616.857

Дзяк Л. А., Цуркаленко Е. С.

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины» (г. Днепр)*

Клинические характеристики головной боли у пациентов с артериовенозными мальформациями головного мозга

Вопросы совершенствования диагностики и лечения головных с артериовенозными мальформациями (АВМ) головного мозга составляют важную и, вместе с тем, сложную проблему неврологии и нейрохирургии. Наиболее грозным осложнением АВМ, приводящим к стойкой утрате работоспособности, является их разрыв с формированием внутримозгового кровоизлияния. Для предотвращения разрыва необходимо выявление АВМ в догеморрагическом периоде, что порой является затруднительным, учитывая длительную асимптомное течение. Одним из первых симптомов АВМ является головная боль (ГБ). Тщательная оценка ГБ у пациентов общеклинической практики позволяет своевременно выявить АВМ и предотвратить их разрыв. Несмотря на множество публикаций, посвященных этой проблеме, специфические характеристики АВМ-ассоциированной головной боли, механизмы ее возникновения в зависимости от структурных и функциональных особенностей АВМ изучены недостаточно.

Целью данного исследования является анализ взаимосвязи особенностей ангиоархитектоники АВМ головного мозга и клинических характеристик головной боли.

В исследование включено 355 пациентов с АВМ головного мозга, находившихся на обследовании и лечении в Днепропетровской областной больнице им. И. И. Мечникова с 2005 по 2016 гг. Для решения поставленных задач было проведено комплексное неврологическое обследование, подробный сбор анамнестических данных, использованы опросники головной боли. Для визуализации изменений мозгового кровообращения и особенностей ангиоархитектоники АВМ использовали ультразвуковые методы диагностики (УЗДГ), церебральную ангиографию, магнитно-резонансную томографию и компьютерно-томографическую перфузиографию (КТ-ПГ). Для оценки и диагностики головной боли были использованы критерии Международной классификации головной боли третьего пересмотра (ICHD-3).