

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

На основани 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, 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 ≥ 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,

залежно від характеру больового синдрому, втягнення сідничного нерва, хронічної цереброваскулярної недостатності (ХЦВН — у 14 хворих), прихованого цукрового діабету (у 10 хворих) тощо. Використовували клініко-параклінічні дослідження в динаміці (спондилографія, МРТ, КТ, реовазографія, ЕМГ, коагулограма, вміст катехоламінів (КА) та інсуліну в еритроцитах та ін.). Включення ГТ як рефлекторної дії на біоенергетичні точки (БЕТ) в комплексне лікування супроводжувалось широкою дією біологічно активних речовин на гомеостаз (природні ферменти, гормони тощо), особливо в поєднанні з аспіраційним методом ГТ (L_3 — S_1). Найбільша активність такого лікування спостерігалась у 14 хворих у гострому періоді при тривалості захворювання 1—2 роки та відсутності супутніх ускладнень. Протягом 3—4 днів наступала нормалізація функцій та працездатності. У решти 18 хворих з важким рецидивуючим перебігом захворювання (тривалість від 2 до 5—7 років), стійким дискозом (L_3 — L_5 — S_1) і больовим синдромом (анталгічна поза) та наявністю інших ускладнень (ураження сідничного нерва, прихований діабет, ХЦВН тощо) перед початком ГТ проводили потенційоване знеболювання (аміназин + платифілін в/м, а через 40 хвилин — в/в розчин баралгіну) та рефлекторні дії на БЕТ, а потім включали аспіраційний метод ГТ, який був найбільш ефективний у 4 жінок з субтільною м'язовою системою при рефлекторних та міогенних блокадах поперекових хребців, ХЦВН, у тому числі судинних кризів. 14-ти хворим з важкими ускладненнями (ХЦВН, ПСК та венозний застій, прихований діабет та ін.) для посилення ефективності лікування проводили повторні курси ГТ, судинну терапію, електрофорез гепарину вздовж хребта, фіксаційні пояси та фізіопроцедури.

Ефективність лікування больового синдрому визначалась падінням КА в еритроцитах до норми. У 29 хворих спостерігалась висока та стійка ефективність лікування, у 3-х хворих з важкими ускладненнями, у тому числі після мануальної терапії, вона була незначною. Таке лікування хворих літнього віку сприяло запобіганню зриву компенсації судинної системи мозку, а іноді й розвитку інсульту.

УДК 616.831-005.4-005.1

РЕШЕННЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК И ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

*В. К. Чернецкий, В. М. Паиковский,
И. И. Кривецкая, В. Н. Паляница, Е. А. Филипец
Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы*

Ключевые слова: вторичная профилактика, ишемический инсульт

Современные достижения в диагностике сосудистых заболеваний головного мозга (МРТ и др.), вынуждают к пересмотру ряда нерешенных вопросов традиционной вторичной профилактики (ВП), — (аспирин — курантил или агренокс тиклид — клопидогрель), которая оказалась малоэффективной. С этой целью нами проведен клинико-параклинический анализ результатов ВП у 54 больных (возраст 56—67 лет) с транзиторными ишемическими атаками (ТИА) — у 22, ишемическими инсультами (ИИ) различного генеза у 34, в том числе лакунарными (ЛИ) — у 12 больных при церебральном атеросклерозе (ЦА) и гипертонической болезни (ГБ). Соблюдался индивидуальный и комплексный подход к выбору ВП в зависимости от типа ИИ (антиагрегантная, антикоагулянтная, гиполипидемическая терапия и др.), проводилось определение показаний для возможных хирургических вмешательств.

Ведущим в эффективном проведении ВП является адекватное управление АД (до целевого 145/85 мм рт. ст., а иногда адаптированного до более высоких цифр, в том числе диастолического до 90 мм рт. ст.) при ЦА и ГБ, в зависимости

от степени стеноза (окклюзии) магистральных сосудов головы, нарушенной симпатико-адреналовой регуляции (КА), наличия скрытого сахарного диабета, венозного застоя в мозгу, развития коллатерального кровообращения, кардиальной патологии и других факторов. Поэтому подбор гипотензивных средств — самый сложный. Нами систематизированы комплексные методы ВП при ТИА с интермиттирующим течением, обусловленных нередко нарастающим стенозом магистральных сосудов головы, шеи (каротиды, позвоночные артерии) и веток дуги аорты (подключичной, общей сонной артерии), который является у 90 % больных причиной мозговых инсультов (А. В. Холин, 2000). Кроме традиционной ВП (начинать после первых ТИА), обязательно включалась антикоагулянтная терапия (гепарин-гирудотерапия), а также проводился отбор больных для нейрохирургического вмешательства с учетом степени стеноза магистральных сосудов во избежание неизбежной мозговой катастрофы.

При различных типах ИИ, чаще обусловленных стенозом (или окклюзией) магистральных сосудов (каротидных и др.), наряду с традиционной ВП (антиагрегантного действия) после стацлечения, первые 1—3 месяца включается антикоагулянтная терапия (плазминоген, гепарин, гирудин — пиявки на сосцевидные отростки, паравертебральные точки — Th_2 — Th_6), особенно эффективна при наличии венозного застоя в мозгу, частых гипертонических кризов и скрытого сахарного диабета, симпатико-адреналовых расстройств (чаще гиперкатехолемии) и при отсутствии показаний к хирургическому вмешательству.

При ЛИ вследствие дисциркуляторной энцефалопатии, обусловленных поражением мелких и средних артерий, показано сочетанное проведение традиционной ВП с повторными курсами гирудотерапии (область сосцевидных отростков) для частичной, а иногда и полной реканализации сосудов, о чем свидетельствовали данные УЗДГ и МРТ. Такие курсы проводятся от 3—4 до 5—10 раз в течение 6 месяцев после стацлечения с учетом наличия венозного застоя в мозгу, иногда скрытого диабета. Время и отбор больных для проведения ВП начинается через 1—2 недели после стацлечения, в том числе его повторения через 2—6 месяцев. Этим и отличается предложенный нами более эффективный комплексный подход к проведению ВП от традиционной.

УДК 616.831-006-06:612.014.482

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТОКОЛУ ДІАГНОСТИКИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧАЕС У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

*Н. Ю. Чупровська
ДУ «Науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,
м. Київ*

Розроблений у відділенні радіаційної психоневрології ДУ «НЦРМ НАМН України» протокол діагностики дисциркуляторної енцефалопатії у учасників ліквідації наслідків аварії (УЛНА) на ЧАЕС рекомендований для впровадження у діяльність медичних закладах трьох рівнів:

- перший рівень — поліклінічні відділення районних або міських лікувальних закладів;
- другий рівень — психоневрологічні кабінети обласних поліклінік, денні відділення для неврологічних та психоневрологічних хворих, неврологічні та психоневрологічні відділення обласних лікарень або обласних психоневрологічних диспансерів;
- третій рівень — спеціалізовані науково-дослідні інститути або центри.

Лікувальні заклади першого рівня згідно з Протоколом проводять:

1) клінічне нейропсихіатричне обстеження хворого (огляд невропатолога, психіатра, нарколога) на наявність скарг, збирання суб'єктивного та об'єктивного анамнезу, оцінку інтелектуально-мнестичної, рефлекторної, стато-