

УДК: 616-036.82/86:053.2/.6-616.8-099.11

А. М. Ненько, М. В. Сиротюк, С. В. Власенко, А. В. Хащук  
Евпаторійський центральний дитячий клінічний санаторій  
Міністерства оборони України

**НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ  
ПРЕДПОСЫЛКИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕДУЩЕЙ КОНТРАКТУРЫ  
ПРИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
И ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ  
С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ**

Правильно выбранная и выполненная операция больному ребенку с детским церебральным параличом (ДЦП), обеспеченная комплексом последующих реабилитационных мер, может дать высокий функциональный и психологический эффект.

Цель данного исследования состояла в определении ведущей контрактуры.

Мы располагаем данными биомеханической и иннервационной структуры ходьбы 280 больных детей со спастической диплегией ДЦП. Возраст больных детей составил 8—10 лет. Характер контрактур был типичным для этой формы ДЦП, степень тяжести — средняя и тяжелая. Все больные передвигались с помощью ортопедических средств. Проводилось клиническое обследование, на биомеханическом комплексе ИКИХ-6, электромиографе «Диза». Определяли количественную регистрацию фаз шага, движения в суставах, работу мышц нижних конечностей и ведущие контрактуры в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах.

Установлено, что ходьба больных детей со спастической диплегией ДЦП совершается по той же схеме, что и у здоровых детей. При ходьбе больных детей в 2—2,5 раза медленнее, чем в норме, осуществляется перекат через передний отдел стопы, в 3 раза укорачивается время опоры на пятку, на треть уменьшается время переноса конечности над опорой. Амплитуда движений в суставах также значительно уменьшается. Так, в тазобедренном суставе она составляла 18—20° (при норме в 40—45°), коленном 23—28° (в норме 31—32°), голеностопном 14—19°, при норме около 25°. Электрическая активность спастических мышц при ходьбе в 1,8 раза превышает активность нормальных мышц, причём наименьший прирост активности даёт икроножная мышца (5 % относительно нормы), наибольший — прямая мышца бедра (31,4 %). Установлена и другая особенность: мышцы-антагонисты бедра и голени напрягаются почти одновременно, преимущественно в фазу опоры на ногу.

На основании данных обследования и клинических тестов определяли ведущие контрактуры. В области тазобедренных суставов: сгибательные, ректус-синдромы, приводящие и ротационные контрактуры. Сгибательные контрактуры были обусловлены гиперспастичностью (30 % случаев) или истинной контрактурой (60 % случаев) мышц сгибателей бедра: портняжной, напрягающей широкую фасцию, прямой и подвздошно-поясничной.

Определяли ведущую контрактуру с помощью ряда клинических тестов и диагностических приемов, основанных на нестабильности укороченных, контрагированных мышц бедра к эластичному растяжению.

Определение ведущей контрактуры коленного и голеностопного суставов основано на клинических тестах гиперспастичности внутренних и наружных сгибателей голени, а также гипертонусе трехглавой мышцы голени с одновременно вторичным парезом или параличом тыльных разгибателей стопы.

Эффективность хирургического лечения и медико-социальной реабилитации больных детей с ДЦП во многом зависит от того, насколько диагностически точно определена основная причина патологической позы — ведущая контрактура, которая может определяться в области тазобедренных, коленных и голеностопных суставов.

УДК 616.89-008.47:001.8

С. А. Павлович\*, В. Ф. Безруков\*, Л. Н. Пайкова\*\*

\* Киевский национальный университет имени Тараса Шевченко,  
\*\* ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины» (г. Харьков)

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЕНОТИПИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ  
В ПОПУЛЯЦИОННЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ  
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛОВЕКА**

Известно, что патологические состояния у человека формируются под влиянием различных генетических и средовых факторов. Для оценки вклада генетических факторов

в формирование патологий в популяционных исследованиях используют ряд маркеров, которые находятся под генетическим контролем, и достаточно просто определяются (Булаева, 1991), что позволяет обследовать достаточно большие выборки.

В качестве таких маркеров используются следующие фенотипические признаки: способность ощущать горький вкус фенилтиокарбамида — ФТК (наличие — отсутствие); способность складывать язык в трубочку (наличие — отсутствие); преобладающая рука (праворукость — леворукость); линия роста волос по срединной линии лба (плавная — ломаная); форма мочки уха (свободная — промежуточная — приросшая); цвет и форма волос (светлые — темные); цвет глаз (светлые — темные); форма мизинца (прямой — изогнутый) и др. В настоящее время установлена четкая генетическая детерминация только для некоторых признаков. В частности, способность к ощущению ФТК ассоциирована с геном hTAS2R38, локализованным в 7-й хромосоме (7q35-36). Для остальных признаков предполагается полигенная или олигогенная природа наследования.

Для определения популяционных частот данных признаков провели исследование школьников юго-западного (г. Каменец-Подольский) и студентов центрального (г. Киев) регионов Украины. Частоты характеризуются стабильностью во времени: так, в популяции Каменца-Подольского с 1986 по 2004 г. эти частоты практически не изменились. Показано также, что частоты большинства признаков не зависят от пола. При сравнении школьников и студентов не выявлено статистически значимых отличий по частоте таких признаков, как способность ощущать горький вкус ФТК, способность складывать язык в трубочку, и праворукость — леворукость. Поэтому данные признаки были отобраны для сравнения частот в различных группах. Остальные признаки по своим частотам достоверно отличались в выборках студентов и школьников, что можно объяснить в первую очередь особенностями выборки.

На базе Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 и ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (Харьков) были обследованы пациенты с аддиктивным поведением (патологическим влечением к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным веществам — F 10 — F 19), пациенты с фобическими расстройствами, в том числе социофобиями — F 40; пациенты с различным течением эпилепсии (расстройством личности и поведением вследствие эпилепсии с генерализованными судорожными припадками и изменениями личности по эпи-типу; лёгким когнитивным расстройством вследствие эпилепсии — F 07.83; F 02.83; F 06.803 и др., с преобладанием в анамнезе черепно-мозговых травм) и пациенты с биполярным аффективным расстройством — F 31. По праворукости — леворукости и способности складывать язык в трубочку при сравнении контрольных выборок с группами лиц с патологиями достоверных отличий не наблюдали ( $p > 0,05$ ).

Приближаются к уровню статистической значимости различия по частоте не ощущающих горький вкус в группе школьников (0,428), лиц с аддикциями (0,557) и лиц с фобическими расстройствами (0,154). Частота способности к ощущению горького вкуса ФТК у пациентов с аддикциями и фобиями существенно различается ( $\chi^2 = 5,62$ ;  $p > 0,05$ ).

Таким образом, способность к ощущению горького вкуса ФТК оказалась наиболее информативным маркером среди других фенотипических признаков в популяционных исследованиях патологических состояний человека.

УДК:616.831-005.1-092-08-008.19-02

Пасенок А. В., Кухленко Р. В., Кухленко О. Я.

Львівський національний медичний університет  
ім. Данила Галицького (м. Львів)

**ЗНАЧЕННЯ ГУМОРАЛЬНИХ ПОКАЗНИКІВ ЗАПАЛЕННЯ  
ДЛЯ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЇ ДЕПРЕСІЇ**

Метою роботи було оцінити значення гуморальних факторів запалення для прогнозування розвитку післяінсультної депресії в гострий та ранній відновний період ішемічного інсульту.

Обстежено 28 пацієнтів: 10 жінок та 18 чоловіків, віком 45—64 років з первинним церебральним ішемічним інсультом (II) різної локалізації, які були обстежені в гострий (14 добу) та ранній відновний період (3 місяці після перенесеного первинного II) і отримували базисну терапію. У дослідження не включали пацієнтів з вхідним рівнем свідомості менш 10 балів за шкалою ком Глазго та афазією. Ступінь неврологічного дефіциту при надходженні за NIHSS становив  $11,4 \pm 1,6$  бали.