

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

На основанні отриманих даних нами было предложено пацієнтам с неврозоподобными тиками, помимо традиционной терапии (седативными препаратами, глицисесом 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, оксибрала, 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

СПІВІДНОШЕННЯ 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 \geq 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,