

лечения, после лучевой терапии, оперативного лечения и химиотерапии.

В результате проведенного исследования было выявлено, что при первичном осмотре у 39,7 % женщин имела место вегетативно-сенсорная полиневропатия, которая проявлялась жалобами на чувство онемения, «ползания мурашек», гипергидрозом стоп, гипестезией в дистальных отделах нижних конечностей.

Наблюдение за больными в динамике позволило выявить, что проведение цитостатической терапии рака молочной железы приводило к увеличению частоты встречаемости полиневропатического синдрома до 68,5 % случаев, на наш взгляд, за счет токсического воздействия, присоединения двигательных нарушений с формированием моторно-сенсорно-вегетативной аксональной полиневропатии.

У пациенток, перенесших радикальное лечение рака молочной железы и лучевую терапию, в 79—85 % случаев развивался ряд функциональных нарушений верхней конечности на стороне мастэктомии с преобладанием множественных мононевропатий без роста частоты встречаемости полиневропатического синдрома.

Таким образом, паранеопластические полиневропатии являются частым проявлением рака молочной железы. Раннее выявление полиневропатических расстройств способствует более быстрому обнаружению опухоли и своевременному началу лечения. Последующий проспективный мониторинг, включающий клинико-неврологическое и электронейромиографическое обследование, позволяет определить объем и необходимость проведения коррекции неврологического дефицита на всех этапах заболевания.

УДК 616.831-005:616.1-071

ОЦІНКА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ РЕАКТИВНОСТІ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ І ЇЇ КЛІНІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

І. А. Назарчук

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: цереброваскулярна патологія, серцево-судинна реактивність

Реактивність є однією з найважливіших конституціональних якостей людини, що визначає індивідуальні функціональні можливості організму і має клінічне і прогностичне значення. Зміни реактивності відбивають хронологію розвитку і перебігу захворювання, що обумовлює актуальність відповідних досліджень. Метою даної роботи було вивчення серцево-судинної реактивності (ССР) і її клінічного значення у хворих з хронічною цереброваскулярною патологією (ХЦВП).

Обстежено 52 хворих з ХЦВП — дисциркуляторними гіпертонічними, атеросклеротичними енцефалопатіями (ДЕ) I, II стадій (15, 13 і 24 хворих відповідно). Дослідження ССР проводили класичними клінічними методиками із викликанням очно-серцевого, солярного, кліностатичного, ортостатичного рефлексів і рефлексу Ортнера (Вейн А. М., 2000 р.) під час періоду декомпенсації захворювання і одразу після завершення курсу лікування хворих.

Під час декомпенсації, яка характеризувалась поступовим зростанням виразності клініко-неврологічної симптоматики, ССР у хворих з ДЕ I ст. була зниженою у 43—50 %, нормальною або підвищеною — у 50—57 %; при ДЕ I—II ст. — зниженою у 67—78 % і у 22—33 % мала парадоксальний характер при викликанні ортостатичного, очно-серцевого і кліностатичного рефлексів. Наприкінці курсу лікування у хворих з різним ступенем клінічної ефективності встановлено прямий кореляційний зв'язок динаміки ССР практично в усіх випадках при дослідженні ортостатичного рефлексу. У 75 % відбивали зміни клінічної симптоматики очно-серцевий і кліностатичний рефлекс у хворих з ДЕ I, I—II ст. При викликанні солярного рефлексу і Ортнера отримані дані були менш інформативними.

Проведені дослідження характеризують ССР у хворих з ХЦВП. ССР корелює із клініко-неврологічною

симптоматикою та відбиває динаміку перебігу хронічної цереброваскулярної патології. Для оцінки клінічного стану доцільно диференційне застосування досліджень ССР, насамперед ортостатичного, очно-серцевого і кліностатичного рефлексів.

УДК 616.839-031.14-073.7:616.5-07

ДІАГНОСТИКА ВЕГЕТАТИВНИХ ПРОЯВІВ ПОЛІНЕВРОПАТІЙ МЕТОДОМ ВИКЛИКАНОГО ШКІРНОГО ПОТЕНЦІАЛУ

А. Г. Олексюк-Нехамес, А. С. Сон, О. М. Стоянов*, В. С. Левіценко***

*Національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів; * Державний медичний університет, м. Одеса; ** Обласна клінічна лікарня, м. Одеса*

Ключові слова: викликаний шкірний потенціал, поліневропатія, вегетативна дисфункція

Поліневропатії — це сукупність захворювань периферичної нервової системи, що характеризуються дифузним ураженням периферичних нервових волокон, які входять в склад різних нервів, в тому числі — вегетативних. Нейровегетативні ускладнення цукрового діабету є частою причиною виникнення різного типу поліневропатій. Спектр порушень у хворих з ураженнями вегетативних волокон включає різні прояви дисфункцій з боку як серцево-судинної, гастроінтестинальної системи, так і з боку порушень сечовипускання, зіничних реакцій, потовиділення, вазомоторних порушень. Зокрема, дисфункція з боку вазомоторних порушень у хворих з ураженнями вегетативних волокон при поліневропатіях залишається до кінця недооціненою стосовно діагностики. Частіше за все вегетативна дисфункція проявляється симптомами випадіння, проте при діабетичній поліневропатії є симптоми подразнення, пов'язані з гіперреактивністю симпатичних, холінергічних волокон.

Метою цього дослідження стало обстеження функціонального стану постгангліонарних волокон та швидкості проведення імпульсу по вегетативним волокнам, які визначалися методом викликаного шкірного симпатичного потенціалу (ВШСП) у 21 хворого з діабетичною поліневропатією (середній вік $48,5 \pm 2,2$). Серед обстежених переважали чоловіки. Застосована модифікована методика стимуляції серединного і малогомілкового нервів (М. М. Одинак С. А. та інші, 1999). Для дослідження інформативним показником є латентний період ©, періоди фаз: А1, А2, А3, тривалості висхідної частини фаз: S1, S2, S3.

При загостренні перебігу захворювання у хворих на діабетичну поліневропатію на рівні вегетативного волокна периферійної частини нерва виявлено наростання показників тривалості фаз II періоду А2 викликаного шкірного потенціалу. Зокрема, виявлено наростання симпатичного потенціалу: S2a — $10,3 \pm 1,2$ с і S2b — $16,29 \pm 0,8$ с, які вірогідно ($p < 0,05$) відрізняються від фіксованої норми групи порівняння, де S2a — $1,56 \pm 0,17$ с, S2b — $8,33 \pm 1,01$ с. З іншого боку, спостерігається наростання латенції ВШСП і зменшення показників амплітуди першої фази А1 ВШСП.

Ці зміни вказують на підвищення активності ерготропних центрів, симпатикотонії, подразнення гангліїв симпатичної частини вегетативних волокон. Такі зміни, що виявлені у даній групі хворих, можуть стати діагностичними критеріями для уточнення стану вегетативних ускладнень при діабетичних поліневропатіях.

УДК 616.832-005.4-036.8.,450.1»

ДЕТЕРМІНАНТИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ЧЕРЕЗ РІК ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Л. В. Пантелєєнко, Л. І. Соколов

Національний медичний університет, м. Київ

Ключові слова: ішемічний інсульт, якість життя

Ішемічний інсульт (ІІ) є однією з найбільш складних медико-соціальних проблем сучасності у зв'язку з його високою поширеністю серед цереброваскулярних хвороб,