

Отличие доплерографических показателей от нормативных значений достоверно более выражено в группе пациентов с ИИ по сравнению с аналогичными данными у пациентов с ТИА.

Использование триплексного сканирования является клинически целесообразным при обследовании пациентов с ОНМК.

УДК 616.711.1-07-073

*Абдуллаев Р. Я., Хвистюк А. Н., Марченко В. Г.
Пономаренко С. А., Калашиников В. И., Сысун Л. А.
Харьковская медицинская академия последипломного
образования (г. Харьков)*

УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ФОРАМИНАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРИ ШЕЙНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Остеохондроз является наиболее частой причиной фораминального стеноза (ФС). Через фораминальное отверстие (ФО) проходят спинномозговые нервы, позвоночные артерия и вена, сдавление которых вызывает развитие различных симптомов нарушения иннервации и кровообращения соответствующих зон вертебробазиллярного бассейна.

Среди причин ФС ведущее место занимает унковертебральный артроз, который наблюдается почти во всех случаях сужения ФО. Являясь одним из проявлений деструктивно-дистрофических изменений, унковертебральный артроз определяет их характер и степень, становясь неотъемлемым признаком ФС. Степень распространенности патологических изменений является важным признаком ФС.

Лучевые методы диагностики являются ведущими в диагностике ФС, а среди них наиболее распространенным и доступным остается рентгенография. Спидиография позволяет визуализировать все костные структуры межпозвоночных сочленений, оценить наличие субхондрального склероза тел позвонков и полупозвоночных отростков, распространенность и уровень патологических изменений, характер стеноза, изменение формы позвоночного канала, степень развития и форму полупозвоночных отростков.

С улучшением разрешающей способности ультразвуковых приборов расширился диапазон визуализируемых элементов. Метод позволяет в сагиттальном сечении измерить толщину межпозвоночных дисков (МПД) и тел позвонков, диаметр позвоночных артерий, изучить характер кровотока в них, визуализировать желтую, переднюю и заднюю продольные, остистые связки, выявить аномалии и деструктивные нарушения позвонков, переднюю грыжу диска. В аксиальном сечении возможно определение структуры и формы пульпозного ядра, толщины заднего сегмента фиброзного кольца, его структура, наличие участков истончений, разволокнений, разрывов, определение размеров участков протрузий фиброзного кольца и грыжевого выпячивания, визуализация отечной зоны, диаметр позвоночного канала и канала спинномозговых нервов (КСМН).

Цель исследования — изучить ультрасонографические признаки фораминального стеноза при шейном остеохондрозе.

Ультрасонография нами проведена 117 больным в возрасте от 21 до 54 лет (86 мужчин и 31 женщина) с остеохондрозом шейного отдела позвоночника, подтвержденным рентгенографически (96 больных) или при помощи КТ (34 больных).

При КТ и рентгенографии шейный остеохондроз проявлялся склерозом замыкательных пластинок тел позвонков, дегенеративными изменениями пульпозного ядра, утолщением фиброзного кольца, образованием остеофитов по краям тел позвонков, выявлением протрузий и грыж дисков. ФС с помощью рентгеновских методов был диагностирован у 38 больных. При ультрасонографии унковертебральный артроз диагностировался у 34 (89,5%), из 38 диагностированных рентгенологически больных при косом сагиттальном сечении после визуализации позвоночной артерии (ПА). Костные разрастания по свободному краю полупозвоночных отростков визуализировались у 12 (35,3%) больных и вызывали компрессию ПА извне. У таких пациентов при доплеровском исследовании регистрировались все признаки синдрома ПА. Мультисегментарное поражение у больных с ФС по данным рентгенографии отмечалось в 21 (61,8%) случаев. Парамедианная грыжа при КТ и УЗИ регистрировалась одинаково у 11 (32,3%) больных, а фораминальная грыжа — у 19 (55,9%) и 18 (52,9%) больных соответственно. Рентгенологически парамедианная и фораминальная грыжи МПД диагностировались у 9 (26,5%) и 7 (20,6%) больных соответственно. При наличии парамедианной грыжи передне-задний размер медианной части КСМН в среднем составлял $3,9 \pm 0,6$ мм, а на интактной стороне — $8,1 \pm 0,5$ мм ($P < 0,001$); средней части — $5,6 \pm 0,5$ мм и $7,9 \pm 0,4$ мм

($P < 0,05$) соответственно. Наибольшее уменьшение передне-заднего размера КСМН в его средней части отмечалось среди больных с фораминальной грыжей — $2,7 \pm 0,4$ мм на пораженной и $7,8 \pm 0,5$ мм на интактной стороне соответственно ($P < 0,001$).

Ультрасонография в диагностике фораминального стеноза, обусловленного преимущественно грыжей межпозвоночного диска фораминальной локализации, не только не уступает рентгеновским методам, а имеет достоверное преимущество перед обычной рентгенографией, позволяя точнее измерить передне-задний размер КСМН и тем самым выявить компрессию последнего.

Визуализация позвоночной артерии и использование эффекта Доплера позволяет определить ее сдавление извне, выявить костные разрастания на этом уровне, оценить степень гемодинамических нарушений в системе одноименного сосуда.

УДК 616.831-005.4-036.1:616.13:616.145.11:001.8

*Абдуллаев Р. Я., Хвистюк А. Н., Сысун Л. А.,
Марченко В. Г., Калашиников В. И.
Харьковская медицинская академия
последипломного образования (г. Харьков)*

СОСТОЯНИЕ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПОЛУШАРНОМ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ И ТИА ПО ДАННЫМ ТРАНСКРАНИАЛЬНОГО ТРИПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ

Актуальность рассмотрения проблемы нарушений венозной гемодинамики обусловлена тем, что при острых нарушениях мозгового кровотока наряду с артериальным часто выявляются расстройства венозного кровообращения. Артериальная и венозная системы мозга представляют собой высокоорганизованную единую систему, обеспечивающую адекватность мозгового кровотока.

Цель: Изучить особенности нарушений венозной гемодинамики головного мозга при полушарном ишемическом инсульте (ИИ) и транзиторной ишемической атаке (ТИА).

С целью изучения венозного кровотока при полушарном ИИ было обследовано 90 пациентов ($n = 90$). Средний возраст составил $63,7 \pm 3,2$ года. Наблюдения проводились в течение первых суток заболевания. В группу сравнения вошли пациенты с ТИА ($n = 29$), средний возраст — $51,6 \pm 5,2$ года. Группу контроля составили 60 здоровых лиц ($n = 60$), средний возраст — $59,3 \pm 4,9$ лет.

Всем пациентам с ИИ, ТИА и здоровым лицам проведено транскраниальное триплексное сканирование на аппарате ULTIMA PA фирмы «Радмир» секторным датчиком с частотой 2,0 МГц.

Изучали частоту визуализации и систолическую скорость кровотока глубоких мозговых вен. По нашим данным, у здоровых лиц наиболее часто визуализировались: базальная вена мозга (вена Розенталя), глубокая средняя мозговая вена (СМВ), большая вена мозга (вена Галена) и прямой синус. Частота визуализации глубоких мозговых вен составила: вены Галена — 91,2%, вены Розенталя — 81,3%, прямого синуса — 64,2%, глубокой СМВ — 58,4%. Зарегистрированы следующие показатели максимальной скорости венозного кровотока: в СМВ — $12,4 \pm 3,3$ см/с; базальной вене — $15,3 \pm 2,2$ см/с; большой вене мозга — $19,6 \pm 2,3$ см/с; прямом синусе — $23,7 \pm 3,2$ см/с.

На стороне ИИ частота визуализации глубоких вен мозга наблюдалась следующая: вены Галена — 96,2%; вены Розенталя — 95,6%; прямого синуса — 92,4%, глубокой СМВ — в 84,3% случаев. Таким образом, по нашим данным, при ИИ частота визуализации мозговых вен возрастала в среднем на 10–15% по сравнению с группой контроля.

При изучении систолической скорости венозного кровотока на стороне острого полушарного ИИ отмечалось повышение ее значений по сравнению со значениями у здоровых лиц. Наибольшее ее повышение наблюдалось в глубокой СМВ — на 98,4%; менее выраженное — в базальной вене — на 40,5%; в большой вене мозга этот показатель увеличился на 33,4%; в прямом синусе — на 33,8% ($p < 0,05$).

При сравнении систолической скорости венозного кровотока на стороне поражения при ТИА и ИИ получены достоверные различия ($p < 0,05$). При ТИА показатели систолической скорости венозного кровотока изменялись в сторону ускорения в значительно меньшей степени чем при ИИ. Так, ускорение венозного кровотока в вене Розенталя при ТИА составило 19%; в глубокой СМВ венозный кровоток ускорился на 10,5%; в вене Галена — на 5,6%; в прямом синусе — на 0,8%.

При полушарном ишемическом инсульте улучшается визуализация мозговых вен (на 10–15% по сравнению со здоровыми лицами).

При полушарном ИИ отмечается повышение систолической скорости кровотока в базальной, глубокой средней мозговой, большой вене мозга, прямою синусе ($P < 0,05$).

Изменения венозной гемодинамики значительно более выражены у пациентов с ИИ по сравнению с группой больных с ТИА.

УДК: 616.83-053.2-036.66

Абраменко В. В.

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (м. Київ)

МЕТОДИКА ІНТЕГРАЛЬНОЇ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ КІНЕЗОТЕРАПІЇ ТА СКАЛЬППУНКТУРИ (МІКС) В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Збільшення патології нервової системи призвело до поглиблення процесу інвалідизації дитячого населення. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з найбільш частих причин дитячої інвалідності: поширення у Європі становить від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених, в Україні — 2,48 на 1000. Серед глибоко недоношених дітей кількість випадків ДЦП зросла до 40—100 на 1000 живих новонароджених. Найбільш частими є спастичні варіанти захворювання, які спостерігаються у 70—85 % дітей.

На сучасному етапі пріоритетним є створення та залучення реабілітаційних, переважно немедикаментозних методик, спрямованих на відновлення функціональних систем організму.

Мета. Впровадження нових альтернативних методів лікування дітей з органічним ураженням центральної нервової системи, на прикладі нейрореабілітації різних форм дитячого церебрального паралічу та розроблення нових схем (методик) патогенетичної терапії.

Лікування проводили за методикою інтегральної пропріоцептивної нейром'язової кінезотерапії та скальппу пунктури (МІКС) шляхом послідовної та цілеспрямованої стимуляції (враховуючи неврологію розвитку): рухових, мовленнєвих, психічних функцій у немовлят з 3—4 місяців та дітей після одного року життя, в основі якої закладено теоретичні концепції системогенезу та пластичності нервової системи, формування нових мереж міжнейронального зв'язку, що використовує «терапевтичне вікно», тобто вік, до якого можливо отримати задовільний лікувальний ефект та зменшити прошарок дітей-інвалідів.

МІКС поєднує — одночасне проведення скальппу пунктури з різними видами впливу на периферичний нейром'язовий апарат кінезотерапії, системи масажу, що включає класичний, сегментарний, точковий, періостальний та гуа-ша масаж у поєднанні з елементами постізометричної, антигравітаційної релаксації та мобілізації суглобів кінцівок. За допомогою акупунктурних голок, розташованих під шкірою, здійснюється стимуляція в проекції спеціальних зон скальпу з одночасним впливом на периферичний нейром'язовий апарат.

Під динамічним спостереженням перебували 80 дітей (з 4 місяців до 8 років). Серед них: формування церебрального паралічу — 29 дітей; подвійна геміплегія — 21; спастична диплегія — 20; спастична геміплегія — 8; гіперкінетична форма — 2 дітей.

Вивчали ефективність МІКС на базі Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, за шкалою великих моторних функцій (тестовий бланк GMFM-88), що є стандартизованим та перевіреним інструментом, для визначення змін великих моторних функцій у дітей з церебральними паралічами.

Перші позитивні зміни у руховій сфері дитини спостерігалися вже на перших 2—3 сеансах, а курс 15—20 сеансів дозволяє значно та ефективно скоригувати функціональну діяльність локомоторних центрів, покращити м'язову активність та міжм'язову взаємодію у системі «агоніст — антагоніст», знизити патологічний м'язовий тонус, навчити контролювати цілеспрямовані рухи, збільшити амплітуду активних рухів у суглобах, сформувати рухові навички. Окрім вище зазначеного, поліпшується емоційний стан, пізнавальні функції (інтелектуально-мнестичний розвиток, пам'ять, увага).

Впровадження МІКС дозволяє за відносно короткий термін суттєво покращити стан моторної сфери хворого.

Одночасне застосування пасивно-активної кінезотерапії, системи масажу та скальппу пунктури дозволяє зменшити кількість дітей із формуванням вторинних коморбідних ускладнень.

Включення МІКС в індивідуальну комплексну програму реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи сприяє і значно розширює можливості реабілітації хворих та їх подальшу соціалізацію. За час впровадження МІКС не було ускладнень та побічних проявів.

УДК 616.831-005.4-036.66

Адонкіна В. Ю., Мищенко О. Я.

Національний фармацевтичний університет (г. Харків)

ФАРМАКОЕКОНОМІЧЕСКІ ПЕРЕВАГИ КОМПЛЕКСНОЇ НЕЙРОПРОТЕКЦІЇ У БОЛЬНИХ С ІШЕМІЧЕСКИМ ІНСУЛЬТОМ

Ішемічний інсульт (ИИ) — одна из важных медико-социальных проблем, которая наносит огромный экономический ущерб системе здравоохранения, государству и семье больного. Среди мероприятий специфической дифференцированной терапии ИИ определены два подхода: реканализация, или восстановление адекватной реперфузии, и нейропротекция. Своевременная механическая ревазуляризация и тромболитическая терапия предупреждают развитие некроза мозга и существенно улучшают выживаемость и качество жизни этих пациентов. К сожалению, эти методы являются малодоступными для пациентов Украины из-за высокой стоимости, поздней диагностики и выхода за пределы терапевтического окна, наличия противопоказаний к тромболитису для определенных пациентов, в частности больных сахарным диабетом. В связи с этим возрастает значимость нейропротекторной терапии. В публикациях украински ведущих специалистов убедительно обосновывается целесообразность комплексной нейропротекции в лечении ИИ, как наиболее эффективной. Однако одновременное применение двух нейропротекторов требует больших затрат на лечение.

Цель исследования — оценить экономическую целесообразность комплексной схемы нейропротекции по сравнению с традиционной.

В процессе исследования был проведен анализ результатов сравнительного клинического исследования трех схем нейропротекторной терапии ИИ среднетяжелой и тяжелой степени тяжести: 1 схема — традиционная + цитиколин; 2 схема — традиционная + цитиколин + актовегин; 3 схема — традиционная (пентоксифиллин, гепарин и/или ацетилсалициловая кислота, маннитол) (С. М. Виничук, О. А. Пустовая, В. А. Мохнач и др., 2008); фармакоэкономический анализ «затраты — эффективность». С использованием дерева решений было проведено сравнение экономического ущерба от ишемического инсульта при применении трех схем нейропротекторной терапии на протяжении одного года.

В качестве критерия эффективности анализируемых схем лечения ИИ было выбрано количество больных, которые полностью выздоровели через три месяца лечения. Показатель эффективности составил 29,6 %, 38,9 % и 23,3 % для 1, 2 и 3 схем соответственно. Прямые затраты на схемы лечения были 8183,19 грн; 9562,61 грн; 4978,00 грн для 1, 2 и 3 схем соответственно. Инкрементальный показатель эффективности затрат (ІСЕК) для первой и второй схемы по сравнению с третьей (традиционной терапией) составил соответственно 50 876,03 грн; 29 388,53 грн. Рассчитанный экономический ущерб (с учетом потерь от преждевременной смертности, потери трудоспособности и выплат по инвалидности) с горизонтом исследования в один год составил 51 696,50 грн; 48 271,80 грн и 50 731,90 грн для 1, 2 и 3 схем соответственно.

Выводы. Применение схем нейропротекторной терапии с использованием цитиколина (1 схема) и комбинации цитиколин + актовегин (2 схема) обеспечивает большую клиническую эффективность (больше количество пациентов в состоянии полного выздоровления через три месяца) и требует больших затрат по сравнению с традиционной схемой лечения. С прогнозом на один год и с учетом непрямых затрат схема лечения с применением комбинации нейропротекторов имеет экономические преимущества.

УДК: 616.711.6:616.71-007.234:615.814.1

Бабінець Л. С., Надкевич А. Л.

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПОПЕРЕКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ

На сьогодні особливо гостро стоїть питання взаємозв'язків остеопорозу та остеохондрозу хребта, які нерідко поєднуються в одного хворого, ускладнюючи його стан. Тому вивчення патогенезу цих захворювань і розроблення патогенетично обґрунтованої терапії є надзвичайно актуальними.