

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 внутрочерепной 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 проблем 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 рефлексив. 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 фармации, 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 внутрочерепного 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 клинично-неврологическое, нейровизуализационное (КТ или МРТ) обследование. Среди обследованных пациентов у 45 % был диагностирован полусарный 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

появилась за 1—2 дня до судилового подвигу, а 33 % отметили её на начало заболевания. ГБ в большинстве случаев (83 %) была постоянной, двусторонней, преимущественно давящего, распирающего характера. У 41 % пациентов лобно-височной, у 32 % — затылочной локализации, у 27 % — диффузная ГБ. Следует отметить, что ГБ преобладали у женщин.

На основании проведенного исследования выявлено, что картина ИИ характеризуется объективной неврологической симптоматикой и субъективными симптомами, среди которых достаточно частым является ГБ. Учитывая наличие и значимость очаговых неврологических симптомов, симптом ГБ при ИИ не является ведущим и требующим избирательной терапии, однако качественные и количественные характеристики ГБ могут стать основой критериев дифференциальной диагностики и прогноза ИИ.

УДК 616.857:577.11

Реминяк В. И., Реминяк И. В., Слюсаренко И. Т.
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
 НАМН Украины» (г. Харьков)

РОЛЬ НЕЙРОПЕПТИДОВ В ФОРМИРОВАНИИ СОСУДИСТОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Нейропептиды (НП) — биологически активные соединения, синтезируемые главным образом в нервных клетках. Участвуют в регуляции обмена веществ и поддержании гомеостаза, воздействуют на иммунные процессы, играют важную роль в механизмах памяти, обучения, сна. Могут действовать как медиаторы и гормоны. Один и тот же нейропептид способен выполнять различные функции (ангиотензин, энкефалин, эндорфин). НП присутствуют в немиелинизированных волокнах С-типа и небольших миелинизированных А-дельта-типа волокон и синтезируются клетками дорзальных рогов ганглиев, а затем транспортируются вдоль аксонов в нервные окончания, где они накапливаются в плотных везикулах. Влияют на сосудистый тонус, некоторые из них генерируют и поддерживают воспалительный процесс, называемый «нейрогенным».

Большое значение приобретает сравнительно недавно изучаемая группа нейропептидов орексин А и В (также называемые гипокретин 1 и 2), состоящие из 33 и 28 аминокислот соответственно. Они являются производными препроорексина (или препрогипокретина), который локализован в боковых и префроникальных областях гипоталамуса.

Орексин-содержащие волокна и рецепторы орексина широко распределены в ЦНС. Орексин участвует в процессах пробуждения, энергетического гомеостаза, автономного центрального контроля и антиноцицептивных систем. Антиноцицептивное действие орексина А происходит на спинальном и супраспинальном уровне и сравнимо с эффектом опиоидов. Супраспинальные участки действия орексина могут включать задний гипоталамус, который отвечает за тригемино-васкулярную ноцицепцию и вентролатеральное ядро, которое опосредует нисходящее ингибирование боли.

В связи с этим целью нашей работы было исследование уровня специфических нейропептидов (орексина) в плазме крови больных ДЭ I—II ст. с помощью стандартных наборов фирмы Peninsula Laboratories, LLC (США). Нами обследовано 74 больных (35 мужчин, 39 женщин) в возрасте 48—60 лет с диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) I—II ст. Этиологическим фактором ДЭ была гипертоническая болезнь II ст. В клинической картине обследованных больных доминировали субъективные расстройства в виде стойких и выраженных головных болей, преимущественно лобно-височной, реже затылочной локализации, снижение памяти, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность. Объективно выявлены легкие, но достаточно стойкие объективные неврологические расстройства в виде анизорефлексии, дискоординаторных явлений, глазодвигательной недостаточности. Все больные тестированы по шкале MMSE. Результаты (29—25 баллов) свидетельствуют о том, что у обследованных пациентов имеют место когнитивные дисфункции, которые не достигают степени когнитивного снижения.

Анализ содержания орексина в крови больных с ДЭ I—II ст. со стойким цефалгическим синдромом свидетельствует о статистически достоверном повышении его уровня у данной категории больных. Имеющиеся изменения могут быть объяснены компенсаторным ответом на хроническую головную боль или как проявление ответа гипоталамуса на стресс, вызванный хронической болью.

УДК 616.839:616.126.42

Реминяк И. В., Слюсаренко И. Т., Перцева Т. Г.
 ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркології
 НАМН України» (м. Харків)

ВЕГЕТАТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З ПРОЛАПСОМ МІТРАЛЬНОГО КЛАПАНАУ

Проблема пролапсу мітрального клапану (ПМК) в останні роки стає все більш актуальною. Вона привертає до себе увагу фахівців різного профілю, в тому числі і неврологів. За даними літератури ПМК є фактором ризику розвитку порушень серцевого ритму, раптової смерті, тромбоемболічних ускладнень, мігрені, синкопальних пароксизмів, панічних атак, порушень мозкового кровообігу, нервової анорексії, інфекційного ендокардиту, мітральної недостатності. Ця патологія — участь людей молодого, працездатного віку, що робить цю проблему ще більш актуальною. У зв'язку з цим метою нашої роботи було вивчення особливостей вегетативних порушень у хворих на ПМК.

Нами було обстежено 56 хворих з ПМК (32 жінки, 24 чоловіка) у віці 20—48 років. Діагноз ПМК встановлювали на підставі виявлення загальновідомих ЕхоКГ-критеріїв. Усі хворі були поділені на 5 груп: 1 група — хворі з вегетосудинною дистонією (ВСД) з перманентними розладами — 20 хворих; 2 група — хворі з ВСД та панічними атаками — 18 хворих; 3 група — хворі з ВСД та синкопальними станами — 7 хворих; 4 група — хворі на мігрень без аури — 11 хворих. Усі хворі обстежені за допомогою клініко-неврологічних, параклінічних та інструментальних методів. Вивчення характеру ураження вегетативної нервової системи проводили за допомогою таблиць опитувальників, вегетативних проб, визначення індексу Кердо, ортостатичної проби, очно-серцевого рефлексу Даньїні — Ашнера.

У всіх хворих на підставі виявлених загальноприйнятих ЕхоКГ-критеріїв діагностовано ПМК I та II ступеня вираженості. Всім хворим діагностовано ідіопатичний ПМК (не виявлено в анамнезі ревматизму, травми грудної клітини, інфаркту міокарда).

Клінічна картина у всіх групах хворих відрізнялась поліморфізмом проявів. Вивчення показників вегетативного тону у за допомогою таблиць опитувальника виявило наявність синдрому вегетативної дисфункції в усіх хворих.

В 1 групі у всіх хворих виявилась наявність синдрому вегетативної дисфункції: симпатикотонія — 19,6 % хворих, парасимпатикотонія — 8,9 % хворих, знижена вегетативна реактивність — 12,5 % хворих, переключена вегетативна реактивність (ВР) — 3,6 % хворих, надмірне та недостатнє вегетативне забезпечення — у 12,5 % та 10,7 % відповідно, що свідчить про порушення адаптаційних можливостей.

В 2 групі обстежених хворих переважала симпатична реакція — 32,1 % хворих. В пробі Даньїні — Ашнера підвищену ВР мали 17,9 % хворих, переключену ВР — 10,7 % хворих, знижену ВР — 14,3 % хворих. Надмірне вегетативне забезпечення при проведенні ортостатичної проби спостерігалось у 26,8 % хворих.

В 3 групі ознаки вегетативних змін були виявлені у всіх хворих. Дані індексу Кердо вказали на переважність парасимпатичного тону у цих хворих. Вагусна реакція превалювала у 10,7 % хворих в пробі Даньїні — Ашнера та у 7,1 % хворих в ортостатичній пробі.

При обстеженні хворих 4 групи були виявлені як переважання симпатичного так і парасимпатичного тону, без суттєвої різниці показників.

Отримані дані свідчать про наявність різного ступеня вираженості вегетативних змін у обстежених хворих. Більш суттєві зміни показників вегетативних порушень були виявлені у обстежених жінок.

УДК 616.858-008.6-071-073.7

З. З. Рожкова¹, И. Н. Карaban², Н. В. Карaban²

¹ Медичинська клініка «БОРИС»,

²ГУ «Институт геронтології НАМН України» (г. Киев)

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МРТ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА И ПАРКИНСОНИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Цель исследования: Дифференциальная диагностика болезни Паркинсона (БП) и паркинсонических синдромов (ПС), таких как множественная системная атрофия (МСА) и прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП), основанная на анализе стандартных МР-изображений, является сложной, а на ранних