

зменшення навантаження опорно-рухової системи в умовах зміни життєвого стереотипу та соціальної адаптації (зниження повсякденної активності, оформлення інвалідності, зміна характеру професійної діяльності та ін.). Хронічний біль у шії мали 8 (25,0 %) пацієнтів, у 6 (18,8 %) з яких біль з'явився на фоні РС. Біль в нижніх кінцівках мали 5 (15,6 %) пацієнтів і в усіх випадках цей варіант болю з'явився на тлі РС. Біль у суглобах мали 11 (34,4 %) хворих. У 4 (12,5 %) хворих був біль в проекції органів черевної порожнини. Лише одну локалізацію болю мали 3 (9,4 %) хворих, дві локалізації — 7 (21,9 %), три — 8 (25,0 %), чотири та більше — 6 (18,8 %) хворих.

Серед факторів, що сприяли формуванню хронічного болю у хворих на РС, були такі: психотравмуючі ситуації та тривале психоемоційне перенапруження (у 18 з 24 хворих на РС з больовим синдромом), значний рівень тривоги та/чи депресії за даними діагностичних шкал (у 13 з 24 хворих на РС з больовим синдромом), значний обсяг неврологічного дефіциту, що відбивався поліморфізмом неврологічної симптоматики. Чіткої кореляції больового синдрому з загальною тривалістю та типом перебігу РС встановити не вдалося.

Таким чином, у хворих на РС у 75 % випадків виявлений хронічний больовий синдром. За локалізацією частіше за все спостерігався головний біль, біль у спині та суглобах. Уточнення факторів формування хронічних больових синдромів у хворих на РС потребує подальших наукових досліджень.

УДК 616.832: 616.8-009.7-079.4

ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ БОЛИ В СПИНЕ (ДОРСАЛГИИ)

С. В. Федосеев

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: боль в спине, диагностика, оценка боли, шкала, тест

Боль в спине может быть следствием самых разнообразных патологических состояний, поэтому необходимость качественной и количественной оценки боли тесно связана с проблемой дифференциальной диагностики. Дать адекватную оценку боли в спине и верифицировать вызывающие её причины позволяет диагностический алгоритм, включающий общее физическое и неврологическое обследования, исследование скелетно-мышечной системы, специфическую оценку боли и психоэмоционального состояния. Данный алгоритм успешно применяется как в каждодневной практике, так и при проведении клинических исследований.

Для верификации причин боли важнейшую роль играет опрос. При опросе особое внимание уделяется интенсивности и характеру боли, ее локализации и иррадиации, времени появления, изменению в зависимости от положения тела, симметричности или асимметричности. При осмотре пациента обращают внимание на аномалии развития, асимметрии тела, особенности осанки, специфику ходьбы, выраженность физиологических изгибов позвоночника, наличие анталгического сколиоза.

Для оценки интенсивности острой боли широко используются визуальная аналоговая шкала (Visual Analog Scale, VAS), цифровая рейтинговая шкала (Numerical Rating Scale, NRS) и четырехзначная категориальная вербальная шкала (Verbal Rating Scale, VRS). Все три шкалы предназначены для определения субъективного ощущения пациентом боли в момент исследования.

Оценка хронической боли является более сложной задачей и требует изучения анамнеза боли, проведения специфических диагностических тестов, например, таких как количественный сенсорный тест (Quantitative Sensory Testing, QST) со специфическими и хорошо определенными сенсорными стимулами для определения порога болевой чувствительности и толерантности к боли. Одним из методов количественной оценки является Краткая Оценка Боли (Brief

Pain Inventory, BPI). Этот метод предназначен для определения тяжести боли и ее влияния на различные аспекты жизни (общая активность, ходьба, нормальная работа, отношения с другими людьми, настроение, сон и качество жизни). Опросник Боли МакГилл (McGill Pain Questionnaire, MPQ) и его краткая форма определяют сенсорные, аффективно-эмоциональные и другие аспекты болевого состояния пациента. Для оценки невропатической боли существуют специализированные шкалы, например, Лидская шкала оценки невропатических симптомов и знаков невропатической боли (Leeds Assessment of Neuropathic Symptoms and Signs, LANSS). Для оценки психопатологических коррелятов боли применяются специальные психологические тесты и опросники: шкала самооценки личностной и реактивной тревоги Спилбергера, шкала самооценки тревоги Шихана, госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии, шкала самооценки депрессии Цунга, шкала оценки депрессии Бека, клинические рейтинговые шкалы, которые заполняются квалифицированным и опытным психиатром или экспертом-наблюдателем после обязательного специального обучения (шкалы Гамильтона, Монтгомери — Асберга для оценки депрессии, шкала Кови для оценки тревоги и др.). Для уточнения причины боли в спине проводятся рентгенография, электрофизиологические исследования, компьютерная и магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования, лабораторная диагностика.

Применение указанного диагностического алгоритма, как правило, позволяет верифицировать причину дорсалгии, провести количественную и качественную оценку боли.

УДК 616.8-009.29-07.3

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТИКОЗНЫХ ГИПЕРКИНЕЗОВ

Фернандес де Ривес Сергей Франсискович

ГУ «НИИ геронтологии НАМН Украины», г. Киев

Ключевые слова: тикозные гиперкинезы, диагностика, терапия

Полиморфизм мнений отечественных и зарубежных авторов по основным проблемам тиков — наиболее распространенных гиперкинезов молодого возраста (классификации, этиологии, патогенеза, дифференциальной диагностики и терапии) — предопределяет актуальность дальнейшего всестороннего изучения проблемы.

Особые трудности испытывают практически все врачи при назначении лечения больным функциональными тиками из-за разнообразия рекомендаций, варьирующих от мягкой седативной и психотерапии до раннего универсального недифференцированного применения нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсантов и бензодиазепинов, обладающих множественными побочными действиями.

Целью исследования было разработать дифференцированную патогенетически обоснованную терапию функциональных тиков.

Задачи: 1) исследование состояния церебрального биоэлектrogenеза больных функциональными тиками; 2) изучение состояния их желудочковой системы головного мозга и внутричерепного давления (ВЧД); 3) исследование их церебральной гемодинамики; 4) разработка и апробация алгоритмов дифференциальной диагностики и дифференцированной терапии данного контингента больных.

Объектом исследования были 104 пациента с функциональными тикозными гиперкинезами в возрасте от 4 до 33 лет.

Всем больным, помимо соматоневрологического, было проведено электроэнцефалографическое (ЭЭГ), ЭХО-энцефалоскопическое (ЭХО-ЭС) и транскраниальное доплеросонографическое (ТКДСГ) исследование с анализом и статистической обработкой полученных данных.

У большинства обследованных были обнаружены существенные нарушения церебральной нейродинамики в виде пароксизмальной активности (51,92 %), гиперсинхронизации (35,58 %), очагов патологической активности (25,00 %) и снижения порога судорожной готовности (7,69 %). ЭХО-ЭС признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома зафиксированы

у 30,77 % пацієнтів, і гіпертензійно-нормоцефального синдрому у — 48,08 %. ТКДСГ показала значиме зниження швидкості кровотоку (більше 10 %), переважно в вертебробазиллярному басейні, у 17,31 % наших больних.

Вищеизложенное свідечувало о дозозологіческом поразенні церебральних структур (различной етіології) у 82,69 % обстежених і необхідності отнесті их гіперкінези к «неврозоподобным», в отличие от «невротически» тиков.

На основании полученных данных нами было предложено пациентам с неврозоподобными тиками, помимо традиционной терапии (седативными препаратами, глицисидом и фенибутом в сочетании с режимными мероприятиями), адекватной для больных невротическими тиковыми гиперкинезами, проводить дифференцированную, патогенетически объективно аргументированную индивидуальную коррекцию выявляемых нарушений.

Так, обнаружение у больного тиками снижения порога судорожной готовности головного мозга предопределяло назначение антиконвульсантов (топирамата или вальпроатов), гиперсинхронизированной высокоамплитудной ЭЭГ и пароксизмальной активности — кальция гопантената, низкоамплитудной десинхронизированной ЭЭГ — ноотропов (пирацетама, энцефабола, фенотропила). При выявлении ЭХО-ЭС-признаков повышения ВЧД назначали дегидратирующую терапию. Наличие данных о снижении скорости кровотока в магистральных церебральных сосудах было основанием для назначения сосудистой и антиоксидантной терапии (кавинтона, оксирала, танакана, мексидола).

Для сравнения результативности предложенного терапевтического комплекса и традиционной противотиковой терапии через месяц сравнивали их эффективность у пациентов основной и контрольной группы (по 30 больным), сопоставимых по полу, возрасту и клинической картине. К этому времени исчезли тики у 46,67 % пациентов основной и у 10,0 % контрольной группы ($p < 0,01$), значительно уменьшилось их количество, соответственно, у 43,33 % и 6,67 % ($p < 0,01$), уменьшилось — у 10,0 % больных основной и 36,67 % контрольной группы ($p < 0,01$). У 14 (46,67 %) представителей контрольной группы состояние существенно не изменилось.

Резюмируя вышеизложенное, можно заключить, что разработанная комплексная дифференцированная индивидуально подобранная терапия неврозоподобных тиков значительно эффективнее традиционного лечения и позволяет в большинстве случаев не прибегать к недостаточно обоснованному назначению нейролептиков, антидепрессантов, антиконвульсантов и бензодиазепинов.

Выводы: 1) для оптимизации дифференциальной диагностики функциональных тиковых гиперкинезов целесообразно всем пациентам проводить ЭЭГ, ЭХО-ЭС и ТКДСГ; 2) целенаправленная коррекция выявленных нарушений церебральной нейро- и гемодинамики, уровня ВЧД существенно повышает эффективность противотиковой терапии и улучшает качество жизни данного контингента больных.

УДК 616.831-005.1-06:312.2

СПІВВІДНОШЕННЯ ПОКАЗНИКА СОМАТИЧНОЇ КОМОРБІДНОСТІ З ТЯЖКІСТЮ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ І ЛЕТАЛЬНІСТЮ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

О. О. Філінець, В. М. Пащковський,
О. О. Жуковський, В. В. Колесник

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: ішемічний інсульт, коморбідність, індекс Чарлсона, летальність

Основним індикатором ефективності надання невідкладної допомоги хворим на гострі порушення мозкового кровообігу є летальність в гострому періоді захворювання,

а зниження її рівня вважається одним із пріоритетних напрямків боротьби з інсультом. Тому актуальним на сьогоднішній день вважається пошук нових детермінант несприятливого закінчення мозкового інсульту, які так чи інакше піддаються терапевтичній корекції. У зв'язку з цим метою нашого дослідження стало встановлення зв'язку рівня фонові соматичної патології з 28-денною летальністю при ішемічному інсульті (ІІ) та визначення її ймовірного впливу на початкову тяжкість інсульту.

Обстежено 207 хворих в найгострішому періоді ішемічного інсульту (96 чоловіків і 111 жінок віком від 31 до 88 років). Усім пацієнтам проведено стандартне неврологічне обстеження з визначенням тяжкості інсульту за шкалою NIHSS. Додатково визначали фонову соматичну патологію та якісно оцінювали її з використанням модифікованого індексу коморбідності Чарлсона (ІЧ). Залежно від наслідку інсульту по закінченні гострого періоду виділено групи фатального і нефатального ІІ (відповідно 115 і 92 пацієнта).

У більшості хворих (47,8 % пацієнтів, які померли в гострому періоді, та 56,5 % осіб, які вижили) діагностовано інсульт середнього ступеня тяжкості. Частка осіб з легкими проявами ІІ становила відповідно 3,5 і 27,2 % ($p < 0,01$), тяжкий інсульт діагностовано в 32,2 і 9,8 % ($p < 0,01$), надто тяжкий — в 16,5 і 6,5 % ($p < 0,05$). Середній показник за шкалою NIHSS становив $12,3 \pm 0,4$ бали.

У більшості обстежених пацієнтів (86,5 %) ІІ розвинувся на фоні соматичної патології (відповідно до груп захворювань, які є базовими для визначення ІЧ). Розподіл пацієнтів за рівнем коморбідності виглядав таким чином: низький — у 48,8 % (ІЧ становив 0—1), середній — у 28,0 % (ІЧ = 2), високий — у 23,2 % (ІЧ ≥ 3). Виявлено достовірні відмінності між групами фатального і нефатального ІІ відносно високого рівня ІЧ — відповідно 31,3 і 13,0 % ($p < 0,01$). Середній показник індексу становив $1,81 \pm 0,07$. Серед хворих, в яких інсульт виник при високій коморбідності, середній бал за шкалою NIHSS ($17,51 \pm 0,95$) достовірно перевищив показник у пацієнтів з низьким ($10,84 \pm 0,46$, $p < 0,01$) та середнім ІЧ ($11,26 \pm 0,61$, $p < 0,01$).

При аналізі встановлено, що висока коморбідність майже втричі підвищує ризик 28-денної летальності — відносний ризик становить 2,98 (95 %), довірчий інтервал — 1,41—6,31. Визначення кореляційних співвідношень показало, що величина ІЧ позитивно корелює з летальним наслідком ІІ — $r_{pb} = +0,22$ ($p < 0,001$ при двосторонньому аналізі). Встановлено існування позитивного зв'язку помірної сили між рівнем коморбідності та тяжкістю неврологічних проявів найгострішого періоду ІІ, оціненою за шкалою NIHSS ($r = +0,44$).

Таким чином встановлені кореляційні та асоціативні співвідношення коморбідності при ішемічному інсульті з тяжкістю початкового неврологічного дефіциту та летальним наслідком захворювання підтверджують важливість своєчасної медикаментозної корекції фонові соматичної патології для профілактики та зниження летальності серед хворих на інсульт.

УДК 616.833.24.832-053.9:615.811.2

ЕФЕКТИВНІСТЬ ГІРУДОТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РЕЦИДИВУЮЧИХ ДИСКОГЕННИХ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВИХ РАДИКУЛОПАТІЙ З ПОРУШЕННЯМ СПИНАЛЬНОГО КРОВООБІГУ У ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ

В. К. Чернецький, О. Д. Хоменко, З. А. Мудрик,
І. К. Дикусарова, Н. І. Кардашук, Н. А. Шваб

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: гірудотерапія, попереково-крижові радикулопатії, літній вік хворих

Нами проаналізовано результати комплексного проведення гірудотерапії (ГТ) та потенційованого знеболювання у 32 хворих літнього віку на рецидивуючі дискогенні попереково-крижові радикулопатії (ДПКР) з порушенням спинального кровообігу (ПСК), у тому числі венозного,