

первородящие 13 % (8 случаев), вредные привычки (курение, употребление алкоголя) 11,5 % (7 случаев), употребление медикаментов и др. интоксикаций 11,5 % (7 случаев).

Обращает внимание, что оценка по шкале Апгар на 5 минуте более 6—7 баллов отмечена в 61,7 % (38 случаях), при этом у всех детей масса тела была более 1 кг. Основными церебральными нарушениями в неонатальном периоде являлись в 67,2 % (41 случай) — синдром двигательных нарушений (расстройство тонуса и объема движений), 36,1 % (22 случая) — синдром внутримозговой гипертензии, 21,3 % (13 случаев) — синдром угнетения функции головного мозга, 19,7 % (12 случаев) — судорожный синдром, 16,4 % (10 случаев) — синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Отмечено, что клиническая характеристика церебральных нарушений существенно осложнялась в неонатальном периоде соматической и инфекционной патологией: в 14,8 % (9 случаев) — анемия новорожденного, 14,8 % (9 случаев) — ОРВИ и другие инфекции, 13,1 % (8 случаев) — пневмонии, 11,5 % (7 случаев) — гемолитическая болезнь новорожденного, 9,8 % (6 случаев) — ателектазы легких.

Данные о частоте ЦП меняются в зависимости от развития медицинской науки. Определяющее место в изучении проблемы занимают диагностические критерии в различных возрастных группах, учитывая большие потенциальные возможности развивающегося мозга и клинический опыт детского невролога в правильности оценки эволюционно-возрастной динамики развития нервной системы ребенка. Эпидемиологические исследования ЦП нуждаются в постоянном совершенствовании и для представления истинной картины эпидемиологии ЦП должны проводиться по единым критериям. По мере накопления знаний и прогресса науки будут получены новые сведения, которые дадут возможность выделить из группы органических повреждений нервной системы у детей заболевания с идентичными этиопатогенетическими, клиническими, нейроморфофункциональными и другими признаками, найдя при этом правильное диагностическое определение этим состояниям.

УДК: 616.831-009.1-053.2/6+616-009.12+616-003.9

Пономаренко Ю. Н., Власенко С. В., Ненько А. М., Мех П. И.
Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий
Министерства Оборон Украины (г. Евпатория)

ЗАВИСИМОСТЬ РАЗВИТИЯ МОТОРИКИ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕРАПИИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

Развитие двигательных функций у больных детским церебральным параличом (ДЦП) является одним из ведущих направлений системы восстановительного лечения. Основными патологическими факторами, препятствующими физиологическому развитию движений у ребенка, больного ДЦП, и приводящими с течением времени к развитию контрактур и деформаций конечностей, являются мышечный гипертонус и активность нередуцированных тонических рефлексов. Стандартом лечения нейроортопедических синдромов была методика этапного гипсования (ЭГП) с последующим комплексным восстановительным санаторно-курортным лечением. После регистрации в Украине ботулотоксина реабилитационные возможности, направленные на снижение патологической спастичности мышц и профилактику образования контрактур значительно расширились. Количество больных, которым был введен препарат, несмотря на его достаточно высокую стоимость и отсутствие единой государственной программы, неуклонно росло. Ботулинотерапия также полностью не разрешила проблемы устранения патологического ограничения движений в сегментах конечностей. Поэтому, с целью усиления функционального эффекта от снижения спастичности возникла необходимость проведения курсов этапного гипсования на фоне действия ботулотоксина, что и отразилось на показателях, в виде постоянного роста сочетанного применения методик этапного гипсования и ботулинотерапии.

Такое сочетанное применение консервативных методик имело положительные последствия, что выразилось на показателях в хирургическом лечении, видах вмешательств. Анализируя данные по хирургической активности было определено, что средний возраст начала хирургического лечения у больных, получавших диспортотерапию, составил — $10,67 \pm 0,38$ лет, тогда как у пациентов, которым не проводилось снижение спастичности токсинотерапией ботулизма тип А (Диспорт) первые операции проводились в среднем уже

к $5,48 \pm 0,64$ годам (достоверность отличий между показателями $p < 0,01$), а повторные вмешательства осуществлялись в 86,89 % случаев. Количество сегментов конечностей, вовлеченных в контрактуры, у больных, регулярно получавших ботулинотерапию, в среднем составило $1,57 \pm 0,49$, второй и третьей — $3,24 \pm 0,76$ (достоверность отличий между показателями $p < 0,01$), контрактуры были однокомпонентными. Показателем эффективности данного подхода в терапии нейроортопедических синдромов является уровень двигательного развития детей проходивших регулярно, на протяжении нескольких лет, курсы ботулинотерапии (оценку проводили по шкале Gross Motor Function Classification System for Cerebral Palsy (GMFCS)). В среднем он составил $3,43 \pm 0,49$ балла (в контрольной группе показатели были на уровне не выше $4,64 \pm 0,36$ балла, достоверность отличий между показателями $p < 0,01$, то есть самостоятельно практически никто не передвигался за счет сформированных сухожильно-мышечных контрактур), что характеризуется как самостоятельная ходьба с вспомогательными приспособлениями.

Таким образом, нейроортопедическое лечение формирующихся патологических контрактур является необходимым для эффективной реабилитации больных ДЦП, формой спастической диплегии. Отказ от данных видов лечения может приводить к развитию тяжелых многокомпонентных контрактур и деформациям конечностей, быть основной причиной задерживающей дальнейшее развитие ребенка. Вовремя проведенное, оперативное лечение дает возможность значительно расширить формирование двигательных навыков, самообслуживания, социальной адаптации.

УДК 616.831-005.4:616.857

Реминяк И. В.

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

ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) — наиболее частые и инвалидизирующие заболевания головного мозга. На долю ишемических инсультов (ИИ) приходится 70—80 %. Несмотря на успехи в проведении научных исследований в области фармакологии, медицины, в частности неврологии, направленных на лечение и профилактику ОНМК, количество больных ИИ с каждым годом увеличивается, приобретая характер пандемии. Головная боль (ГБ) не является ведущей жалобой больных с ИИ, однако существуют особенности этого синдрома у данной категории пациентов. Патогенез ГБ при ИИ возможен связан с острой закупоркой мозговых артерий (тромбоз или эмболия) и возникновением сосудистых дистонических реакций, коллатералей, а также является следствием отека мозга, повышения внутримозгового давления и раздражения ноцицептивных структур (сосудов и оболочек мозга).

В связи с этим целью нашего исследования было изучение особенностей ГБ у больных с ИИ. Нами проведено детальное обследование 128 больных ИИ в возрасте 53—77 лет (из них женщин 68, мужчин 60), длительностью заболевания до 6 мес. Всем больным проведено клинико-неврологическое, нейровизуализационное (КТ или МРТ) обследование. Среди обследованных пациентов у 45 % был диагностирован полушарный ИИ, у 37 % — транзиторная ишемическая атака (ТИА), у 18 % — лакунарный инсульт (ЛИ). Этиологическими факторами развития ИИ были атеросклероз, гипертоническая болезнь или их сочетание. Ряд пациентов страдали сахарным диабетом, фибрилляцией предсердий, курили. Среди обследованных пациентов у 67 % в патологический процесс были вовлечены бассейны средних мозговых артерий, у 33 % — вертебробазилярный бассейн. У 77 % больных отмечались очаговые неврологические синдромы. Симптоматика соответствовала локализации ишемического очага, пораженному сосудистому бассейну.

16 % пациентов жалоб на ГБ не предъявляли. Остальным пациентам, находящимся в сознании и не имеющим грубых речевых нарушений проводился диагностический тест количественной оценки ГБ по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). У 97 % обследованных больных ГБ была средней и малой интенсивности и соответствовала 3—7 баллам по ВАШ. Наибольшая интенсивность ГБ наблюдалась у больных с ТИА (5—7 баллов по ВАШ), а наименее выраженная у больных с ЛИ (3—4 балла по ВАШ). 3 % обследованных пациентов жаловались на интенсивную ГБ (8—9 баллов по ВАШ). У 67 % больных ГБ