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

На тлі імуномоделюючої терапії зменшилась кількість загострень. За результатами проведених досліджень через 2 роки від початку лікування середня частота загострень складала в 1 групі 0,61 ± 0,3 (p = 0,05) за рік, в 2 групі — 0,65 ± 0,3 (p = 0,05), в 3 групі — 0,75 ± 0,3 (p = 0,05), в 4 групі пацієнтів, що не отримували патогенетичного лікування, кількість загострень збільшилась і складала 1,65 ± 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 зростав показник N-ацетіласпартату (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 імуномоделюючу терапію, що вказувало на зниження активності демієлінізуючого процесу.

Таким чином, при рецидивуючо-ремітуючому перебігу розсіяного склерозу препарати імуномоделюючої 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 однобічною 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 аналгезуючий 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 щодо наявності демієлінезуючої 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