

нювалася в різні постінсультні терміни: в період від 1 до 3 місяців відмічено у 37 %, протягом 3–12 місяців — у 43 %, протягом 1–3 років — у 41 % пацієнтів. При ППВ у 17 % випадків пацієнти відмічали наявність значимої втоми у доінсультному періоді. Групи пацієнтів із ППВ та без її ознак суттєво не відрізнялися за віком — $62,9 \pm 1,4$ року та $61,1 \pm 1,9$ року, статевим розподілом (чоловіків — 55 та 59 %), рівнем освіти (осіб з вищою освітою — 28 і 31 %), поширеністю тютюнопаління (10 та 11 %). У пацієнтів із ППВ порівняно з пацієнтами без ППВ частіше розвивалися нелакунарні інсульти (79 проти 61 %), а також повторні інсульти (24 проти 12 %). У пацієнтів обох груп не спостерігалось суттєвих відмінностей у поширенні артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, однак при ППВ частіше діагностувалися цукровий діабет (28 проти 17 %), фібриляція передсердь (21 проти 14 %) та наявність інфаркту міокарда в анамнезі (14 проти 5 %). Крім того, у пацієнтів із ППВ частіше виявлялися стани поліморбідності (одночасна присутність 3 та більше супутніх захворювань) — 72 проти 48 %. У пацієнтів із ППВ частіше фіксувалися умовно виражені функціональні дефекти (за модифікованою шкалою Ренкіна більше 2 балів) — 31 проти 14 %.

Висновки. ППВ — поширений і довготривалий патологічний стан, що супроводжує ІІ, і, ймовірно, асоціюється з певними клінічними та функціональними особливостями пацієнтів. З метою розробки патогенетично обґрунтованого менеджменту ППВ необхідні подальші обсерваційні дослідження для деталізації її предикторів та механізмів розвитку.

УДК 616.711+616.832-06-036.4-089-092.4

ДЗЯК Л.А., САЛЬКОВ Н.Н., ЦУРКАЛЕНКО Е.С.
 ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ
 Украины», г. Днепропетровск, Украина

Адрес для переписки с авторами:
 E-mail: dzyakla@yandex.ru, alenadoc@rambler.ru

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА

Актуальность. В патогенезе позвоночно-спинно-мозговой травмы выделяют первичное повреждение, происходящее в момент травмы, образуя зону ушиба спинного мозга (СпМ), и вторичное, развивающееся в течение 24–48 часов, приводя к ухудшению состояния пациентов. В этом периоде формируются сосудистая дисфункция, ишемия, эксайтотоксичность и апоптоз клеток в перифокальной зоне. Однако роль сосудистых факторов в механизмах повреждений изучена недостаточно.

Цель работы: оценить нарушения кровообращения у пациентов со спинальной травмой и их влияние на развитие вторичных изменений в СпМ.

Материалы и методы. Проведено клиническое обследование, магнитно-резонансная томография (МРТ) и селективная ангиография (АГ) шейных и позвоночных артерий (ПА) 10 пациентов с ушибом СпМ, переломовывихом С4–С5.

Результаты и их обсуждение. У 60 % пациентов визуализирован коллатеральный кровоток при окклюзии обеих ПА, при этом отсутствовали расстройства стволовых и витальных функций. Коллатеральное кровообращение осуществлялось ветвями восходящих шейных артерий, анастомозирующим с ПА выше места их окклюзии переломовывихом и являлось важным фактором, ограничивающим повреждение СпМ. У 3 пациентов выявлено отсутствие контрастирования артерии шейного утолщения (АШУ) и ограничение сосудистого рисунка в ветвях ПА, восходящей и глубокой шейных артерий. Отмечен выраженный неврологический дефицит (ASIA — А), на МРТ — обширная область отека-ишемии СпМ в перифокальной зоне первичного повреждения. У 4 пациентов с выраженным очагом ушиба СпМ на уровне С₄-С₅ и незначительным неврологическим дефицитом (ASIA — D) при проведении АГ выявлено контрастирование АШУ, отходящей от проксимальных участков одной из окклюзированных ПА. Таким образом, наличие кровообращения в АШУ позволяет сохранить кровоток в СпМ, что ограничивает вторичное повреждение СпМ. Во всех наблюдениях обнаружен феномен раннего артериовенозного сброса в области очага ушиба, что, вероятно, происходит вследствие компенсаторного включения мелких анастомотических ветвей в спинном мозге.

Выводы. Выявлены особенности кровообращения при травме шейного отдела СпМ и их влияние на тяжесть травмы. Полученные данные открывают перспективу для эндоваскулярного лечения спинальной травмы.

УДК 616.133.33+616.145.111-007-071(048.8)

ДЗЯК Л.А., ЦУРКАЛЕНКО Е.С.
 ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ
 Украины», г. Днепропетровск, Украина

Адрес для переписки с авторами:
 E-mail: dzyakla@yandex.ru, alenadoc@rambler.ru

ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ГЕМОДИНАМИКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИОВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

Актуальность. Несмотря на наличие множества работ, посвященных данной проблеме, особенности церебральной гемодинамики в условиях функционирующих артериовенозных мальформаций (АВМ) остаются недостаточно изученными.

Цель работы: изучение особенностей церебральной гемодинамики у пациентов с АВМ.

Материалы и методы. Обследовано 32 пациента с АВМ с применением церебральной селективной

ангиографии, ультразвуковой доплерографии и компьютерно-томографической перфузиографии (КТПГ).

Результаты и их обсуждение. Установлено значительное увеличение скорости кровотока в афферентных артериях АВМ в среднем на 145 % (средняя линейная скорость кровотока (ЛСК) — $148,47 \pm 16,68$ см/с). Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь ($r = 0,95$) между объемным кровотоком АВМ и ее размерами. Однако данная зависимость прослеживалась лишь для АВМ размером до 50 см^3 . При дальнейшем увеличении АВМ объемный кровоток не изменялся, что, вероятно, связано с развитием относительного артериального и венозного стеноза вследствие деформации сосудов АВМ, вызывающего турбулентность и замедление кровотока.

В ответ на гипервентиляцию ЛСК снижалась в среднем на $25,0 \pm 7,4$ %, что достоверно ($p < 0,01$) ниже нормы. Реакция на гиперкапническую пробу отсутствовала у 37,5 % пациентов с мальформациями высокого кровотока. Коэффициент овершута в среднем составил $1,07 \pm 0,08$, то есть повышение посткомпрессионной систолической ЛСК было менее 10 %, что свидетельствует об отсутствии ауторегуляторного ответа. Установлено, что, несмотря на увеличение тотального объемного мозгового кровотока в 2 раза ($1588,04 \pm 439,04$ мл/мин), при проведении КТПГ была выявлена гипоперфузия, локализованная в тканях мозга, прилежащих к АВМ, у 91,5 % пациентов; кровоснабжаемых из тех же сосудистых бассейнов, что и афференты АВМ, — у 61 %; кровоснабжаемых из другого бассейна — у 34,4 %.

Выводы. Проведенное исследование показало, что особенности кровоснабжения АВМ зависят от их структурно-функциональных характеристик и оказывают существенное влияние на показатели церебральной гемодинамики.

УДК 616.858+616.89-008.44

ЕВТУШЕНКО С.К.

Харьковская медицинская академия
последипломного образования, г. Харьков, Украина

Адрес для переписки с автором:

E-mail: stanos@telenet.dn.ua

ОТ КЛИНИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННОГО СИНДРОМА К ДОСТОВЕРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА И ЕГО ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ

С 1984 по 2004 год под нашим наблюдением находилось 63 ребенка в возрасте от 7 до 18 лет с достоверным рассеянным склерозом (РС) (личный архив), а с 2005 по 2015 год в нашей клинике достоверный РС диагностирован у 85 детей. Увеличение количества детей с РС связано как с ростом заболеваемости, так и с улучшением диагностических возможностей. Современная особенность течения заболевания — это высокий риск быстрого формирования стойкого необратимого неврологического дефицита и инвалидности уже в дебюте болезни.

Выделяют 5 основных этапов иммунопатогенеза РС: активация Т-клеток и их дифференцировка в CD4-Т-клетки; пролиферация активированных Т-клеток; вовлечение В-клеток и моноцитов в патологический процесс; миграция Т-клеток через гематоэнцефалический барьер; реактивация Т-клеток в ЦНС и индукция демиелинизации.

Важнейшими клиническими критериями диагностики РС как у детей, так и взрослых являются: начало болезни в детском и молодом возрасте, полиморфизм клинических проявлений, «мерцание» симптомов даже на протяжении суток, волнообразное течение болезни, наличие клинических диссоциаций. Не утратили своей значимости и основные (инициальные), к сожалению, неостребованные молодыми неврологами клинические симптомы достоверного РС: тетрада Шарко (а не триада) — нистагм, интенционный тремор, скандированная речь, нижний парапарез; пентада Марбурга — нистагм, интенционный тремор, отсутствие или вялость брюшных рефлексов, побледнение височных половинок сосков зрительных нервов, спастический парез ног; секстада Маркова — зрительные нарушения с сужением полей зрения на цвета, вестибулопатия, глазодвигательные расстройства (преходящее двоение), высокие коленные рефлексы и изолированное снижение вибрационной чувствительности.

При подозрении на РС у пациента мы настаиваем на исследовании классических клинических симптомов и рефлексов, имеющих четко описанные рефлекторные дуги, поскольку это позволяет выявить рассеянное органическое поражение нервной системы. Именно поэтому необходимо проводить тщательный углубленный неврологический осмотр с обязательным исследованием вибрационной чувствительности, черепной иннервации, включая оценку симптоматики заднего и переднего межъядерного офтальмопареза, надъядерного поражения черепных нервов (симптомы орального автоматизма: хоботковый рефлекс Бехтерева, губной рефлекс Оппенгейма, дистанс-оральный рефлекс Карчикяна, рефлекс Тулуза — Вюрпа, ладонно-подбородочный рефлекс Маринеску — Радовичи и др.). Ведь каждый из них имеет свою собственную рефлекторную дугу, и появление одного из них (или исчезновение) в динамике нередко дает ответ на прогрессирование или регрессирование болезни. Кроме исследования сухожильных, периостальных и брюшных рефлексов, требуется оценка поверхностной и вибрационной чувствительности и мышечно-суставного чувства.

Обязательна проверка симптома Тома — Жюменти и сенсорной пробы Ромберга, коленно-пяточной пробы Стюарта — Холмса, проба на асинергию Бабинского. Исследование кистевых рефлексов (Якобсона — Ласка, Бехтерева, Жуковского, Россолимо, Вендеровича, Вартенберга), патологических стопных знаков Бабинского, Оппенгейма, Чеддока, Пуусепа, Россолимо, рефлексов спинального автоматизма Членова — Маккарти, Аствацатурова, Раздольского.