

і лікарями-невропатологами поліклінічної ланки. Ними ж було призначено проведення МРТ головного мозку, й усі хворі звернулися за консультацію з наявними результатами нейровізуалізаційного обстеження.

У 28 % пацієнтів за даними неврологічного обстеження було виявлено одне вогнище ураження ЦНС: зорового нерва (15 %), задніх або бічних канатиків (10 %), мозочка (3 %). У решти хворих (72 %) за наявності скарг на порушення однієї функції виявлялись об'єктивні ознаки багатовогнищового ураження пірамідних шляхів глибокої чутливості, мозочкова або сенситивна атаксія. Переважна більшість хворих (91 %) мали численні вогнища на МРТ головного мозку різної локалізації, гіперінтенсивні у T2 33 і у 53 % гіпоінтенсивні у T1 33. Дослідження з контрастуванням було проведено при першому МРТ всього 21 % пацієнтів, у 18 з яких знайдено накопичення контрасту і у 10 — у безсимптомних вогнищах. Лише у цих хворих була можливість підтвердити діагноз РС на самому ранньому етапі хвороби завдяки одночасному виявленню на МРТ гіпоінтенсивних (так званих «чорних дірок») і вогнищ, що накопичували контрастну речовину.

Отже, діагностичне значення важливого критерію, який дозволяє за першого ж звернення пацієнта визначити діагноз РС, в клінічній практиці не можна назвати високим. За нашим досвідом, воно складає від 9,5 до 17 %. Пояснюється це недостатнім проведенням МРТ-досліджень з контрастуванням в перший місяць захворювання, яке, здебільшого, не призначають лікарі поліклінічних установ. Проведення такого дослідження після звернення до спеціалізованого центру не завжди відповідає активній стадії хвороби з можливим накопиченням контрастної речовини на МРТ.

УДК 378.147-051:616.8

Соколова Л. І., Ілляш Т. І.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)
**Вдосконалення підготовки
лікарів-інтернів неврологів**

Результатом підготовки лікарів-невропатологів у інтернатурі має бути отримання первинної професійної підготовки, що включає знання та вміння з базових клінічних і теоретичних наук у обсязі, що необхідний для виконання професійної кваліфікованої допомоги. Сьогодні суттєво змінюються вимоги до професійної підготовки фахівців. По-перше, це пов'язано зі стрімким зростанням кількості інформації з неврології, по-друге, з переходом до стандартів надання медичної допомоги відповідно до принципів доказової медицини. Нажаль, не завжди рівень підготовки лікарів відповідає бажаному. З одного боку, це пов'язано з низькою мотивацією інтернів. Частина з них не має конкретного місця майбутньої роботи і не до кінця усвідомлює практичні завдання, які будуть ставитися перед ними. Інші не задоволені отриманим місцем, низькою майбутньою оплатою праці і тому мають на меті лише отримати сертифікат спеціаліста, але працювати в іншому напрямку.

Ще кілька років тому недостатньо уваги приділялося післядипломній підготовці внаслідок низької мотивації професорсько-викладацького складу, але зі створенням у Національному медичному університеті Інституту післядипломної освіти ситуація значно поліпшилася. Наводимо досвід підготовки лікарів-інтернів на кафедрі неврології НМУ.

Інтерни проходять навчання за двома формами: очна та заочна. Очна форма є базою для удосконалення теоретичних і практичних знань з неврології. Заочна — дозволяє закріпити набуті знання і розвинути свої здібності до само-

стійної роботи. Не зменшуючи значення заочної форми навчання, на наш погляд, надзвичайно важливою для формування майбутнього фахівця має очна форма. У період очного навчання інтерни вивчають основні розділи неврології згідно з програмою і складеним планом навчання. Він передбачає поглиблене вивчення загальної пропедевтичної неврології, методів обстеження неврологічних хворих, окремих захворювань нервової системи, а також проходження циклів на деяких суміжних кафедрах. Чимало уваги на кафедрі приділяється питанням топічної діагностики. Саме під час навчання в інтернатурі закладаються основи методології визначення топічного діагнозу, без чого неможлива безпомилкова клінічна діагностика в майбутній роботі лікаря-невролога. Після вивчення окремих тем інтерни складають заліки, а наприкінці навчання — іспит, який поєднує комп'ютерне тестування, контроль практичних навичок і усну співбесіду.

Очна форма навчання містить різні варіанти вивчення матеріалу. Це і лекції з головних проблем неврології, семінарські і практичні заняття, участь у обходах професорів і доцентів, докладне обговорення клінічних випадків. На практичних і семінарських заняттях регулярно проводиться контроль рівня знань лікарів-інтернів. Надзвичайно важливим для розвитку клінічного мислення і створення алгоритму ведення пацієнтів мають клінічні огляди хворих з професором або доцентом з подальшим докладним обговоренням. Кожному лікарю-інтерну надається можливість висловити й обґрунтувати свою думку щодо діагнозу, обстеження і лікування конкретного пацієнта. Значна частка такого заняття відводиться для обговорення диференціального діагнозу. На кафедрі неврології НМУ заняття з інтернами проводять висококваліфіковані професори і доценти, які мають достатній практичний і педагогічний досвід, можуть зацікавити інтернів і передати їм свої знання. Систематично на засіданнях кафедри обговорюються проблемні питання, які виникають у підготовці лікарів-інтернів на кафедрі, ведеться пошук оптимальних форм донесення матеріалу і самостійної роботи інтернів.

Важливою складовою підвищення ефективності підготовки інтернів-неврологів сьогодні, на наш погляд, є збільшення мотивації до навчання і майбутньої роботи. Одним з шляхів досягнення цього, можливо, стане введення резидентури з неврології, як це передбачено новим Законом «Про вищу освіту».

УДК 614.2:616.89-008.441.13

*Стоянов О. М., Колесник О. О.,
Антоненко С. О.**, *Борисенко О. А.*
Одеський національний медичний університет;
*Одеська міська лікарня № 5 (м. Одеса)
**Можливості терапії дрижальних гіперкінезів
при вегетативних і судинних дисфункціях**

У ангіоневрології при початкових проявах хронічної ішемії мозку (ХІМ) тремор може бути основним або єдиним симптомом порушень рухової сфери, а також — частою ознакою порушення вегетативної регуляції, вираженої лабільності ВНС.

Обстежено 67 пацієнтів з церебральними ангіодистоніями і наявністю дрижальних гіперкінезів на тлі ХІМ і в осіб з синдромом вегетативної дистонії. Вираховували інтегральний тремографічний індекс (ТІ) за допомогою сконструйованого тремометра (Патент України № 22207). Вивчали динаміку змін ТІ в досліджуваних групах хворих під впливом розробленого лікувального комплексу (Патент України № 70543), який включає в себе використання

різних шляхів введення етилметилгідроксипіридину сукцинату (елфунату), зокрема ендоназальне у вигляді електрофорезу, буспірону гідрохлориду (спітоміну) та ін.

Отримані результати вказують на достовірні впливи стану ВНС на наявність і характеристики тремору. Підвищення ТІ дозволяє припускати відхилення, наростаючі дезадаптаційні тенденції моторних компонентів внаслідок їх переходу від функціональних порушень в органічні.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. ВНС має суттєвий вплив на функціональний стан дрижального гіперкінезу — компонента моторної системи.

2. Інтегративні показники тремору свідчать про патогенетичне значення функціональних (вегетативні церебральні дистонії) та органічних (хронічна ішемія мозку) змін в ЦНС.

3. Тремор — об'єктивна ознака вегетативних дисфункцій, пов'язаних з порушенням судинної регуляції, кровообігу, а також функціональної дезадаптації організму в подібних умовах.

4. Під впливом розробленої оригінальної методики лікування дрижальних гіперкінезів у хворих з тремором різної етіології відзначено істотне поліпшення метаболізму, вираженості біохімічних і нейромедіаторних процесів, а також кровообігу в відповідальних структурах ЦНС.

5. У хворих відзначені впливи, що взаємопотенціюють, вегетостабілізуючі та антистресові, зокрема спрямовані на поліпшення механізму «зворотного зв'язку» в корково-підкіркових нейрональних проекціях, посилення активності палідо-стріарних, лімбіко-ретикулярних утворень і структур стовбурового рівня, що супроводжувалися ліквідацією емоційних нашарувань, проявів психовегетативних дисфункцій в вигляді «панічних атак» які безпосередньо впливають на виникнення і підтримання тремору.

6. Запропонована терапія адекватна та ефективна при вегетативній та судинній патології з наявністю дрижальних гіперкінезів, дозволяє стабілізувати «вегетативний портрет» пацієнтів і має симпатиколітичну дію на організм.

7. Розроблений комплекс терапевтичних заходів, ефективність якого підтверджена позитивними клінічними результатами, надає коригувальні впливи на всі основні ланки дрижального гіперкінезу, що дає нам підставу говорити про його патогенетичну спрямованість.

УДК 616.853-085.213:616.12

Стоянов О. М., Муратова Т. М.,

Борисенко О. А., Колесник О. О., Олійник С. М.

Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

Нейровегетативні розлади в клініці посттравматичної епілепсії

У практичному плані становить інтерес виявлення дисфункцій вегетативної нервової системи (ВНС), які були до, або що виникли після перенесеної черепно-мозкової травми (ЧМТ), в процесі формування посттравматичної епілепсії (ПТЕ), що впливають на особливості клінічного перебігу та прогноз. Вищеперелічене потребує вивчення стану ВНС для адекватної діагностики та лікування хвороби.

Обстежено 30 пацієнтів з ПТЕ які були поділені на дві групи залежно від давності ЧМТ. Перша група — до 5 років, друга група — понад 5 років тому. Також враховували тяжкість перебігу ПТЕ.

Під час дослідження у пацієнтів вегетативного тонузу за даними «Таблиці 24 стигм для експрес-діагностики вегетативного тонузу» спостерігалось переважання впливу

парасимпатичної ланки ВНС: 66,7 % та 70,3 % відповідно у групах. При цьому відзначено тенденцію до зменшення кількості пацієнтів з ейтонією при важкому перебігу ПТЕ на користь посилення парасимпатичної ланки ($p < 0,05$).

Під час дослідження вегетативної реактивності (ВР) за допомогою очно-серцевого рефлексу Ашнера — Даньїні у пацієнтів виявлено переважання підвищеної реактивності (66,7 % та 62,9 % відповідно), що може свідчити про переважання впливу трофотропної супрасегментарної системи. У групах була низька частота зустрічальності пацієнтів з нормальною ВР.

Відзначено тенденцію до підвищеної ВР у пацієнтів з важким перебігом епілепсії. Це свідчить про зниження симпатичного або ж посилення вагусного впливу у хворих з більш важким перебігом захворювання. Помічено, що кількість хворих із зниженою ВР приблизно однакова при різному перебігу ПТЕ, що дозволяє віднести цю ознаку до найбільш стійких щодо розвинутого вегетативного дисонансу.

Вивчення вегетативного забезпечення діяльності (ВЗД) проводили шляхом оцінювання результатів ортокліностатичної проби; отримані результати, які виражали залежність ВЗД від ступеня тяжкості ПТЕ. Виявлено, що у пацієнтів з легким перебігом хвороби переважало адекватне ВЗД — у 75,0 %, у пацієнтів з ПТЕ середньої тяжкості превалювало надлишкове ВЗД — у 50,0 %; при важкому перебігу ПТЕ спостерігається недостатнє ВЗД у 50,0 % пацієнтів.

Отримані дані свідчать про виснаження компенсаторно-приспосувальних механізмів при важкому перебігу ПТЕ.

В результаті проведеного дослідження отримані нові дані про особливості стану ВНС у хворих на ПТЕ: у пацієнтів з більш тяжким перебігом ПТЕ спостерігається тенденція до переважання тонузу парасимпатичної ланки ВНС, підвищена реактивність і недостатнє забезпечення діяльності, що свідчить про виснаження компенсаторно-приспосувальних механізмів зі збільшенням тяжкості перебігу ПТЕ.

Знижена ВР є найбільш стійкою ознакою розвинутого вегетативного дисбалансу і не залежить від ступеня тяжкості ПТЕ.

Стан ВНС не має чіткої залежності від строків давності ЧМТ.

Дифузний процес, що залучає різні структури мозку, супроводжується меншими вегетативно-вісцеральними розладами, ніж процес, що спричиняє осередкове роздратування. Вегетативно-вісцеральні розлади переважають при правобічній локалізації вогнища ушкодження.

Отримані результати дають можливість деякою мірою прогнозувати перебіг ПТЕ: у пацієнтів з переважанням тонузу парасимпатичної ланки ВНС, підвищеною реактивністю і недостатнім забезпеченням діяльності слід припускати важчий перебіг ПТЕ, що є важливим для розроблення адекватних методів лікування з урахуванням корекції вегетативних дисфункцій.

УДК 616.853-053.2-07-085.21

Сухонослова О. Ю.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Моніторинг стану статистичних показників з нервових хвороб та епілепсії серед дитячого населення Харківської області та України

Згідно з Основами політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ («Здоров'я-21», «Здоровий початок життя») до 2020 року в усіх новонароджених