

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



**МАТЕРІАЛИ
94 – ї**

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу**

БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

18, 20, 25 лютого 2013 року

Чернівці – 2013

загальноприйняте комплексне лікування, а тому числі й протисудомне, 8 – кислото фолієву по 2 мг на добу в складі комплексного лікування. Дослідження слухової та зорової пам'яті проводили за Ф.С.Рибаківим, а стан уваги оцінювали за тестом Крепеліна і таблицями Шульце.

В усіх хворих на різні форми епілепсії до лікування показники слухової пам'яті (запам'ятовування слів) становили 5 ± 1 (кількість правильно відтворених слів), а зорової пам'яті – 4 ± 1 (кількість правильно відтворених геометричних фігур). Після проведеного лікування фолієвою кислотою (в складі комплексної терапії) ці показники становили відповідно 6 ± 1 і 5 ± 1 . При проведенні тесту Крепеліна (віднімання від 100 числа 7), з допомогою якого визначали стійкість уваги, в усіх хворих на різні форми епілепсії до лікування затрачений час становив 25 ± 3 сек., кількість допущених помилок – 7 ± 2 ; відповідно після лікування – $23 \pm 2,7$ сек. і 5 ± 2 помилки. Під час дослідження об'єму і переключення уваги (таблиці Шульце) в усіх хворих до лікування час виконання завдання становив $68 \pm 7,3$ сек., кількість допущених помилок – 8 ± 3 ; відповідно після лікування – $64 \pm 6,5$ сек. і 6 ± 2 помилки.

Отже, у хворих на різні форми епілепсії спостерігається послаблення зорової та слухової пам'яті, а також порушення таких якостей уваги, як стійкість, об'єм і переключення. Відмічено тенденцію до поступового поліпшення показників пам'яті та уваги при призначенні таким хворим фолієвої кислоти.

Жуковський О.О.

СТАН ВИЩИХ МОЗКОВИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ ЗА ДАНИМИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Жуковинський державний медичний університет*

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) – є однією з найбільш поширених патологій нервової системи.

Тривалий час легка ЧМТ залишалася в тіні більш драматично перебігаючої важкої ЧМТ. Однак наступні роботи дозволили спростувати дагу думку: хворі з легкою ЧМТ складають близько 80% від кількості госпіталізованих з приводу нейротравми. Однією з найбільш суттєвих особливостей легкої черепно-мозкової травми є невідповідність між незначними клінічними проявами в гострий період та частотою і вираженістю залишкових явищ у віддаленій період. Клінічне олужання не завжди є показником сприятливого результату: 50-80% хворих після так званої легкої ЧМТ в посттравматичному періоді скаржилися на головний біль, зпигнення пам'яті і т.д. Висока розповсюдженість не тільки самої легкої ЧМТ, але і пов'язаних з нею посттравматичних порушень перетворює легку ЧМТ в самостійну медичну і соціально-економічну проблему. Одними з основних проявів у хворих з наслідками ЧМТ вважаються когнітивні порушення, причому в найбільшій мірі страждають пам'ять і увага.

Метою нашої роботи було об'єктивно дослідити ступінь вираженості когнітивних порушень в осіб з наслідками ЛЧМТ. В основу роботи покладено матеріал нейропсихологічного та електрофізіологічного дослідження 10 хворих з діагнозом наслідками ЛЧМТ. Ретельне опитування хворих свідчить про те, що у частини з них несприятливі наслідки більшою мірою пов'язані з порушенням ліжкового режиму на ранніх етапах лікування, недотримання лікарських призначень і рекомендацій (вживання алкоголю, куріння тощо).

Нами була використана методика визначення когнітивних (пов'язана із процесами мислення) викликаних потенціалів, які обумовлені розпізнаванням і підрахунком „значимих слухових подразників, які відрізняються від „незначимих“ частотою стимулів. У відповідь на „значимий“ подразник з кривій потенціалу утворюється пізній компонент Р3, поява якого пов'язана з розпізнаванням, запам'ятовуванням і підрахунком стимулів. В нормі латентний період даного компоненту складає біля 300 мс. У обстежених хворих він дорівнює в середньому 330 мс. Подовження латентного періоду та зниження амплітуди Р3 ми вважаємо чутливим індикатором когнітивних порушень у хворих з наслідками легкої ЧМТ. Він пов'язаний з затрудненням процесів диференціації та улізнення сигналів, порушенням механізмів оперативної пам'яті і спрямованої уваги, підвищенням відволіканням пацієнта. Ці параметри відображають організацію цілого комплексу механізмів переробки інформації в ЦНС.

Зміни часових та амплітудних характеристик когнітивних ВП, хоча і не є специфічним для наслідків легкої ЧМТ, все ж свідчать про високу чутливість даного методу у відображенні тонких порушень вищих мозкових функцій, що можна використовувати для контролю відновних процесів, а також в якості критерію ефективності коригуючої терапії.

Для профілактики віддалених наслідків ЧМТ велике значення має повноцінність лікувальної тактики, особливо в самі ранні строки після травми. Лікувальні заходи завжди мають бути патогенетично обгрунтованими, спрямованими на попередження формування патологічних механізмів розвитку важких наслідків. Найкраще з цього приводу висловився А.П. Ромоданов: слід пам'ятати, що якщо лікар несебудь упустить при лікуванні ЧМТ в самі ранні строки, то це буде втрачено назавжди.