

21 пацієнт (67,7 %) з рефлекторними синдромами: люмбаго і люмбоішіалгією, другу — 10 пацієнтів (32,3 %) з ознаками компресійної радикулопатії.

За результатами дослідження в усіх без винятку пацієнтів відзначався біль різного ступеня вираженості. У 6 осіб біль локалізувався в поперековій ділянці хребта, виникав гостро чи поступово протягом кількох днів в основному після фізичного перевантаження, різкого руху або переохолодження. У інших 15 хворих поперековий постійний біль іррадіював переважно по задньо-боковій поверхні однієї ноги та підсилювався під час рухів.

У 10 хворих з ознаками компресійної радикулопатії окрім болю спостерігався неврологічний моторний та (або) сенсорний дефіцит, часто — вегетативно-трофічні розлади в зоні, іннервованій ураженим корінцем. Слід зазначити, що в процесі дослідження констатувались випадки компресійної радикулопатії з вираженим дефіцитом функції корінців (8 осіб), який не корелював зі змінами міжхребцевих дисків на МРТ (наявністю великих гриж міжхребцевих дисків).

Таким чином, поряд з теорією про власне компресію спинномозкового корінця грижею міжхребцевого диску можна думати про існування іншого механізму ураження спинальних корінців. А саме, за рахунок антигенних властивостей гістаміноподібних речовин, які утворюються внаслідок порушень перобігу метаболічних процесів у сполучній тканині дисків, виникають імунологічні розлади, які активізують розвиток асептичного запалення у корінці. Врахування цього патогенетичного аспекту дасть змогу ефективніше застосовувати патогенетично обґрунтовані методи лікування такої категорії хворих.

УДК 616.831-005,1-053.86

#### ЛЕТАЛЬНІ ВИПАДКИ ІНСУЛЬТУ В МОЛОДОМУ ВІЦІ

*Зозуля І. С., Мардзвік В. М.*

*Національна медична академія післядипломної освіти  
ім. П. Л. Шупика, м. Київ*

*Ключові слова:* молодий вік, фактори ризику, ішемічний інсульт, геморагічний інсульт, летальність

Інсульт у осіб молодого віку в клінічній практиці спостерігається досить часто, проте більшість досліджень спрямована на вивчення захворюваності інсультом у популяції в цілому, без вікової орієнтації.

Проаналізовано 127 історій хвороб осіб молодого віку (20—45 років), що були госпіталізовані у відділення судинної нейрохірургії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги протягом 6-ти років (2004—2009 рр.) і померли внаслідок церебрального інсульту того чи іншого типу.

Середній вік становив у чоловіків  $34,75 \pm 3,2$  роки, у жінок  $32,25 \pm 3,9$  роки. Чоловіки складали 70 % (89), жінки — 30 % (38). Ішемічний інсульт діагностовано у 21 (17 %), а геморагічний інсульт — у 106 (83 %) померлих. Серед усіх пацієнтів ішемічний інсульт в чоловіків був у 15 випадках та у 6 жінок. Геморагічний інсульт був у 74 представників чоловічої статі і 32 — жіночої. Переважна більшість пацієнтів надійшли до приймального відділення каретою швидкої медичної допомоги. Слід зазначити, що майже 90 % хворих надійшли в перші 6 годин від початку захворювання при цьому тривалість транспортування не перевищувала однієї години. В основному свідомість пацієнтів була порушена — від сопору до глибокої коми. Були виявлені певні недоліки надання медичної допомоги на догоспітальному етапі у вигляді відсутності введення повітроводу, венепункції, надмірне зниження артеріального тиску, введення гіпертонічних розчинів глюкози та поліпрагмазія. Основними факторами виникнення церебрального інсульту були гіпертонічна хвороба II ступеня 22 (17,3 %), симптоматична артеріальна гіпертензія 45 (35,4 %), аномалії розвитку судин головного мозку 17 (13,4 %), прийом алкоголю і наркотиків майже у 22 (17,3 %) випадків. Усі випадки симптоматичної артеріальної гіпертензії мали ниркову природу, а саме 7 (5,5 %) пацієнтів страждали на

хронічний гломерулонефрит і решта — 38 (29,9 %) на хронічний пієлонефрит. Аномалії судин головного мозку у вигляді мішкоподібних аневризм та артеріовенозних мальформацій зайняли провідне місце серед причин геморагічного інсульту, особливо в поєднанні з гіпертонічною хворобою або симптоматичною артеріальною гіпертензією. Взагалі, кардіоемболічний підтип ішемічного інсульту зафіксовано у 15 (11,8 %) пацієнтів, з них ревматичної природи — в 6 випадках, атеросклерозу — в 4 і внаслідок порушення ритму серця у вигляді миготливої аритмії в 5 померлих. Також під час секції виявлено 5 (3,9 %) випадків відкритого овального отвору у 3 чоловіків і 2 жінок, який прижиттєво не був діагностований в поєднанні із тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок. Основним ускладненням церебрального інсульту був набряк та набухання речовини головного мозку і його оболонок, що спостерігався майже в 57 (44,8 %) випадків. Не менш важливим залишаються порушення функції внутрішніх органів у вигляді інфаркту міокарда 3 (2,5 %), набряку легень 21 (16,5 %) та інфекційно-запальних ускладнень — пневмонії 23 (18 %), запальних процесів сечовивідних шляхів, як причини гострої ниркової недостатності в 12 (15 %) випадків.

Незалежно від типу інсульту більш висока захворюваність та летальність спостерігається у чоловіків по відношенню до жінок.

Важливу роль серед причин церебрального інсульту відіграє вроджена патологія судин головного мозку, вроджені вади серця, васкуліти, зловживання алкоголем та наркотична залежність.

Можливими причинами негативних наслідків є несвоєчасне звернення за медичною допомогою, тривале транспортування хворого, недотримання тимчасових стандартів надання першої медичної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах.

УДК 616.832-004.2-073.756.8-08

#### ОСОБЛИВОСТІ АКТИВНОСТІ ДЕМІЄЛІНІЗУЮЧОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ ТА ШЛЯХИ ЙОГО КОРЕКЦІЇ

*Т. О. Кобись, О. А. Мязовицька, С. Сепехрі*

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,  
м. Київ*

*Ключові слова:* активність демієлінізуючого процесу, кількість загострень, МР-спектроскопія, імуномодельюча терапія

Розсіяний склероз є найпоширенішою неврологічною патологією серед молодих дорослих людей. Численні міжнародні багаточентрові дослідження свідчать про те, що вже на ранніх стадіях захворювання активність аутоімунного запального процесу визначає розвиток незворотних змін в аксонах, що в майбутньому визиває розвиток стійкої непрацездатності у пацієнтів. За допомогою магнітно-резонансного томографічного дослідження (МРТ) можлива об'єктивізація активності демієлінізуючого процесу при застосуванні внутрішньовенного контрастного посилення. Протонна магнітно-резонансна спектроскопія (МРС) дозволяє оцінити біохімічні порушення, що виникають в осередках. Як окремі препарати впливають на активність демієлінізуючого процесу, що підтверджується методами клінічної оцінки та сучасними методами нейровізуалізації (МРТ, МРС), в Україні не досліджувалось.

Метою роботи було підвищення рівня діагностики активності демієлінізуючого процесу при розсіяному склерозі на підставі комплексного клініко-неврологічного і МРТ-досліджень та збільшення ефективності лікування засобами патогенетичної терапії.

Протягом двох років обстежено 129 хворих з рецидивуючо-ремітуючим перебігом розсіяного склерозу віком від 19 до 42 років. До призначення курсу превентивної терапії всім хворим було проведено МРТ-обстеження головного мозку з контрастуванням, в тому числі 50 хворим — МРС. Протягом двох років 43 хворим застосували інтерферон  $\beta$ -1в (бетаферон 0,3 мг), 29 — глатирамера ацетат (копаксон 20 мг), 17 — інтерферон  $\beta$ -1а (ребіф 44 мкг). За розширеною

шкалою інвалідизації (EDSS) її ступінь складав в 1 групі пацієнтів, що отримували бетаферон,  $3,7 \pm 0,3$  бали до лікування,  $3,5 \pm 0,3$  бали в 2 групі, що отримували копаксон,  $3,5 \pm 0,4$  бали, в 3 групі, що отримували ребіф,  $3,5 \pm 0,3$  бали в 4 групі, що не отримували патогенетичної терапії. Середня частота загострень складала до лікування в 1 групі  $1,35 \pm 0,6$  на рік, 2 групі —  $1,45 \pm 0,7$  на рік, в 3 групі —  $1,35 \pm 0,6$  на рік, в 4 групі —  $1,32 \pm 0,5$  на рік, в 4 групі —  $1,45 \pm 0,6$  на рік.

На тлі імуномодельючої терапії зменшилась кількість загострень. За результатами проведених досліджень через 2 роки від початку лікування середня частота загострень складала в 1 групі  $0,61 \pm 0,3$  ( $p = 0,05$ ) за рік, в 2 групі —  $0,65 \pm 0,3$  ( $p = 0,05$ ), в 3 групі —  $0,75 \pm 0,3$  ( $p = 0,05$ ), в 4 групі пацієнтів, що не отримували патогенетичного лікування, кількість загострень збільшилась і складала  $1,65 \pm 0,3$  на рік.

Через 2 роки від початку лікування в 1 групі пацієнтів кількість осередків, що накопичують контраст, збільшилась на 22,5 %, в 2 групі — на 22,5 %, в 3 групі — на 22,5 %, в 4 групі — на 45,5 %. За даними МРС достовірно зростає показник N-ацетиласпартату ( $p = 0,05$ ) в групі пацієнтів, які отримували бетаферон і копаксон протягом 2 років, що вказувало на відновлення функції уражених нейронів і підтверджувало нейропротективні ефекти препаратів. Також зареєстровано зменшення піків холіну та лактату в групах пацієнтів, які отримували імуномодельючу терапію, що вказувало на зниження активності демієлінізуючого процесу.

Таким чином, при рецидивуючо-ремітуючому перебігу розсіяного склерозу препарати імуномодельючої терапії достовірно знижують кількість загострень і зменшують активність демієлінізуючого процесу за даними МРТ. При МРС-дослідженні на тлі лікування зареєстрована тенденція до нормалізації співвідношень метаболітів мозку.

УДК 616.742.3-007.681-021.5-092

#### ВТОРИННА КОНТРАКТУРА МІМІЧНИХ М'ЯЗІВ: ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

*О. І. Коленко, Ф. Г. Коленко*

*Сумський державний університет*

*Ключові слова:* мімічні м'язи, вторинна контрактура, лікування

Невропатія лицевого нерва — одна з актуальних проблем неврології. Лікування хворих залишається незадовільним: у 20,8—32,2 % хворих виникає ускладнення — постневритична контрактура мімічних м'язів.

Нами проведено обстеження і лікування 12 хворих віком 23—60 років (чоловіків було 3 (25 %), жінок — 9 (75 %)) з постневритичною контрактурою мімічних м'язів з односторонньою локалізацією процесу та класичними клінічними проявами. При обстеженні хворих ми використовували методику кінестезичної пальпації мімічних м'язів, яка у динаміці захворювання свідчить про стан мімічної мускулатури на різних етапах процесу. Досліджували тургор, еластичність шкіри, трофіку м'язів, їх механічну збудливість, болючість при пальпації. Прогностичною ознакою розвитку контрактури є підвищена механічна збудливість гіпертонусів і різка болючість при їх розтягненні. Формування клінічних ознак контрактури супроводжується ниючим болем у обличчі, відчуттям стягування, поступово розвиваються гіперкінези м'язів. Для вторинної контрактури мімічних м'язів характерна наявність м'язового спазму — мимовільних скорочень м'язів.

Пацієнтам проводили медикаментозну терапію, фізіотерапевтичне лікування за індивідуальними програмами, які передбачали використання судинних препаратів, міорелаксантів, вітамінотерапії та ін. Мануальну терапію проводили з використанням постізометричної релаксації (ПІР) уражених м'язів на різних стадіях контрактури. Загальноприйнята методика ПІР адаптована для лікування хворих з постневритичною контрактурою. Нами констатовані релаксуючий та анальгезуючий ефекти ПІР. В усіх хворих ми спостерігали позитивні результати лікування.

УДК 616.832-004.2-084:612.14.482

#### ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УДОСКОНАЛЕННЯ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ, ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ЧОРНОБИЛЬСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

*О. О. Колосинська, В. А. Піщиков, К. М. Логановський*  
*ДУ «Науковий центр радіаційної медицини НАМН України»,*  
*Національна медична академія післядипломної освіти*  
*ім. П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ*

*Ключові слова:* розсіяний склероз, медичні наслідки Чорнобильської катастрофи, організація лікувально-профілактичної допомоги

Надання медичної та соціальної допомоги хворим на розсіяний склероз є однією з найважливіших проблем сучасної неврології, що обумовлене другим місцем цієї недуги серед неврологічних хвороб як причини інвалідизації населення України.

На сьогоднішній день в Західних і Північних регіонах України, що забруднені радіонуклідами внаслідок Чорнобильської катастрофи, склалася ситуація коли має місце суттєве збільшення захворюваності на розсіяний склероз. За результатами досліджень іноземних та вітчизняних вчених в галузі клінічної радіобіології склалася думка що наявності демієлінізуючої дії малих доз іонізуючого випромінювання. В той же час в медичних закладах, що опікують постраждалих (в першу чергу, обласні диспансери радіаційного захисту населення), відсутня науково обґрунтована система організації надання лікувально-профілактичної допомоги цій категорії хворих. Регіональні центри розсіяного склерозу не мають можливостей вирішити поставлене питання для всього постраждалого населення. Існуюча система соціального захисту (встановлення зв'язку з наслідками впливу аварії на ЧАЕС — Наказ № 150 МОЗ України) не передбачає допомогу хворим на демієлінізуючі захворювання нервової системи.

Основним напрямком вирішення цього складного питання є створення і запровадження системної організації надання лікувально-профілактичної допомоги та реабілітації для хворих на розсіяний склероз, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, що включає первинний, спеціалізований та високоспеціалізований етапи.

*Первинний етап* передбачає підвищення кваліфікації та обізнаності лікарів-неврологів як із питань сучасного стану діагностики та лікування розсіяного склерозу взагалі, так із радіаційно-асоційованої патології нервової системи у постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи. *Спеціалізований етап* включає надання лікувально-профілактичної допомоги хворим на розсіяний склероз, постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи, на рівні обласних диспансерів радіаційного захисту населення, регіональних центрів розсіяного склерозу, обласних лікарень і поліклінік. *Високоспеціалізований етап* включає, окрім консультативної-діагностичної та лікувальної допомоги, науково-методологічний супровід надання лікувально-профілактичної допомоги та реабілітації для хворих на розсіяний склероз, постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи, на базі ДУ «НЦРМ АМН України». Всі етапи мають бути взаємодоповнюючими у рамках досягнення основної мети — покращання та оптимізації надання медичної допомоги хворим на розсіяний склероз, постраждалим внаслідок Чорнобильської катастрофи.

УДК 616. 833. 17:616.74-009.54-073.97

#### ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ВАЛАЦИКЛОВІРУ У ХВОРИХ З СИНДРОМОМ РАМЗЕЯ — ХАНТА

*І. І. Кривецька, В. М. Пашковський,*  
*О. Б. Яремчук, О. О. Жуковський*

*Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці*

*Ключові слова:* синдром Рамзея — Ханта, валацикловір

Лікування невропатій лицевого нерва (ЛН) залишається однією з найбільш актуальних проблем клінічної неврології, оскільки вона займає друге місце серед захворювань периферичної нервової системи і одне з перших місць серед