

resources are doomed to a slow and difficult independent development.

All of the above indicates that the activities to provide health services, has a great potential in the Zaporozhye region and an attractive prospect.

REFERENCES

1. Berkovich V.I. Rural green tourism - the priority of the development of the tourism industry in Ukraine / V.I. Berkovich // Strategic priorities. - 2008.- P.45-50.
2. Vasilyev V.P. Green Heart of Europe // Tourism green. – 2007. - №3.-P.2-3.
3. Problems of complex development of the territory / Ed. I.A. Gorlenko, G.V. Balabanova and others - Kiev: Naukova Dumka, 2004.-295p.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Авдей Г.М.

Гродненский государственный медицинский университет

Среди разнообразных неврологических симптомов, развивающихся вследствие сосудистых поражений головного мозга, особое место занимают нарушения когнитивных функций, снижение которых выступает как дезадаптирующий фактор, оказывающий влияние на взаимодействие больного с микросоциальной средой, способствует утрате профессиональных навыков, осложняет семейные отношения, а в целом оказывает выраженное негативное влияние на качество жизни пациентов, резко затрудняет курацию и утяжеляет прогноз [3]. Согласно одной из существующих концепций, острая ишемия способна инициировать или ускорить (вероятно, при определенной предрасположенности пациента) нейродегенеративный процесс [5], что сопровождается нарушением нейротрансмиттерных (ацетилхолинергических, дофаминергических, норадренергических, серотонинергических) систем. Установлено, что пациенты с инсультами правой теменной и височной доли имеют наибольшие трудности с памятью, концентрацией и умственной усталостью спустя 10 дней и 1, 3, 6 месяцев после инсульта [11]. Своевременная диагностика когнитивных сосудистых нарушений расширяет возможности патогенетически обоснованной терапии на ранних додементных стадиях цереброваскулярной патологии [1, 2].

Цель исследования: изучить состояние когнитивной сферы больных в раннем восстановительном периоде ишемического

инсульта (ИИ) и определить гендерные особенности когнитивных нарушений этих пациентов.

Материал и методы исследования. Обследовано 25 больных трудоспособного возраста (средний возраст $54,8 \pm 3.0$): 16 мужчин и 9 женщин с диагнозом: инфаркт головного мозга в каротидном бассейне (правом (11 человек) или левом (8 человек)), в вертебробазилярном бассейне (преимущественно у мужчин (6 пациентов)), атеротромботический тип. У всех больных имели место артериальная гипертензия III, риск 4, ишемическая болезнь сердца.

Всем больным были проведено клиническое обследование с оценкой степени неврологического дефицита по шкале объективизации состояния пациента при инсульте (шкале Национального института инсульта (NIHSS)) и индекса активности повседневной жизни Бартела [4]. Для подтверждения локализации очага и характера инсульта использовались нейровизуализационные методы: компьютерная томография и/или магнитно-резонансная томография. Когнитивные функции оценивались с помощью теста «Самооценки памяти», краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС), батареи лобных тестов (БЛТ), теста рисования часов (ТРЧ), теста 5 слов [4]. Исследование проводилось через месяц после острого сосудистого эпизода на фоне лечения больных сосудорасширяющими (винпоцетин, кавинтон), метаболическими (пирацетам) препаратами, антиагрегантами (аспирин, кардиомагнил), гипотензивными и диуретическими препаратами в сочетании с лечебной физкультурой и физиотерапевтическими методами лечения.

Полученные результаты фиксировали как в общей группе больных, так и в зависимости от пола у мужчин и женщин. Результаты обрабатывали статистически, с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Наряду с жалобами больных в раннем восстановительном периоде ИИ на головные боли, слабость и онемение конечностей, нарушения речи, все пациенты отмечали снижение памяти. Больные забывали номера телефонов, по которым регулярно звонили, имена и фамилии людей, которых знали, какое сегодня число, не помнили, что куда положили, с трудом припоминали содержание только что просмотренной телепередачи, какой сегодня день недели, трудно сосредотачивались на чем-то, делали все очень медленно.

Имеющиеся неврологические симптомы, как парез зрения, лицевой мускулатуры, парезы в руках и ногах с патологическими рефлексам и нарушения чувствительности чаще встречались у женщин, чем у мужчин (соответственно: $p < 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,05$). Симптомы поражения мозжечка и его путей в виде статической и динамической атаксии в большей мере были присущи лицам мужского пола с ИИ в вертебробазиллярном бассейне ($p < 0,05$). Речевые расстройства в виде дизартрии или афазии чаще и в большей степени наблюдались у женщин, чем у мужчин ($p < 0,05$). Соответственно функциональное состояние после инсульта у женщин было на 37% хуже, чем у мужчин ($p < 0,05$). Они чаще нуждались в помощи при приеме пищи, уходе за собой, пользовании туалетом, ходьбе, подъеме и спуске вниз по лестнице, одевании и раздевании.

У всех больных в раннем восстановительном периоде ИИ при проведении разных методик исследования (КШОПС, БЛТ, Тест 5 слов, ТРЧ) выявлены когнитивные нарушения легкой степени выраженности. Пациенты, вне зависимости от пола, одинаково выполняли тесты на ориентировку во времени, месте, на память и восприятие. Достоверных данных по беглости речи, динамическому праксису, простой и усложненной реакции выбора у этих больных не получено. Категориальное обобщение предметов женщины демонстрировали лучше, чем мужчины ($p < 0,05$). Невысокие баллы непосредственного и отсроченного воспроизведения у пациентов также свидетельствовали о наличии у них когнитивных расстройств. Женщины лучше выполняли тест рисования часов, чем мужчины ($p < 0,05$), делая только ошибки в расположении стрелок, не показывая, как лица мужского пола, совершенно неправильное время.

Таким образом, у больных в раннем восстановительном периоде ИИ установлены легкие когнитивные расстройства на фоне массивной объективной неврологической симптоматики.

Выводы.

1. У всех больных в раннем восстановительном периоде ИИ имели место объективные неврологические симптомы, но у женщин преобладали двигательные и чувствительные нарушения, а у мужчин координаторные расстройства.

2. Речевые нарушения чаще отмечались у женщин, чем у мужчин.

3. Функциональное состояние после инсульта лиц женского

пола было хуже, чем у мужчин.

4. У всех пациентов в раннем восстановительном периоде ИИ выявлены легкие когнитивные расстройства.

5. Женщины лучше демонстрировали категориальное обобщение предметов и выполняли тест рисования часов, чем мужчины.

6. Несмотря на более низкое функциональное состояние после инсульта у женщин, их степень выраженности когнитивных расстройств меньше, чем у мужчин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Боголепова А.Н. Роль нейропсихологических исследований у больных, перенесших ишемический инсульт (обзор) /А.Н. Боголепова // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2005, Инсульт. – № 13. – С. 72 – 75.

2. Бугрова С.Г. Проблемы диагностики и лечения сосудистых когнитивных нарушений (точка зрения врача-невролога) /С.Г. Бугрова //Русский медицинский журнал. – 2008. – N 5. – С. 270 – 273.

3. Дамулин И.В. Сосудистые когнитивные нарушения: клинические и терапевтические аспекты /И.В. Дамулин //Русский медицинский журнал. – 2006. – N 9. – С. 658 – 664.

4. Кушнир Г.М. Диагностические и экспертные шкалы в неврологической практике /Г.М. Кушнир, В.В. Могильников, Л.Л. Корсунская. – Симферополь, 2010. – 34 с.

5. Опыт применения мемантина в терапии когнитивных расстройств при различных органических заболеваниях нервной системы /Я.А. Гончарова [и др.] //Международный неврологический журнал. – 2011. – N 2. – С. 47 – 50.

ОСОБЕННОСТИ И ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА НЕЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БОЛИ У РЕБЕНКА

Агранович О.В.^{1,2}, Агранович А.О.¹, Хапаева М.М.¹, Лобода Е.С.¹

¹ГБУЗ СК "Краевая детская клиническая больница" г. Ставрополь, Россия

²Ставропольский государственный медицинский университет,
г. Ставрополь, Россия

Впервые синдром был описан в 1963 году врачом А.Г. Swanson у двух братьев [11]. Позднее, Р.Дж. Дуск выделил 5 типов наследственных сенсорных и автономных невропатий, которые являются генетически и клинически гетерогенной группой заболеваний, связанных с сенсорной дисфункцией [5]. Предполагают, что генетический дефект, ассоциированный с мутацией в гене NTRK1 (NEUROTROPHIC TYROSINE KINASE, RECEPTOR, TYPE 1),