

изготовленный реципрокный ортез, обеспечивающий пассивную реципрокную ходьбу пациентов за счет механической энергии реципрокного механизма и остаточной силы мышц. Отличительной особенностью данной ортезной системы является возможность ее применения не только как тренажера для выработки двигательного стереотипа, но и использование для передвижения ребенка. Разработана система поэтапной реабилитации неврологических больных в соответствии с этапами онтогенеза здорового ребенка и применением реципрокного ортеза на одном из этапов.

Результаты применения реципрокных ортезов для реабилитации детей с неврологическими заболеваниями проанализированы на примере 45 пациентов в возрасте от 1,5 до 16 лет. Все пациенты на начальном этапе реабилитации передвигались в коляске, могли сидеть только с опорой, не стояли.

За пятилетний срок наблюдения отмечена положительная динамика в общем двигательном статусе всех пациентов, освоили самостоятельное передвижение 30 % детей, с поддержкой сопровождающего — 48 %. Результаты функциональных исследований свидетельствуют о повышении тренированности сердечно-сосудистой системы и увеличении жизненной емкости легких в процессе ре- и абилитации детей с неврологическими заболеваниями. Полученные результаты позволяют рекомендовать данную методику для применения.

УДК 616.833.009.11

Салеева А. Д., Кабаненко І. В., Юткін В. М., Варешнюк О. В., Литвиненко О. М., Скрипка О. Г.

Український науково-дослідний інститут протезування, протезобудування та відновлення працездатності (м. Харків)

РЕАБИЛИТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З УРАЖЕННЯМИ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК ВНАСЛІДОК СПИНАЛЬНИХ ТРАВМ ТА ПОШКОДЖЕНЬ ПЕРИФЕРИЧНИХ НЕРВІВ

За своїми наслідками хребетно-спинномозкова травма одна з найбільш важких та драматичних. В структурі травматизму її частка становить 4 %, але 70—80 % постраждалих — це особи до 40 років (Лобода М. В., Москаленко В. Ф., 2008, Лисенюк В. П., Самосюк І. З., 2007). Для пацієнтів на рівні ураження шийного відділу хребта обмежено пересування без допоміжних засобів та самостійне обслуговування. Про актуальність реабілітації цього контингенту свідчать розробки зарубіжних колег: Інститут Реабілітації в Чикаго, Інститут Реабілітації і Обстеження в Х'юстоні, Інститут Реабілітаційної Медицини в Нью-Йорку, Федеральний науково-практичний центр МСЕК та реабілітації в Новокузнецьку).

В клініці інституту за 2011—2012 роки з деформаціями за типом «пташиної лапи» були обстежені 29 пацієнтів. З них 12 хворих з комбінованою та ускладненою травмою верхніх кінцівок після оперативного лікування та 17 хворих з наслідками хребетно-спинномозкової травми на рівні шийного відділу хребта. Протокол дослідження включав стимуляційну електроміографію верхніх кінцівок на апараті «Нейро-МВП»: швидкість розповсюдження збудження (ШРЗ) по руховим волокнам периферійних нервів, оцінку амплітуди стимульованих М-відповідей з м'язів верхніх кінцівок, дослідження сомато-сенсорних викликаних потенціалів (ССВП) при стимуляції серединних нервів. Функцію кисті оцінювали за модифікованою системою обстеження захвату предметів за С. Sollerman (Sollerman С., 1995, Волошин Б. Д., 2001). У всіх пацієнтів визначено зниження ШРЗ по серединному та променевому нервам, зниження функції м'язів тенора, м'язів екстензорів кисті, зареєстровані піки № 20, Р25 ССВП. Була визначена функціональна недостатність кистей: дефіцит функції захвату, протипоставлення великого пальця та тильного відведення кисті.

Реабілітація цієї групи включала вправи з лікувальної фізичної культури, що тренують силу м'язів, заняття для розширення дрібної моторики на стенді та апараті біоелектричного оборотного зв'язку, електроімітацию найбільш вражених м'язів. З метою закріплення отриманих навичок після проведеного курсу фізичної реабілітації, подальшого запобігання деформацій та надання можливості продовжити тренування в домашніх умовах, у 2012 році в УкрНДІ протезування були розроблені ортезні системи: ортез на зап'ясток-кисть-пальці з використанням комбінації матеріалів (термопластичний та силіконова суміш «Термосил»), ортез на міжфаланговий суглоб великого пальця з силіконовою сумішш, які при фіксованому у середньо-фізіологічному положенні променево-зап'ясткового

суглоба, дозволяють тренувати функцію захвату та утримування предметів. Дані ортезні системи зберігають функціональну архітектуру кисті та, при регулярному користуванні, запобігають деформації кисті за типом «пташиної лапи». Проведене експериментальне ортезування 12 пацієнтів з наслідками хребетно-спинномозкової травми на рівні шийного ураження хребта ортезними системами розроблених конструкцій.

Динамічне спостереження протягом шести місяців дозволило у пацієнтів, що пройшли курс реабілітації та були забезпечені ортезними системами, виявити позитивні зміни: за даними електроміографічного обстеження підвищення амплітуд М-відповідей від м'язів тенорів та м'язів екстензорів кисті, відсутність прогресування деформацій та розширення функціональних можливостей верхніх кінцівок.

УДК 616.831-001.31-036.47

Салій З. В., Шкробот С. І., Салій М. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЗА ДОПОМОГОЮ МОСА-ТЕСТУ

Удосконалення реабілітації та медико-соціальної експертизи хворих працездатного віку у віддаленому періоді черепно-мозкової травми (ЧМТ) передбачає поряд з іншими аспектами і ретельну оцінку когнітивних функцій.

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (МОСА-тест), у порівнянні з іншими нейропсихологічними тестами, є більш чутливою для швидкої оцінки когнітивної дисфункції, даючи можливість характеризувати різні когнітивні сфери: увагу і концентрацію, виконавчі функції, пам'ять, мову, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, лічбна і орієнтація. За норму вважається кількість балів від 26 до 30.

Мета роботи полягала в оцінці когнітивних функцій у хворих у віддаленому періоді черепно-мозкової травми за допомогою МОСА-тесту.

МОСА-тест проведено у 46 хворих, які перебували на лікуванні в клініці з діагнозом віддалені наслідки перенесеної черепно-мозкової травми. Середній вік пацієнтів — (43,1 ± 9,7) років, чоловіків було 84,7 %. В анамнезі тяжку ЧМТ діагностовано у 15 (32,6 %) пацієнтів, середній вік (39,3 ± 9,9) років, ЧМТ середньої тяжкості — у 16 (34,8 %), середній вік (43,3 ± 10,0) років, легку ЧМТ — у 15 (32,6 %), середній вік (46,7 ± 7,6) років. Термін, що минув з моменту травми склав (6,6 ± 5,3) років, переважна більшість хворих (78,2 %) перебували в групі з тривалістю віддаленого періоду 1—10 років.

Скарги на зниження пам'яті та здатності концентрувати увагу, підвищену втомлюваність висловлювали 100 % хворих у групах з терміном травми до 1 року та більше 10 років. Загальний результат за МОСА-тестом склав (21,3 ± 0,7) бали, при нижній межі норми — 26 балів. За аналізом цього показника в групах, результати розподілилися таким чином: наслідки легкої ЧМТ — (21,1 ± 0,6) бали, середньої важкості — (20,2 ± 0,7) бали, важкої — (22,1 ± 0,7) бали. Незалежно від тяжкості перенесеної ЧМТ, в структурі порушень пізнавальних функцій у хворих усіх груп домінували зорово-конструктивні ((3,5 ± 0,1) бали проти 5 в нормі), зниження вербальної пам'яті ((1,5 ± 0,4) бали проти 5 в нормі), уваги ((4,8 ± 0,2) проти 6 в нормі) та порушення мови ((1,1 ± 0,1) проти 3 в нормі). Причому, найнижчі ($p < 0,05$) показники зорово-конструктивних функцій (3,2 ± 0,1) бали та вербальної пам'яті (0,8 ± 0,2) бали були у групі хворих з наслідками ЧМТ середньої тяжкості, вербальної швидкості (0,93 ± 0,2) — у групі хворих з наслідками легкої ЧМТ, здатності до абстрагування (1,4 ± 0,2) бали — у групі з наслідками тяжкої ЧМТ. Показники, які характеризують орієнтацію в часі та просторі, а також оперування назвами предметів, у пацієнтів усіх груп достовірно не відрізнялися від значень норми.

Встановлено кореляційний зв'язок ($r = -0,38$) між значеннями вербальної пам'яті та віком (наслідки легкої ЧМТ), увагою та терміном травми ($r = -0,41$) (наслідки ЧМТ середньої тяжкості). У групі хворих, які перенесли тяжку ЧМТ зафіксовано такі співвідношення: увага/вік ($r = -0,60$), вербальна пам'ять/термін травми ($r = -0,38$), здатність до абстрагування/термін травми ($r = -0,44$), увага/термін травми ($r = -0,36$).

Таким чином, у хворих у віддаленому періоді ЧМТ різної тяжкості спостерігаються односпрямовані відхилення показників когнітивної сфери за МОСА-тестом. Необхідно зазначити, що отримані дані потребують подальшої поглибленої оцінки

у більшій когорті пацієнтів, а МОСА-тест слід використовувати як діагностичний та прогностичний критерій для об'єктивної оцінки стану когнітивної сфери хворих у віддаленому періоді ЧМТ.

УДК 616.831-005.8-079.2-036

Салій М. І., Шкробот С. І.
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
ім. І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

ОСОБЛИВОСТИ КЛІНІКИ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ЛАКУНАРНОГО ІНСУЛЬТУ

Лакунарний інсульт (ЛІ) — один із видів ішемічного інсульту, який характеризується виникненням невеликих лакунарних вогнищ (лакун), діаметром до 10—15 мм, в басейні невеликих пенетруючих артерій. Поширеність ЛІ серед інших підтипів ішемічного інсульту складає, за даними різних авторів, від 13 до 37 % (у середньому близько 20—25 %). Проте їх частота значно вища, оскільки значний відсоток ЛІ (до 80 %) перебігають безсимптомно або клінічно не розпізнаються. Незважаючи на невеликі розміри лакунарних вогнищ, вони можуть зумовлювати значний неврологічний дефіцит, а множинні лакунарні вогнища в підкорковій ділянці призводять до когнітивного зниження аж до мультиінфарктної деменції.

Метою нашої роботи було дослідження особливостей клінічної картини гострого періоду лакунарного інсульту.

Усі хворі були опитані на предмет наявних скарг, проведено дослідження неврологічного статусу, а для оцінки стану когнітивних функцій використовували шкалу оцінки психічного статусу (Mini-mental state examination, MMSE).

В дослідженні взяли участь 83 хворих з лакунарним підтипом ішемічного інсульту. Середній вік хворих становив (62,39 ± 9,62) роки. Жінок серед пацієнтів було 35 (42,17 %), чоловіків — 48 (57,83 %).

У ході опитування пацієнти висловлювали такі скарги: на м'язову слабкість ($n = 56, 67,47\%$), відчуття затерпання кінцівок ($n = 30, 36,14\%$), розлади мови ($n = 30, 36,14\%$), біль голови ($n = 29, 34,94\%$), невправність в кінцівках ($n = 18, 21,69\%$), запаморочення ($n = 18, 21,69\%$), асиметрію обличчя ($n = 16, 19,28\%$), хиткість при ході ($n = 14, 16,87\%$) та зорові розлади ($n = 3, 3,61\%$).

Залежно від наявного неврологічного дефіциту прийнято виділяти 5 основних типів ЛІ — моторний тип, сенсорний тип, сенсомоторний тип, тип дизартрії та незграбної руки, тип атактичного геміпарезу. Інколи наявна симптоматика не вкладається у жоден із запропонованих типів, за таких умов лакунарний інсульт є недиференційованим. Обстежувані нами пацієнти, в залежності від неврологічної симптоматики, розподілилися таким чином: моторний тип — 20 хворих (24,1 %), сенсорний — 9 хворих (10,84 %), сенсомоторний — 22 хворих (26,51 %), тип дизартрії та незграбної руки — 17 хворих (20,48 %), атактичного геміпарезу — 5 хворих (6,02 %), недиференційований тип — 10 хворих (12,05 %).

Дослідження когнітивних функцій виявило переддементні когнітивні порушення у 43 пацієнтів (51,66 %), легку деменцію — у 21 пацієнта (25,3 %), деменцію середнього ступеня тяжкості — у 6 пацієнтів (7,23 %), розлади когнітивних функцій були відсутні у 13 хворих (15,66 %).

Аналізуючи отримані дані, можна зробити висновок, що найпоширенішими серед обстежених пацієнтів були сенсомоторний — 22 (26,51 %) та моторний — 20 (24,1 %) підтипи ЛІ, а відсоток хворих з відхиленнями різного ступеня тяжкості в когнітивній сфері склав 84,34 %. При чому у 51,66 % пацієнтів діагностовано переддементне когнітивне зниження, що потребує особливої уваги в плануванні реабілітаційних заходів, спрямованих на призупинення прогресування даного процесу з метою покращання якості життя пацієнта.

УДК: 616.831-009.12-053. К-092

Сало С. В.
ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (г. Харків)

ОСОБЕННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ И РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Мозговой инсульт (МИ) является одним из самых инвалидизирующих и тяжелых сосудистых поражений головного мозга. В Украине по-прежнему отмечается негативная динамика показателей распространенности, заболеваемости и смертности

от МИ относительно прошедшего десятилетия. В последние годы активно исследуются вопросы патогенеза, диагностики и лечения больных в остром периоде МИ. Однако проблеме остаточных явлений МИ в поздних периодах уделяется меньше внимания.

Целью работы явилось определение клинических особенностей двигательных нарушений спастических расстройств у постинсультных больных в позднем восстановительном и резидуальном периодах.

Основой данной работы послужили результаты клинического и нейроортопедического обследования 120 человек, перенесших МИ, с остаточными явлениями в виде спастического гемипареза. Возраст обследуемых больных составлял от 45 до 64 лет. 54 человека — лица женского пола, 66 человек — мужского.

В результате обследования среди всех исследуемых пациентов были выделены три клинические группы, учитывающие характер, степень и распределение двигательных постинсультных нарушений.

К первой группе (всего 55 человек) относились постинсультные пациенты с выраженным гемипарезом и одинаковой степенью поражения, как руки, так и ноги, или чуть более руки, чем ноги. Пациенты характеризовались наличием, или обширного инфаркта в зоне кровообращения СМА, или следствия паренхиматозного кровоизлияния, преимущественно в область внутренней капсулы.

Общие характерные особенности, выделенные у пациентов, в совокупности способствовали формированию характерного патологического двигательного стереотипа — контрактуры Вернике — Манна. Используя современную терминологию, данные нарушения можно расценивать как вторичный генерализованный дискоординаторный синдром. Таким образом, сочетание моторной дисфункции вследствие неврологического дефекта и вследствие вторичных нарушений в мышцах и суставах, а также приспособительных двигательных реакций сформировали у пациентов данной группы картину *генерализованного пирамидного дискоординаторного синдрома Вернике — Манна*.

Ко второй группе с *верхним пирамидным региональным дискоординаторным синдромом* были отнесены 56 больных, характеризующиеся относительно негрубой степенью гемипареза с преимущественным преобладанием в руке и лице, у которых в анамнезе отмечался МИ в бассейне корковых ветвей СМА или лакунарные инсульты в основании варолиева моста.

У пациентов третьей группы с негрубым парезом в дистальных отделах ноги и немного — в проксимальных отделах руки и лице (всего 9 человек) определялся *нижний пирамидный региональный дискоординаторный синдром*. В анамнезе у данных пациентов отмечены МИ в зоне васкуляризации ПМА.

Таким образом, сочетание характерной неврологической картины и особенностей нейроортопедического статуса формировало у обследуемых постинсультных пациентов три основных варианта вторичных дискоординаторных синдромов.

УДК 616.8-003.821

В. И. Сало, Е. А. Кельгина
Харьковский национальный медицинский университет

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ АМИЛОИДОЗА

Амилоидоз объединяет ряд системных и локальных болезней, которые характеризуются отложением в межтканевой ткани белковых масс, обладающих двойным лучепреломлением в поляризованном свете и постепенно приводящих к нарушению функций пораженных органов. Патогенезом неврологических проявлений являются изменения со стороны сосудов и последующая ишемия, инфильтрация нервов амилоидом с компрессией нервных волокон, токсико-обменные нарушения с воспалительными расстройствами в нервной ткани. Единой классификации амилоидоза не существует. Различные его формы (виды, типы) выделяют, руководствуясь такими признаками как возможная причина возникновения (первичный, вторичный, старческий, семейный амилоидоз), специфичность белка (AL- и AA-амилоид), распространенность (системный или генерализованный, локальный), своеобразии проявлений в связи с преимущественным поражением определенных органов и систем (нейропатический, кардиопатический, нефропатический, гепатопатический и т. п.). Прижизненная диагностика затруднена. Частота встречаемости амилоидоза: не менее 1:50 000.

Цель исследования: Изучение основных неврологических проявлений амилоидоза у больных с подтвержденным диагнозом.