

ядрами. Цитоплазма більшості нейронів — набухша з явленнями распаду нислевського речовини. Апікальні відростки нейронів ізвиті, іноді со вздуттями. Орієнтація більшості нейронів порушена. Відокремлені нейрони в стані гідропічної дистрофії. В суб-епідимальному зоні півкуль виявляються незрілі клітини, розташовані дифузійно або в формі очагів з обилієм тигроїдних включень. Місцями такі клітини диференціюються до спонгіобластів і утворюють пограничний шар між епідимальною зоною і підлеглим білим речовиною. Відзначається зменшення кількості грушеподібних нейронів, багато з них з явленнями распаду нислевського речовини. Відзначаються порушення гемодинаміки в межах прекапілярів і капілярів, нерівномірне повнокров'я судин, чергуються з ділянками ішемії; стази крові в судинах. В стінках малих судин зміни типу мукоїдного набухання і проліферації ендотелію.

Описані зміни являються морфологічним підтвердженням впливу хронічної внутрішньочеревної гіпоксії на мозок плода, обумовленої екстрагенітальною і акушерською патологією у матері в час вагітності. Ці зміни в мозку новонароджених являються наслідком змін і в плаценті матері з даною екстрагенітальною і акушерською патологією.

При дослідженні плаценти у цих жінок нами були виявлені наступні морфологічні зміни: порушення кровообігу в децидуальному оболонці, ветвістої частини хоріона і хоріальної пластини в формі різкого повнокров'я судин, тромбозу судин з наступними інфарктами; очагові дистрофічні зміни в децидуальному оболонці, в синцитіотрофобласті і стромі ворсинок, ділянки некрозу і некробиозу клітин. Спостерігаються і запальні зміни ветвістої частини хоріона, хоріальної пластини і децидуальному оболонці, так звані очагові плацентити.

Крім загальних морфологічних змін кожну окрему частину виду патології вагітності присущі свої характерні ознаки, які від ступеня тяжкості перебігу екстрагенітальної і акушерської патології залежать від взаємозв'язку між — плацентою — плодом. По змінам в плаценті можна в певній ступені прогнозувати розвиток головного мозку новонароджених, а в подальшому і у дітей першого року життя.

Проведені дослідження будуть сприяти розробці заходів профілактики уражень нервової системи внутрішньочеревно, т. є. покращити антенатальну охорону плода.

УДК 616.833.53-085.814.1

ЛІКУВАННЯ ВТОРИННОЇ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОЇ РАДИКУЛОПАТІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ КОМПЛЕКСНИХ БЛОКАД

Ю. Г. Прасол, Н. В. Васильєва

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: комплексні блокади

Проведено лікування 272 хворих з загостренням вторинної попереково-крижової радикулопатії на тлі остеохондрозу віком від 23 до 76 років. На МРТ чи КТ виявлені ознаки протрузій або кил міжхребцевих дисків на рівні L₄ — L₅ та L₅ — S₁ сегментів.

До складу блокад входили новокаїн або лідокаїн, діпропан, моваліс, алфлутоп. В окремих випадках додатково застосовували мільгаму, нейромідін, лідазу, дискус композитум, траумель. Лікування блокадами проводили через 7 днів переважно 3 рази, інколи 5 разів. Крім паравертебральних блокад робили блокади за Каталеном. В результаті у 71 % хворих констатували видужання, у 16 % випадків — покращання та у 13 % — відсутність ефекту.

Наведені дані дозволяють рекомендувати проводити лікування загострень вторинних попереково-крижових радикулопатій із застосуванням вказаних комплексних блокад.

УДК 616.831-005-06

ДО ПИТАННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

О. Р. Пулик, М. В. Гирявець

Ужгородський національний університет

Ключові слова: інсульт, якість життя, когнітивні порушення

Оцінка якості життя як інтегрального показника фізичного, соціального, емоційного та психологічного функціонування хворого з цереброваскулярною патологією стала невід'ємним елементом клінічної неврології. В Україні та світі цереброваскулярні захворювання мають тенденцію до зростання. Захворюваність на мозковий інсульт на Закарпатті складає 1836 на 1000 д. н., смертність 292 на 1000 д. н., смертність в працездатному віці — 118 на 1000 д. н. Хворі, що вижили після інсульту, зазнають грубого каліцтва і лише 20—30 % з них повертається до праці, більша ж частина залишаються залежними від сторонньої допомоги. Очевидно, що інсульт змінює не тільки фізичний і психічний стан хворого, але і впливає на його місце і роль у суспільстві, змінюючи таким чином його якість життя. Визначення якості життя хворих, що перенесли інсульт, надасть повний спектр даних про процес одужання і допоможе оцінити адекватність та своєчасність надання медичної допомоги.

Мета дослідження: оцінка якості життя у хворих, жителів м. Ужгорода, що перенесли мозковий інсульт

Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження хворих, що перенесли інсульт в період з вересня 2007 р. до серпня 2008 р. та перебували на диспансерному обліку в поліклініках м. Ужгород. Магнітно-резонансна та/або комп'ютерна томографія головного мозку була виконана всім хворим для верифікації діагнозу інсульту та його локалізації. Дані клініко-неврологічного обстеження вносили до «Анкет хворих, що перенесли інсульт», розроблених працівниками кафедри. Статистичний аналіз проводили з використанням пакету статистичних програм «Статистика 2007» на персональному комп'ютері з програмним забезпеченням Майкрософт ХР.

Нами було обстежено 212 хворих, серед яких 116 (54,7 %) чоловіків та 96 жінок (45,3 %). Середній вік чоловіків становив 62 ± 2,4 роки, жінок — 65 ± 2,8 років. Серед 212 інсультів виявлено 154 ішемічних інсультів (72,6 %) та 58 — геморагічних (27,4 %). Найчастіше наслідок мозкового інсульту уражалася ліва півкуля — 104 випадки (49 %), права — 84 (39,6 %) випадки, стовбур мозку — 16 випадків (7,5 %), мозочок — 8 випадків (3,9 %). Серед факторів ризику інсульту гіпертонічна хвороба склала 67,8 %, ішемічна хвороба серця — 57,1 %, серцеві аритмії — 31,4 %, ТІА — 17,2 %, перенесені мозкові інсульти — 12,1 %, цукровий діабет — 11,2 %. За Скандинавською шкалою виражений неврологічний дефіцит спостерігався у 10,4 %, помірний — у 21,1 %, легкий — у 68,5 % хворих. Когнітивні порушення різного ступеня спостерігались у 56 % хворих. За Геріатричною шкалою депресії (GDS) середній бал був 7,2 ± 1,2 бала. За тестом диференційної самооцінки функціонального стану середній бал склав 2,9 ± 0,7: самопочуття — 3,2 ± 0,4, активність — 2,8 ± 0,6 і настрої — 2,6 ± 0,5 бала.

Висновки:

1. У більшості хворих після перенесеного інсульту зберігається помірний неврологічний дефіцит
2. Основна маса хворих скаржить на погане самопочуття, зниження рухової активності та настрою.
3. Когнітивні порушення відмічаються у більшій половині хворих.