

## Література.

1. Лутай М.И., Пархоменко А.Н., Лысенко А.Ф. и др. Международный регистр CLARIFY больных со стабильной ишемической болезнью сердца в Украине: особенности, проблемы, перспективы // УКУЖ. - 2013. - №3. - С.34-39
2. Timmis A.D., Feder G., Hemingway H. Prognosis of stable angina pectoris: why we need larger population studies with higher endpoint resolution // Heart. - 2007. - Vol. 93(7). - P. 786-791.
3. Лупанов В.П., Чотгаев Х.Х., Евстифеева С.Е., Деев А.Д. и др. Клиническое течение заболевания и прогноз у больных ишемической болезнью сердца со стабильной стенокардией, обусловленной стенозирующим коронарным атеросклерозом (данные 20-летнего наблюдения) // Тер арх. - 2002. - No 9. - С. 13-20.
4. Коваленко В.М. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України / Коваленко В.М., Корнацький В.М.-К.: Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска», 2011.-165 с.
5. ESH-ESC Guidelines Committee. 2007 guidelines for the management of arterial hypertension // J. Hypertension. - 2007. - Vol. 25. - P. 1105-1187.
6. Свиридова Н.К. Неклапанная фибрилляция предсердий и инсульт: новая стратегия антикоагулянтов в 2015 г. / Свиридова Н.К. // Східно-європейський неврологічний журнал. - № 5. - 2015. - С. 4-8. <https://journal.neurology.world/neklapannaja-fibrilljacija-predserdij-i-insult-novaja-strategija-antikoagulantov-v-2015-g>.
7. Мурашко Н.К. Хронічне порушення мозкового кровообігу: акцент на діагностику та лікування / Мурашко Н.К., Сулік Р.В. // Ліки України. - №9 (155). - 2011. - С. 58-63. [http://www.health-medix.com/articles/liki\\_ukr/2011-10-20/11NKMDTL.pdf](http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2011-10-20/11NKMDTL.pdf)
8. Мурашко Н.К. Новые возможности и перспективы метаболического кардиоцитопротектора в лечении различных форм нарушений мозгового кровообращения//Ліки України. - №4(150). - 2011. - С. 96-100. [http://www.health-medix.com/articles/liki\\_ukr/2011-05-10/11NKMNMK.pdf](http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2011-05-10/11NKMNMK.pdf)

### Оценка неврологического дефицита у больных с хронической ишемической мозга на фоне стенокардии напряжения

#### ■ Ингула Н.И.

Аспирант кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

#### Резюме

Ишемическая болезнь сердца остается доминирующей по заболеваемости и смертности среди сердечно-сосудистых заболеваний и представляет важную медико-социальную проблему. В 2012 г. в Украине смертность от болезни системы крово-

обращения составила 66,3% от общей смертности. Одной из форм ИБС является стабильная стенокардия напряжения, которая длительное время может протекать без развития осложнений. Результаты исследований показали, что смертность при хронической ИБС сопоставима со смертностью пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Более чем у половины больных стенокардией тяжесть симптомов ограничивает их повседневную активность и часто приводит к преждевременной потере работоспособности. На основании исследования с помощью анамнестических данных, анализа факторов риска, клинико-неврологического обследования, лабораторных исследований, электрофизиологических методик обследования, методик нейровизуализации выявлено, что у больных с хронической ишемией мозга на фоне стабильной стенокардии напряжения неврологический дефицит значительно нарастает вследствие перенесенного инфаркта миокарда.

**Ключевые слова:** хроническая ишемия мозга, стабильная стенокардия напряжения, инфаркт миокарда, инсульт, гиперсимпатикотония.

### Evaluation of neurological deficits in patients with chronic ischemic brain against the background of angina

#### ■ N. Inhula

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

#### Summary.

Coronary heart disease remains the dominant morbidity and mortality of cardiovascular diseases and is an important medical and social problem. In 2012 in Ukraine mortality from diseases of the circulatory system accounted for 66.3% of the total; about half of them - from CHD. One form of CHD is stable angina, which can occur for a long time without complications. However, studies have shown that the mortality rate in patients with chronic ischemic heart disease mortality is comparable to patients with acute myocardial infarction. More than half of patients with angina severity of symptoms severely limits their daily activities and often leads to premature loss of efficiency. Based on studies using anamnesis, risk analysis, clinical and neurological examination, laboratory investigations, electrophysiological examination methods, techniques of neuroimaging (magnetic resonance imaging) showed that in patients with chronic ischemia of the brain against the background of stable angina neurological deficit significantly increases due to myocardial infarction.

**Key words:** chronic cerebral ischemia, myocardial infarction, stroke, exertional angina.

УДК: 616.832-004.2-06:616.836

## Розлади сну у хворих з множинним склерозом

#### ■ Чуприна Г.М.

к.мед.н., доцент кафедри неврології та рефлексотерапії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

#### Резюме

Проведено аналіз розладів сну (РС) у хворих з множинним склерозом (МС) за допомогою шкали тяжкості інсомнії (ISI) і шкали сонливості Епворта (ESS) в порівнянні з групами контролю та в аспекті коморбідності. Було обстежено 207 хворих з МС з різними формами перебігу, 109 хворих і практично здорових осіб, що склали групи контролю. Оцінювались клініко-демографічні характеристики хворих з МС у зв'язку з коморбідністю, визначались рівень інвалідності (EDSS), ступінь виразності болю (ВАШ), тяжкості втоми (FSS), депресії (BDI-II), показники якості життя (ЯЖ) за допомогою SF-36. Одне чи декілька супутніх захворювань виявлено у 102 (49,3%) хворих з МС, жодного супутнього захворювання не було у 105 (50,7%) хворих з МС. Встановлено, що найчастіше серед РС у досліджуваній групі хворих з МС спостерігались інсомнії [54,1%], що призводили до зменшення загальної тривалості нічного сну, провокували розвиток гіперсомнії (43,0%). Доведено, що у пацієнтів з МС II групи мають місце більш важкі прояви безсоння і денної сонливості (ДС), що пов'язано з наявністю у них коморбідної патології. За даними кореляційного аналізу показано, що ступінь РС у хворих з МС найтісніше корелює з рівнем втоми, спостерігались також тісні кореляції між рівнем інсомнії та ДС.

**Ключові слова:** розсіяний склероз, розлади сну, коморбідність.

МС є найпоширенішим аутоімунним захворюванням нервової системи, пов'язаним з подібними механізмами захворювань, як системний червоний вовчак та ревматоїдний артрит - одним із головних симптомів є клінічно виражена втома, яка часто може бути пов'язана з РС [1,2,3,4]. За повідомленнями різних авторів, при МС розлади сну зустріча-

ються у 50-67% хворих і корелюють з рівнем втоми, депресії, болю [5,12,13,16,17], можуть виникати внаслідок обмеження рухової активності, порушення функцій тазових органів, наявності синдромів неспокійних ніг та інших видів коморбідності (респіраторної, кардіоваскулярної, нефрологічної, аутоімунної, ендокринної)[14,19,20]. У свою чергу відомо, що РС можуть активно впливати на ступінь втоми, інвалідності, а, відповідно, і на ЯЖ пацієнтів з МС [5,7,11,15]: погіршуючи повсякденну активність, збільшуючи ризик розвитку супутніх серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань[10,20].

Згідно з повідомленням Marrie R. A. et al., 2015р. [6], де проаналізовано результати 18 досліджень РС при МС, більшість з них дають лише дані щодо поширеності РС при МС і недостатньо вивчають якісні характеристики РС і чинники ризику їх виникнення у разі МС, тому питання РС при МС є актуальним і потребує подальшого вивчення.

#### Мета роботи

Вивчити характер і ступінь РС у хворих з МС за допомогою шкал тяжкості інсомнії (ISI) та сонливості Епворта (ESS) в порівнянні з групами контролю та в аспекті коморбідності; провести кореляційний аналіз між показниками РС у хворих з МС в аспекті коморбідності та ступенем інвалідності (EDSS), рівнем виразності втоми (FSS), депресії (BDI-II), болю (ВАШ), а також ЯЖ (SF-36).

#### Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилось 207 хворих з МС з різними формами перебігу, які проходили комплексне амбулаторне або стаціонарне лікування на клінічній базі кафедри неврології та рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика у період з 2007 по 2015 рр. Діагноз МС було виставлено у відповідності до оновлених критеріїв McDonald, а супутня патологія зафіксована у амбулаторній карті відповідним спеціалістом чи виявлена при обстеженні. За допомогою анкетування хворих та

аналізу історій хвороби і амбулаторних карт, даних клінічного обстеження, нами було отримано дані про стать, вік, сімейний стан пацієнтів з МС, їх лікування, тривалість МС, тип його перебігу, наявність супутніх захворювань.

Для об'єктивізації розладів сну і процесів неспання нами було використано дві шкали. З метою оцінки ДС ми використовували шкалу сонливості Епворта (ESS), що широко застосовується для оцінки денної сонливості при МС [9,18], а також для вивчення сонливості, пов'язаної з респіраторною, гастроентерологічною патологією, хронічними больовими синдромами [11]. Для оцінки проявів безсоння ми застосували шкалу тяжкості інсомнії (ISI), що була розроблена з метою об'єктивізації безсоння і часто використовувалась у клінічних випробуваннях, зокрема при МС та іншій аутоімунній патології [8,11]. При неврологічному обстеженні пацієнтів з МС нами було визначено рівень інвалідизації (EDSS); проведено нейропсихологічне дослідження

проявів втоми (FSS), болю (ВАШ), рівня депресії (BDI-II), оцінка ЯЖ (SF-36). Статистичну обробку результатів було проведено за допомогою непараметричних критеріїв Манна-Уїтні та Крускала-Уолліса. Кореляційний аналіз проведено шляхом обчислення коефіцієнту кореляції Пірсона.

Результати та їх обговорення. Із обстежених нами 207 хворих з МС з різними формами перебігу, з наявністю одного чи декількох супутніх захворювань було 102 (49,3%) (II група), та без жодного супутнього захворювання 105 (50,7%) хворих (I група). При цьому, у групі хворих з супутніми захворюваннями у 39 (38,2%) було одне супутнє захворювання, у 26 (25,5%) – два, у 19 – (18,6%) – три, а у 18 (17,6%) – чотири і більше супутніх захворювань. Клініко-демографічні характеристики хворих з МС I та II груп наведені у таблиці 1.

**Таблиця 1**  
**Клініко-демографічні характеристики хворих з МС у зв'язку з коморбідністю**

№ з/п	Показник	Групи обстежених хворих з МС у аспекті коморбідності (n=207)	
		I група - без супутніх захворювань, n=105	II група - наявність супутньої патології, n=102
1.	Середній вік, років (m ± CB)	36,7 ± 9,2	42,2 ± 10,3 *
2.	Тривалість захворювання, років	5,3 ± 1,9	7,4 ± 2,0 *
3.	Гендерне співвідношення (жінки/чоловіки, абс., %)	69/36 (65,7/34,3)	64/38 (62,7/37,3)
4.	Сімейний стан (одружені, абс., %)	59 (56,2)	63 (61,8)
5.	Оцінка за шкалою EDSS, бали (m ± CB)	3,3 ± 1,1	4,4 ± 1,2**
6.	Оцінка болю за шкалою ВАШ, бали (m ± CB)	3,1 ± 1,3	4,8 ± 1,6**
7.	Оцінка втоми за шкалою FSS, бали (m ± CB)	3,4 ± 0,8	4,5 ± 1,2**
8.	Оцінка депресії за шкалою Бека (BDI-II), бали (m ± CB)	11,3 ± 1,5	15,9 ± 1,9***
9.	Оцінка ЯЖ, SF-36, узагальнені показники, (m ± CB)	РН 43,1 ± 13,7 МН 47,8 ± 12,5	РН 32,2 ± 16,8* МН 38,7 ± 11,5*
Тип перебігу МС (абс., %)			
12.	Ремітуючо-прогресуючий 39(37,1)	41 (40,2)	
13.	Первинно-прогресуючий	22(21,0)	25 (24,5)
14.	Ремітуючий	44 (41,9)	36 (35,3)

\* p > 0,05; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Показники виразності втоми, депресії, болю, ЯЖ у хворих з МС I і II груп були такими: середній показник рівня втоми за шкалою FSS в I групі був 3,4 ± 0,9, тоді як у II групі - 4,5 ± 1,1 (p < 0,05); клінічно виражений синдром втоми (більше 4 балів за шкалою FSS) мав місце у 61 (57,1%) хворих I групи і у 68 (66,7%) хворих II групи. Середній показник рівня депресії за шкалою Бека (BDI-II) в I групі був 11,3 ± 1,5, тоді як в II групі - 15,9 ± 1,9 (p < 0,01); клінічно виражена депресія (більше 13 балів за шкалою Бека) спостерігалась у 18 (17,1%) хворих I групи і у 26 (25,5%) хворих II групи; середній рівень болю за шкалою ВАШ становив 3,1 ± 1,3 в I групі і 4,8 ± 1,6 в II групі. Узагальнені показники ЯЖ становили РН 43,1 ± 13,7; МН 47,8 ± 12,5 в I групі і РН 32,2 ± 16,8; МН 38,7 ± 11,5 - в II групі хворих з МС. Також слід зауважити, що серед хворих II групи частіше відмічається ремітуючо-прогресуючий та первинно-прогресуючий перебіг МС і рідше – ремітуючий. Таким чином доведено, що у II групі хворих з МС, де відмічається достовірно більший ступінь неврологічного дефіциту (p < 0,05), проявів болю (p < 0,05), має місце достовірно превальовання астеничних, депресивних розладів (p < 0,05, p < 0,01, відповідно) і зареєстровані достовірно нижчі показники ЯЖ за узагальненими показниками (p < 0,05).

Клінічно значимі розлади сну і неспання у досліджуваних груп хворих з МС були зареєстровані нами у 127 хворих (61,4%) і проявлялись наступним чином: 1) інсомнії (порушення засинання, часті нічні, або ранні ранкові пробудження) – 112 хворих (54,1%); 2) гіперсомнії (збільшення тривалості нічного сну або ДС, напади непереборного бажання спати із засинанням в денний час) – 89 хворих (43,0%); 3) парасомнії (рухові і поведінкові порушення, що виникали під час сну) – 38 (18,4%) хворих.

Пацієнтів з клінічно значимими інсомніями було 49 (46,7%) в I групі хворих з МС і 63 (61,8%) – в II групі хворих з МС. Поверхневий сон з частими пробудженнями і труднощі засинання – виявились найбільш поширеними РС, серед тих, які були нами зареєстровані у пацієнтів з МС. Саме вони, на нашу думку, призводили до зменшення загальної

тривалості нічного сну, підвищеної стомлюваності і сонливості в денний час, адже у 84,9% досліджуваних нами хворих з МС, гіперсомнії комбінувались з інсомніями. Порушення засинання, часті нічні пробудження у досліджуваних нами хворих з МС були також пов'язані з парасомніями (синдромом неспокійних ніг – 24,5% хворих з МС II групи і 11,8% хворих з МС I групи), рівнем втоми, депресивних розладів, прийомом деяких медикаментів. Так, розвиток інсомнії, за нашими спостереженнями, провокували застосування високих доз кортикостероїдів, препаратів імунотерапії МС, особливо на початку курсу лікування, антидепресантів, ксантинів, бронхолітиків, психостимуляторів, деяких серцевих препаратів. Найвищий ступінь посилення інсомнії внаслідок застосування медикаментозного лікування був нами відмічений у II групі хворих з МС, а саме у пацієнтів з кардіоваскулярною коморбідністю. У 88 (42,5%) пацієнтів з МС (36 хворих - I група і 52 - II група) спостерігалась ніктурія, від 1 до 3 сечовипускань за ніч, що також було пов'язаним з поглибленням як тяжкості інсомнії, так і ступеня ДС у досліджуваної групи хворих.

Пацієнтів з клінічно значимими гіперсомніями було 39 (37,1%) в I групі хворих з МС і 50 (49,0%) – в II групі хворих з МС. Гіперсомнії переважно були представлені підвищеною ДС і рідше - збільшенням тривалості нічного сну та нападами непереборного бажання спати із подальшим засинанням в денний час, після якого сон тривав від 15 хвилин до 2 годин. Ступінь ДС тісно корелював з рівнем втоми, також її поглиблювали міорелаксанти, анальгетики, антигістамінні препарати, антагоністи кальцію, барбітурати, антиконвульсанти. Найвищий ступінь посилення ДС внаслідок застосування медикаментозного лікування був нами відмічений у II групі хворих з МС, а саме у пацієнтів з больовими синдромами. У хворих з МС РС (переважно інсомнії) також були пов'язані із застосуванням процедур плазмаферезу.

**Таблиця 2.**  
**Показники РС у хворих з МС I та II груп у порівнянні з контролем.**

Групи показників використаних шкал	Показники РС обстежених хворих з МС у аспекті коморбідності (n=207)		Показники РС у групах контролю		
	I група - без супутніх захворювань, n=105	II група - наявність супутньої патології, n=102	Група хворих з РС (n=34)	Група практично здорових лікарів (n=75)	
шкала тяжкості інсомнії (ISI)	Середні показники, (m ± CB)	10,9 ± 4,1	12,7 ± 4,5**	9,7 ± 2,8	9,3 ± 3,4
	<8 балів (абс., %)	56 (53,3%)	39 (38,2%)***	21 (61,8%)	49 (65,3%)
	8-14 балів (абс., %)	31 (29,5%)	38 (37,3%)**	9 (26,5%)	18 (24,0%)
	14-21 балів (абс., %)	16 (15,2%)	20 (19,6%)**	4 (11,8%)	8 (10,7%)
	21-23 балів (абс., %)	2 (1,9%)	5 (4,9%)***	-	-
шкала сонливості Епворта (ESS)	Середні показники, (m ± CB)	8,5 ± 4,1	9,9 ± 4,4**	7,3 ± 5,1	6,1 ± 5,0
	<10 балів (абс., %)	66 (62,9%)	52 (51,0%)***	23 (67,7%)	53 (70,7%)
	10-12 балів (абс., %)	27 (25,7%)	33 (32,4%)***	8 (23,5%)	17 (22,7%)
	12-17 балів (абс., %)	10 (9,5%)	3 (8,8%)	5 (6,6%)	
	17-20 балів (абс., %)	2 (1,9%)	3 (2,9%)*	-	-

\* p > 0,05; \*\* p < 0,05; \*\*\* p < 0,01.

Нами було ретроспективно встановлено, що у 27,6 % пацієнтів з МС I групи, та у 33,3% пацієнтів з МС II групи РС передували дебюту МС і загостренню у продовж періоду 2 тижні – 1,5 місяці. Також встановлено, що РС у хворих з МС частіше виникали у жінок (59,1%) і у одружених (57,4%) без чіткої різниці між групами.

Що стосується об'єктивної оцінки розладів сну і неспання, яка ґрунтувалась на даних шкал тяжкості інсомнії (ISI) і сонливості Епворта (ESS), то у хворих з МС I і II груп (табл.2.) показники РС були достовірно нижчими у порівнянні з обома групами контролю. Результати за шкалою ISI у хворих з МС коливалися від 0 до 23 балів (в середньому - 10,9± 4,1 в I групі і 12,7 ± 4,5 в II групі). У 95 (45,9%) пацієнтів з МС за даними ISI результат був <8 балів (відсутність клінічно вираженого безсоння), у 69 (33,3%) пацієнтів - ≥8 <14 балів (легке безсоння), у 36 (17,4%) пацієнтів - ≥14 <21 балів (помірне безсоння) і у 7 (3,4%) пацієнтів - ≥21 <23 балів (важке безсоння). Результати за шкалою ESS у хворих з МС коливалися від 0 до 20 балів (в середньому - 8,5± 4,1 в I групі і 9,9± 4,4 в II групі). У 118 (57,0%) пацієнтів з МС за даними ESS результат був <10 балів (відсутність клінічно вираженої сонливості), у 60 (29,0%) пацієнтів - ≥10 <12 балів (легка сонливість), у 24 (11,6%) пацієнтів - ≥12 <17 балів (помірна сонливість) і у 5 (2,4%) пацієнтів - ≥17 ≤ 20 балів (важка сонливість). У свою чергу, при порівнянні показників РС між I та II групами хворих з МС найбільш значимою була різниця між рубриками «відсутність клінічно вираженого безсоння» (р <0,01) і «важке безсоння» (р <0,01) за даними шкали ISI (дивись табл.2.), і «відсутність клінічно вираженої сонливості» (р <0,01) і «легка сонливість» (р <0,01) за даними шкали ESS (табл.2.). Таким чином, видно, що у пацієнтів з МС II групи мають місце більш важкі прояви безсоння і ДС, що на нашу думку, пов'язано з наявністю у них коморбідної патології.

Шляхом обчислення коефіцієнту кореляції Пірсона (r) нами було проведено кореляційний аналіз даних хворих з МС I і II груп: між показниками ISI та даними ESS, а також між даними цих обох шкал і ступенем інвалідності (EDSS), рівнем втоми (FSS), депресії (BDI-II), болю (ВАШ) та узагальненими показниками ЯЖ (SF-36). Доведено, що існують тісні позитивні кореляційні зв'язки в I і II групах хворих з МС між показниками ISI та даними ESS (r =0,27, р <0,05; і r = 0,33, р <0,01 відповідно). Найбільш тісні достовірні позитивні кореляційні зв'язки в I і II групах хворих з МС мали місце між показниками ISI та FSS (r =0,43, р <0,01; і r = 0,51, р <0,001 відповідно), ESS та FSS (r = 0,37, р <0,01; і r = 0,42, р <0,01 відповідно), тоді як найменш виражену позитивну кореляцію ми отримали між показниками ISI та ВАШ (r = 0,15, р >0,05; і r = 0,19, р >0,05 відповідно), а також між показниками ESS та ВАШ (r = 0,13, р >0,05; і r = 0,16, р >0,05 відповідно). Між показниками ISI та EDSS, BDI-II, узагальненими показниками ЯЖ, а та-

кож між показниками ESS та EDSS, BDI-II, узагальненими показниками ЯЖ в обох групах хворих з МС мали місце позитивні кореляції середнього рівня, але, слід зауважити, що у пацієнтів з МС II групи по всім дослідженим параметрам кореляційні зв'язки були більш чіткими. При цьому 76 (37,1%) пацієнтів з МС, 10 (29,4%) пацієнтів з РЕМ і навіть 17 (22,7%) практично здорових лікарів з різною частотою вдавалися до використання снодійних препаратів для корекції РС, при цьому достовірних відмінностей за частотою використання снодійних препаратів в I і II групах хворих з МС ми не виявили (р>0,05), тоді як відмінності між групою хворих з МС і обома контрольними групами були достовірними (р<0,05). Вживання снодійних ліків для корекції РС, на наш погляд, вказує на зниження адаптаційного потенціалу та спробу повернути контроль над порушеним циклом сон-неспання, що відбувається як під впливом хронічної дизритмії, так і внаслідок негативного впливу високої інтенсивності професійних навантажень у практично здорових обстежених.

Для купірування ДС, переважна більшість досліджуваних нами осіб основної і контрольних груп, в різній мірі вдавалися до застосування кави, чаю, лікарських речовин, що містять кофеїн, або, в меншій мірі, інших психостимуляторів. Крім медикаментозних засобів, для купірування РС у хворих з МС I та II груп нами були достовірно (р<0,05) ефективно використані методи рефлексотерапії, які дозволяють урівноважити процеси збудження і гальмування в ЦНС у відповідності до природних ритмів: максимально мобілізувати мозкову активність в світлий період доби на тлі зниження когнітивної продуктивності, і, разом з тим, підняти ефективність нічного відпочинку, відновлюючи внутрішні біологічні ритми і усуваючи прояви системного десинхронозу, зокрема його негативні впливи на нервову, імунну та ендокринну системи.

### Висновки

1. Розлади сну є важливою проблемою у хворих з МС і заслуговують подальшого вивчення як в діагностичному, так і у лікувальному аспектах.
2. Доведено, що достовірно (р<0,05) частіше серед РС у досліджуваній групі хворих з МС спостерігались інсомнії (54,1%). Саме вони, на нашу думку, призводили до зменшення загальної тривалості нічного сну, а також, здебільшого, провокували розвиток гіперсомнії (43,0%).
3. У пацієнтів з МС II групи мають достовірно (р<0,01) більш важкі прояви безсоння і денної сонливості, що на нашу думку, пов'язано з наявністю у них коморбідної патології.
4. За даними кореляційного аналізу, ступінь РС у хворих з МС достовірно корелював з рівнем втоми, спостерігались також достовірно тісні кореляції між рівнем інсомнії та денної сонливості.

### Перелік літератури

1. Віничук С.М. Розсіяний склероз: діагностика та лікування проявів втоми / Віничук С.М., Копчак О.О. – К.: Наукова думка, 2007. - 134 с.
2. Міастенія /Мачерет Є.Л., Чуприна Г.М., Коркушко О.О. [та ін.]. - К.: Нічлава, 2009. - 286 с.
3. Мурашко Н.К. Аналіз коморбідності та чинників стилю життя у хворих з розсіяним склерозом / Мурашко Н.К., Чуприна Г.М. // Сімейна медицина. - 2013. - № 5. - С.85-87.
4. Пономарев В.В. Аутоиммунные заболевания в неврологии. / Пономарев В.В. - Минск: Беларуская навука, 2010. - 254 с.
5. Чуприна Г.М. Нетрадиційні підходи до діагностики та лікування хворих з астенічними синдромами при неврологічних захворюваннях / Чуприна Г.М., Мачерет Є.Л., Коваленко О.Є. // Збірник наук. праць співроб. НМАПО ім. П.Л. Шупика.-2008. - Вип. 17.- кн. 2. - С.819-825.
6. A systematic review of the incidence and prevalence of sleep disorders and seizure disorders in multiple sclerosis/ Marrie R. A., Reider N., Cohen J. [et al.] // Multiple Sclerosis Journal.- 2015.-№ 3. -Vol.21. - P. 342–349.
7. Brass S. D.The underdiagnosis of sleep disorders in patients with multiple sclerosis/Brass S. D., Li C-S, Auerbach S.// Journal of Clinical Sleep Medicine.- 2014.- № 9. - Vol.10. - P. 1025 -1031.
8. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents./ Daley M., Morin C.M., LeBlanc M. [et al.] // Sleep Med. - 2009. - Vol.10. - P.427–438.
9. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. / Johns M.W. // Sleep 1991.- Vol.14. - P.540–545.
10. Jossi S. Non-pharmacological therapy for insomnia in the elderly. / Jossi S. //Clin Geriatr Med.- 2008.- №1.- Vol. 24. - P.107–119.
11. Omachi T. A. Measures of sleep in rheumatologic diseases / Omachi T. A.// Arthritis Care & Research.- 2011. - №. S11.- Vol. 63. - P. S287–S296.
12. Poor sleep in patients with multiple sclerosis/ Lunde H. M. B., Aael T. F., Indrevag W. [et al.] // PLOS ONE.- 2012.-Vol.7. - Is. 11.-e49996.- P.1-5.
13. Prevalence of sleep problems in individuals with multiple sclerosis. /Bamer A.M., Johnson K.L., Amtmann D. [et al.] // Mult Scler.-2008.- Vol. 14.- P.1127–1130.
14. Restless leg syndrome, sleep quality and fatigue in multiple sclerosis patients/ Moreira N.C.V., Damasceno R.S., Medeiros C.A.M. [et al.] // Brazilian Journal of Medical and Biological Research. -2008. - Vol.41.- P.932-937.
15. Sleep disorders and fatigue in multiple sclerosis: evidence for association and interaction./ Kaminska M., Kimoff R.J., Schwartzman K. [et al.] // J NeurolSci.- 2011.- Vol.302. – P. 7-13.
16. Sleep disturbances in patients with multiple sclerosis/ Pokryszko-Dragan A., Bilin'ska M., Gruszka E. [et al.] //Neurol Sci.-2013.- Vol.34.- P.1291–1296.
17. Sleep problems in multiple sclerosis/ Tachibana N., Howard R.S., Hirsch N.P. [et al.] // Eur Neurol.- 1994.- Vol.34.- P. 320–323.
18. А.С. Лубенец. Нарушение сна: особенности диагностики и тактики лечения / А.С. Лубенец., Н.К. Свиридова., О.Н. Микитей // Семейная медицина. - №3 (59). - 2015. - С. 3-7. <http://www.valartin.com/uploadfiles/ckfinder/files/valesan.pdf>
19. Г.М. Чуприна. Розсіяний склероз і цукровий діабет: коморбідність, спільні аспекти епідеміології, етіології та фактори ризику / Г.М. Чуприна // Ліки України. - № 5(191). - 2015. – С. 9-14. [http://www.health-medix.com/articles/liki\\_ukr/2015-07-25/LECTURES\\_2.pdf](http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2015-07-25/LECTURES_2.pdf)
20. Г.М. Чуприна. Кардіоваскулярна коморбідність у хворих на розсіяний склероз: поширеність та особливості впливу на перебіг захворювання / Г.М. Чуприна // Ліки України. - № 2(23). – 2015. – С. 61-63. [http://www.health-medix.com/articles/liki\\_ukr\\_plus/2015-07-10/23.pdf](http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr_plus/2015-07-10/23.pdf)

### Нарушения сна у больных с рассеянным склерозом

#### Чуприна Г.Н.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии  
Национальной медицинской академии  
последипломного образования имени П.Л.  
Шупик

#### Резюме

Изучали нарушения сна (НС) у больных с рассеянным склерозом (РС) с помощью шкалы тяжести инсомнии (ISI) и шкалы сонливости Эпворта (ESS) по сравнению с группами контроля и в аспекте коморбидности, а также с целью выяснения корреляционных связей между показателями НС и степенью инвалидности, уровнем выраженности усталости, депрессии, боли, качества жизни (КЖ). Было обследовано 207 больных с МС с различными формами течения и 109 больных с практически здоровых лиц, составлявших группу контроля. Оценивались клинико-демографические характеристики больных с МС в связи с коморбидностью, определялись уровень инвалидности (EDSS), степень выраженности боли (ВАШ), тяжести усталости (FSS), депрессии (BDI-II), показатели КЖ (SF-36). Одно или несколько сопутствующих заболеваний выявлено у 102 (49,3%) больных с МС, не было сопутствующих заболеваний у 105 (50,7%) больных с МС. Установлено, что чаще всего среди НС в исследуемой группе больных с МС наблюдались инсомнии (54,1%). Они приводили к уменьшению общей продолжительности ночного сна, а также, в основном, провоцировали развитие гиперсомнии (43,0%). Также установлено, что у больных с МС I и II групп НС встречались достоверно чаще по сравнению с группами контроля. В работе показано, что у пациентов с МС II группы имеют место более тяжелые проявления бессонницы и дневной

сонливості (ДС), що пов'язано з наявністю у них коморбидної патології. По даним кореляційного аналізу показано, що ступінь НС у больних з МС тесно корелює з рівнем усталості, наблюдались також тесні кореляції між рівнем інсомнії та ДС.

**Ключевые слова:** рассеянный склероз, нарушения сна, коморбидность.

### Sleep disorders in patients with multiple sclerosis

Churyna G.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

#### Summary

Studied sleep disorders (SD) in patients with multiple sclerosis (MS) using a Severity scale of insomnia (ISI) and Sleepiness Scale Epworth (ESS) in comparison with the control groups and in the aspect of comorbidity, as well as to determine the correlations between the SD and the degree of disability, the level of severity of fatigue, depression, pain, quality of life (QOL). The study involved 207 MS patients with different forms of courses and 109 people who constituted the control group. Evaluated the clinical and demographic characteristics of the patients with MS due to comorbidity, determines the level of disability (EDSS), severity of pain (VAS), the severity of fatigue (FSS), depression (BDI-II), indicators of QOL (SF-36). Single or multiple co-morbidities found in 102 (49.3%) patients with MS, there was no co-morbidities in 105 (50.7%) patients with MS.

It was found that more often among the SD in the study group of patients with MS observed insomnia (54.1%). It led to a decrease in the total duration of a night's sleep, as well as mainly predispose hypersomnia (43.0%). Also found that patients with MS I and II groups SD were significantly more likely than the control groups. It is shown that in patients with MS II group have a more severe manifestations of insomnia and daytime sleepiness (DS), which is associated with the presence of comorbid disease. According to the correlation analysis shows that the degree of the SD in patients with MS is closely correlated with the level of fatigue were also observed close correlation between insomnia and DS.

**Key words:** multiple sclerosis, sleep disorders, comorbidity.

УДК 616.839.1/.6-06:616.12-008.46-036.12:616.12-073.178-073

## Вплив вегетативної нервової системи на розвиток хронічної серцевої недостатності у хворих з хронічною ішемією мозку в поєднанні з інфарктом міокарда

■ Кравчук Н.О.

аспірант кафедри неврології та рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика

#### Резюме

Серцева недостатність – тяжкий, поширений клінічний синдром, який є наслідком багатьох серцевих захворювань, має прогресуючий характер, відчутно зменшує тривалість життя хворих та погіршує його якість. Провідною нозологічною формою в структурі ішемічної хвороби серця протягом багатьох років залишається інфаркт міокарда. Зростання питомої ваги осіб літнього віку в більшості популяції, підвищення виживання після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ГІМ) призвело до значного збільшення кількості пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН). Підвищення тону симпатичного відділу, передують розвитку хронічної ішемії мозку і, відповідно, може ускладнювати перебіг захворювання при наявності хронічної серцевої недостатності.

**Ключові слова:** вегетативна нервова система, хронічна ішемія мозку, хронічна серцева недостатність, гіперактивність симпатичної нервової системи, інфаркт міокарда.

Характерною особливістю сучасного лікувально-діагностичного процесу при хронічній патології, до числа якої належить хронічна серцева недостатність (ХСН), є наявність у хворого поєднання кількох патологічних станів, тобто коморбидності [1]. Провідною нозологічною формою в структурі ішемічної хвороби серця протягом багатьох років залишається інфаркт міокарда [2]. Щорічно в світі відзначається більше 15 мільйонів нових випадків інфаркту міокарда. Гострий інфаркт міокарда (ГІМ) багато в чому визначає летальність, трудові втрати в

більшості країн світу. Так, за даними Американської Асоціації серця, протягом шести років після ГІМ 18% чоловіків і 35% жінок переносять повторний інфаркт міокарда, 22% чоловіків і 46% жінок стають інвалідами через розвиток тяжкої серцевої недостатності. Причиною кожного другого смертельного випадку серед дорослих осіб є ГІМ і мозковий інсульт. У сучасних дослідженнях показано, що основними причинами високої поширеності і смертності внаслідок ГІМ є фактори ризику - артеріальна гіпертензія, куріння, цукровий діабет, надмірна маса тіла, дисліпідемія, рівень пульсового тиску, вік, сімейний анамнез [1].

Особливе місце в загальній структурі ІХС займають хворі, що раніше перенесли інфаркт міокарда (ІМ) з переходом в кардіосклероз. Крім ризику розвитку хронічної серцевої недостатності (ХСН), у хворих з ІМ також значно зростає ризик розвитку аритмії і раптової смерті [1,2]. У середньому до 86% всіх смертельних випадків в Україні зараз припадає на три основні класи причин: захворювання системи кровообігу (ЗСК), новоутворення та зовнішні причини смерті. В ієрархії причин смерті населення нашої країни в 2012 році, як і в попередні роки, перші п'ять місць стали займати такі класи: ЗСК (66,3% від загальної кількості померлих), новоутворення (13,9%), зовнішні причини смерті (5,9%), захворювання органів травлення (4,2%) та органів дихання (2,5%) [1].

Зростання питомої ваги осіб літнього віку в більшості популяції, підвищення виживання після перенесеного гострого інфаркту міокарда (ГІМ) призвело до значного збільшення кількості пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю (ХСН) і значної кількості госпіталізацій у зв'язку з декомпенсацією серцевої недостатності. Коронарна хвороба серця є