

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-

координаторної сфери, чутливості, стану вегетативної нервової системи свідомості, поведінки, сприйняття, мислення, емоційно-вольової сфери);

2) загальний аналіз крові та біохімічні дослідження (холестерин, глюкоза крові та ін.);

3) консультації спеціалістів: окуліст, ендокринолог, кардіолог.

Лікувальні заклади другого рівня здійснюють:

1) обстеження попереднього рівня;

2) дослідження мозкового кровообігу для оцінки гемодинаміки у церебральних судинах; ультразвукову доплерографію судин голови та шиї; реоенцефалографію;

3) загальний аналіз крові та біохімічні дослідження крові (холестерин та глюкоза крові, кортизол, гормони щитовидної залози (Т₃, Т₄, ТТГ) катехоламіни крові і сечі);

4) клінічне обстеження у спеціалістів: окуліст, ендокринолог, кардіолог за потребою.

5) нейропсиходіагностичне дослідження: когнітивні нейропсихологічні тести для об'єктивної оцінки пам'яті, уваги, темпу і швидкості психомоторних реакцій, розумової працездатності, інтелекту; визначання професійної придатності;

Лікувальні заклади третього рівня проводять:

1) обстеження попереднього рівня;

2) дослідження із застосуванням нейровізуалізаційних методів для об'єктивної оцінки структурних змін центральної нервової системи (за потребою): МРТ головного мозку (за необхідності — з внутрішньовенним контрастуванням); дистантну термотонографію;

3) отоневрологічне обстеження (вестибулометрія);

4) психофізіологічні дослідження для об'єктивної оцінки інформаційних і когнітивних процесів головного мозку.

За результатами проведених обстежень діагностується дисциркуляторна енцефалопатія з визначенням основного причинного фактору дисциркуляції та стадії захворювання.

Вказане має велике значення для застосування адекватної медикаментозної корекції та проведення заходів первинної і вторинної профілактики можливих ускладнень, що призводять до інвалідизації та дочасної смерті постраждалих.

УДК 616.831-0011.31:616.89-008.46

СТАН КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЛЕГКОГО ТА СЕРЕДЬНОГО СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ

В. М. Шевага, А. В. Паєнок, О. Я. Кухленко

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького*

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) сьогодні є однією з основних причин смерті та інвалідизації населення не лише в Україні, але й в країнах Західної Європи та США. Сьогодні не приділяється належної уваги проблемі посттравматичних когнітивних розладів.

Метою роботи було: вивчити стан когнітивних функцій у пацієнтів в гострому періоді ЧМТ легкого та середнього ступеня важкості за уніфікованими тестами діагностики стану когнітивних функцій (короткої шкали дослідження психічного статусу, батареї лобної дисфункції, тесту малювання годинника) та виокремити серед них найбільш чутливі для діагностики раннього посттравматичного когнітивного дефіциту.

Встановлено, що в гострому періоді ЧМТ легкого та середнього ступеня важкості у 83 % пацієнтів можна діагностувати синдром легких та помірних когнітивних розладів, який проявляється порушенням функціонування всіх трьох модально-специфічних і модально-неспецифічних блоків головного мозку з переважанням порушень в функціонуванні лобних ділянок кори головного мозку. Найбільш чутливими та ранніми проявами посттравматичної когнітивної дисфункції були порушення довільного відтворення мнестичного матеріалу, трюхетапної рухової програми,

реакцій простого та ускладненого виборів. Батарея лобної дисфункції серед трьох апробованих нейропсихологічних тестів виявилась найбільш чутливою для діагностики посттравматичного когнітивного дефіциту.

УДК 616.831-085.06

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В ДИНАМІЦІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

О. Б. Яремчук, Н. В. Васильєва, І. І. Кривецька, І. І. Білоус

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, цитофлавін, когнітивні функції

Зміни вищих мозкових функцій вважаються одними з найбільш достовірних клінічних критеріїв діагностики дисциркуляторної енцефалопатії (ДЕ). Важливим завданням при лікуванні хворих на ДЕ є обмеження поліпрагмазії, доцільно використання лікарських засобів з комплексним механізмом дії. Одним із таких препаратів є Цитофлавін — комплексний цитопротектор, що складається з природних метаболітів організму і вітамінів, містить бурштинову кислоту, інозин, нікотинамід та рибофлавіну мононуклеотид натрію, має антигіпоксемічну, антиоксидантну, нейро- і енергопротективну дію.

Нами вивчено вплив препарату «Цитофлавін» на показники когнітивних функцій у хворих на ДЕ. Проведено обстеження 38 хворих на ДЕ II стадії, що розвинулась на тлі церебрального атеросклерозу (ЦА) та поєднання ЦА з артеріальною гіпертензією (АГ) віком від 52 до 72 років. Усіх хворих за випадковим методом поділили на дві групи: 18 хворих I групи отримували стандартизоване медикаментозне лікування без застосування ноотропних препаратів, а 20 хворих II групи в комплексне лікування включали Цитофлавін у дозі 10 мл на 200 мл фізіологічного розчину в/в крапельно щоденно протягом 10 днів. Хворим не призначали інші препарати, які впливають на когнітивні функції (центральні інгібітори холінергастери, ноотропи).

Для оцінки когнітивних порушень використовували тест MMSE, дослідження розумової здатності за таблицями Шульте, пробу на запам'ятовування 8 чисел і 10 слів, дослідження розумової працездатності за методикою «Серійний рахунок 100 – 7», тест кодування та шкалу пам'яті Векслера (WMS-R).

У хворих на ДЕ II стадії в обох групах після лікування вірогідно покращилась увага та здатність до здійснення рахунку за тестом Крипеліна: на 15,7 % у хворих, що отримували базисне лікування та на 27,0 % у групі хворих, які отримували Цитофлавін. У II групі хворих після лікування істотно збільшилась швидкість відшукування чисел в таблиці Шульте на 26,8 % та в таблиці Горбова на 14,8 %, що свідчить про поліпшення стійкості та швидкості переключення уваги, а також про покращання розумової працездатності хворих. У групі хворих, що отримували базисне лікування, спостерігалась лише тенденція до покращання цих показників. Окрім того, в групі хворих, що отримували Цитофлавін, спостерігалось істотне покращання короточасної та довготривалої пам'яті, про що свідчить збільшення кількості слів, відтворюваних після першого зачитування на 22,4 % і через годину після заучування на 28,5 %.

При визначенні когнітивних викликаних потенціалів у обстежених хворих до лікування показник пізнього компонента P300 складав в середньому 420 мс, після лікування в першій групі виявлено зменшення латентного періоду компонента P300 на 8,6 %, а в другій — на 10,8 %.

Таким чином, у хворих на ДЕ II стадії комплексне лікування із застосуванням Цитофлавіну призводить до істотного покращання показників уваги, короточасної та довготривалої пам'яті, що підтверджується зменшенням латентного періоду компонента P300 при дослідженні когнітивних викликаних потенціалів.