

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

А. М. Ненько, М. В. Сиротюк, С. В. Власенко, А. В. Хашук
Евпаторийский центральный детский клинический санаторий
Министерства обороны Украины

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 олиогенная 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 поведения 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.

Нейропсихологічне обстеження передбачало оцінку та збір даних спеціального анамнезу, тестування за шкалою депресії Гамільтона. Діагностичку депресивних розладів проводили за критеріями DSM-IV. Стан гуморальних факторів запалення оцінювали за рівнем сироваткового інтерлейкіну-6 (ІЛ-6), С-реактивного білка (СРБ) та концентрацією метаболітів оксиду азоту (нітрит-аніону). Рівень сироваткового ІЛ-6 визначали імуноферментним методом, концентрацію СРБ визначали латексним методом, рівень нітрит-аніону — спектрофотометричним методом на основі реакції з реактивом Гріса.

На 14 день обстеження після початку захворювання у пацієнтів з ІІ середній бал за шкалою Гамільтона становив $12,9 \pm 1,5$, у 31 % з них депресивні розлади відповідали критеріям DSM-IV для постановки діагнозу депресія. На 3 місяць після перенесеного ІІ середній бал за шкалою Гамільтона в пацієнтів даної групи становив $14,5 \pm 1,1$, у 35 % з них була діагностована післяінсультна депресія за критеріями DSM-IV.

Виявлена позитивна динаміка вмісту СРБ в сироватці крові. Так, на 14 добу захворювання вміст СРБ становив $12,76 \pm 1,71$ мг/л, на 3 місяць знизився практично до референтних показників норми і становив $7,62 \pm 1,08$ мг/л ($p < 0,05$). Коефіцієнт кореляції концентрації СРБ з сумарним балом за шкалою Гамільтона на 14 добу та 3 місяць був слабким ($r = +0,24$ та $r = +0,17$, відповідно). На 14 добу після початку ІІ спостерігалось підвищення вмісту ІЛ-6 ($22,57 \pm 2,72$ пг/мл), яке утримувалося на 3 місяць після інсульту — $13,15 \pm 1,34$ пг/мл. Високі сироваткові концентрації ІЛ-6 на 3 місяць після перенесеного ішемічного інсульту спостерігались у 92 % пацієнтів, в яких була виявлена депресія за критеріями DSM-IV і в даній категорії пацієнтів в середньому становили $16,28 \pm 1,61$ пг/мл. Коефіцієнт кореляції концентрації даного цитокіна в сироватці крові з сумарним балом за шкалою Гамільтона становив $+0,73$. Аналогічна динаміка виявлена і для концентрації нітрит-аніону в сироватці крові. На 14 добу лікування в стаціонарі концентрація нітрит-аніону в крові становила $5,83 \pm 0,76$ мкмоль/л, на 3 міс — залишалась достовірно високою і без достовірної різниці у порівнянні з 14 днем — $5,33 \pm 0,72$ мкмоль/л ($p < 0,05$). Коефіцієнт кореляції сироваткового нітрит-аніону на 3 місяць після ІІ з оцінкою депресії за шкалою Гамільтона становив $+0,70$.

Гострий та ранній відновний період ішемічного інсульту характеризуються розвитком запальних реакцій, які проявляються змінами в гуморальній ланці імунітету, зокрема підвищенням концентрації С-реактивного білка, ІЛ-6 та метаболітів оксиду азоту. У пацієнтів з ранніми післяінсультними депресивними розладами характерним є підвищення рівня ІЛ-6 та нітрит-аніону в гострий та ранній відновний період ішемічного інсульту, що корелювало з рівнем депресії за шкалою Гамільтона. Визначення концентрації ІЛ-6 та сумарний метаболітів оксиду азоту можна використовувати для прогнозу розвитку ранніх післяінсультних депресивних розладів.

УДК 616.833-002-009.11-031.1

Пелехова О. Л.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

СИНДРОМ МИЛЛЕРА — ФИШЕРА, НЕОБЫЧНЫЙ ВАРИАНТ ОСТРОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ

Синдром Миллера — Фишера (СМФ) — идиопатическая аутоиммунная нейропатия, характеризующаяся в типичных случаях триадой симптомов: офтальмоплегией, атаксией, арефлексией. СМФ считается одной из разновидностей синдрома Гийена — Барре (СГБ). СМФ является редким заболеванием с частотой встречаемости 1—2 случая на 1 млн человек в год, может развиваться в любой возрастной группе, включая детей, у мужчин встречается в два раза чаще.

В ряде случаев началу заболевания предшествует ранее перенесенная респираторная или желудочно-кишечная инфекция, активная герпесвирусная инфекция (цитомегаловирус, вирус Эпштейна — Барра, вирус простого герпеса 1 тип), иногда заболевание развивается на фоне полного благополучия.

Дебютирует остро развившимся двоением в глазах, которое прогрессивно нарастает и может закончиться полной офтальмоплегией. В дальнейшем присоединяется атаксия в конечностях, нарушение акта ходьбы без мышечной слабости и чувствительных расстройств. К 5—10 дню развивается полная клиническая картина в виде офтальмоплегии, атаксии, арефлексии, у большинства пациентов отмечается односторонний или двусторонний птоз. Чаще всего заболевание имеет монофазное

доброкачественное течение, восстановление начинается в пределах 2—4 недель после появления первых симптомов и может полностью регрессировать в течение 6 месяцев. Однако у ряда больных к классической триаде может присоединиться вовлечение лицевого, бульбарных нервов, легкие сенсорные нарушения в виде парестезии, дизестезии, легкий периферический тетрапарез. В 5 % случаев заболевание будет прогрессировать с нарастанием чувствительного и двигательного симптомокомплекса и перейдет в классический СГБ.

СМФ диагностируется на основании симптоматической триады, наличия сывороточных антител к ганглиозидам GQ1b в более чем 90 % случаев в острой стадии заболевания, определяемых с помощью иммуноферментного анализа. Антитела обычно исчезают в течение недели на фоне терапии. В цереброспинальной жидкости характерно повышение белка более 0,4 г/л (белково-клеточная диссоциация). При проведении электромиографии выявляются признаки, характерные для демиелинизации.

Учитывая редкую частоту встречаемости СМФ, рандомизированных исследований по лечению данного заболевания не проводилось, однако, учитывая общность патогенеза СМФ и СГБ, отмечается положительный эффект от применения плазмафереза или неспецифического иммуноглобулина для в/в введения в дозе 0,4 г на 1 кг массы тела в течение 5 дней. Имеются литературные данные о положительном эффекте применения метилпреднизолона в дозе 1 г на 1 кг массы тела. При легком течении СМФ, учитывая доброкачественность и монофазность течения, спонтанная ремиссия может возникнуть к 4—6 неделям и требует назначения только поддерживающей терапии.

УДК 616.831-001.31-06

Г. Д. Перцев

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

СУТОЧНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В суточной динамике (в 7, 11, 15, 19 и 23 дни) обследовано 80 больных с отдаленными последствиями закрытой черепно-мозговой травмы (ОПЗЧМТ) в возрасте от 20 до 39 лет с продолжительностью заболевания не менее 1 года. Для больных были характерны вегетососудистая дистония, астенический синдром, которые особенно были выражены в 19.00 и позже, ликворно-дисциркуляторный синдром превалировал в утренние часы — с 7.00.

При анализе неврологического статуса для больных с ОПЗЧМТ было характерно наличие симптомов орального автоматизма, асимметрии сухожильных и периостальных рефлексов, нарушение координаторных функций, стопные пирамидные знаки — Оппенгейма, Россолимо, Штрюмпеля, Пуссеппа.

При изучении неврологического статуса относительно четкая суточная динамика прослеживалась в отношении 3, 4, 6 пар черепно-мозговых нервов, патология которых проявлялась либо усиливалась в 19 и 23.00. Рефлексы орального автоматизма особенно были выражены в 23.00. Для мышечного тонуса и мышечной силы, а также сухожильных рефлексов было характерно нарастание асимметрии в вечерние часы: в 19 и 23.00. Нарушения при выполнении статических проб проявлялись в 15.00 и особенно в 23.00; соответственно изменения динамических проб — в 19, 23.00. Пирамидные знаки Оппенгейма, Россолимо, Штрюмпеля, Пуссеппа, часто отсутствующие в утренние и дневные часы, проявлялись и усиливались в 23.00.

Для обследованных больных было характерно нарушение сна: позднее засыпание, сон поверхностный с частыми пробуждениями, ранним окончательным пробуждением и неудовлетворенность качеством сна.

Полученные данные свидетельствуют, что в суточной динамике неврологический статус изменчив, в определенные часы некоторые симптомы проявляются, усиливаются, а в некоторые — уменьшаются по своей выраженности, либо исчезают, особенно в вечерние и утренние часы, то есть в переходные периоды физиологических состояний (от бодрствования ко сну и от сна к бодрствованию). Эти данные имеют многоплановое значение: для диагностики (выявление субклинических, латентных проявлений заболевания), оценки соотношения «органического» и «функционального», состояния специфических и неспецифических систем, а также для реализации хронотерапевтического принципа лечения больных.