

для лечения комбинированной неврологической, психической и соматической патологии в первой группе из 140 детей в 2006 году был проведен в обычном порядке, а во второй группе из 105 детей в 2008 году — с помощью компьютерной программы «Нейрофарм». Показатель «общее число заболеваний (диагнозов) / количество пациентов» не отличался в двух группах (2,60 и 2,56 соответственно). В 2006 году среднее количество лекарств, принимаемых одним больным на протяжении курса лечения, равнялось 6,3. Внедрение компьютерной программы «Нейрофарм» позволило снизить этот показатель в 2008 году до 4,6 без ухудшения эффективности лечения. Исследование показало значительную разницу между двумя группами в количестве принятых лекарств (27 %).

Таким образом, компьютеризация позволяет нивелировать полипрагмазию, неизбежную при формулярном подходе в случае лечения сочетания болезней у конкретного больного, и является научной альтернативой эрзац-медицине протоколов в неврологии и психиатрии.

УДК 616.858-008.6:612.398.12-07

*Богданова І. В.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)*

#### **ОЦІНКА ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ КРОВІ ПРИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА**

Важливе значення у формуванні функціональної активності білків належить просторовій структурі поліпептидних ланцюгів, утвореної за допомогою водневих зв'язків, електростатичних сил та Ван-дер-Ваальсової взаємодії. Це дає змогу білкам згортатися в унікальну компактну, високоорганізовану та функціонально-активну структуру. Різноманітні фактори ендегенної та екзогенної природи можуть змінювати конформаційні властивості білкових молекул. Перспективним методичним підходом для ранньої діагностики функціональної активності білків сироватки крові може стати вимірювання інтенсивності фосфоресценції. Відомо, що природними хромофорами білків є тирозини та триптофани залишки амінокислот, які оголюються за умов втрати компактної структури білкової молекули. Тобто, підвищення інтенсивності фосфоресценції спостерігається, коли білки перебувають в інактивованому стані, при значному розгортанні компактних структур.

Проведена оцінка інтенсивності фосфоресценції сироватки крові у хворих на хворобу Паркінсона (ХП) та в групі контролю (умовно здорових). Інтенсивність фосфоресценції сироватки крові контрольної групи була при довжині хвилі збудження 297 нм в межах від 3000 до 3500 імп/с, при 313 нм — від 280 до 350 імп/с, при 334 нм — від 600 до 700 імп/с, при 365 нм — від 1700 до 1800 імп/с, при 404 нм — від 450 до 550 імп/с, при 434 нм — від 550 до 650 імп/с. У хворих на ХП найбільш суттєвим збільшення інтенсивності фосфоресценції було виявлено при довжині хвилі 297 нм, 404 нм та 434 нм. Так, інтенсивність фосфоресценції сироватки перебігу ХП статистично значуще ( $p < 0,001$ ) збільшувалася відповідно на 32 %, 51 % та 28 %; при середній тяжкості — на 47 %, 76 % та 56 %; при тяжкому перебігу — на 98 %, 117 % та 99 % порівняно з контролем. Отримані результати свідчать про наявність у хворих на ХП реакційно-здатних молекул з високими рівнями електронних збуджених станів. При легкому перебігу ХП відбувається, ймовірно, часткова вільнорадикальна модифікація білків, при середній тяжкості — розгортання цього процесу, а при тяжкому — його значний напружений стан з глибокою перебудовою структури білків, вивільненням фосфоресцюючих амінокислотних залишків тирозину та триптофану. Виникнення значної кількості молекул у триплетному стані може вказувати на гальмування процесів біоенергетики, неефективне використання організмом енергії (її значне розсіювання у вигляді тепла), зниження продукції АТФ, що є характерним для мітохондріальної патології. Динамічне збільшення інтенсивності фосфоресценції сироватки крові в процесі формування тяжкості перебігу хвороби свідчить про порушення конформаційної структури білків, наявність мембранної патології завдяки розгортанню вільнорадикальних процесів.

Для з'ясування впливу леводопатерапії на активність процесів окисної модифікації білків проведено аналіз результатів інтенсивності фосфоресценції сироватки крові при її наявності та відсутності. Достовірно значуща ( $p < 0,001$ ) різниця між показниками груп з наявністю та відсутністю леводопатерапії виявилася лише для довжини хвилі збудження 297 нм, тобто леводопатерапія практично не знімає напруженого стану процесів вільнорадикальної модифікації білків.

Таким чином, хвороба Паркінсона характеризується підвищенням вільнорадикальної модифікації білків крові з порушенням їх компактної високоорганізованої структури та біологічної активності, що підтверджується суттєвим підвищенням інтенсивності фосфоресценції сироватки крові. Визначення інтенсивності фосфоресценції дозволяє діагностувати наявність протеїнопатії вже на ранній стадії ХП.

УДК 616.831-005.1:616.1-071

*Бокатуєва В. В.*

*Центральна клінічна лікарня «Укрзалізниці»*

#### **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ «ФАТАЛЬНЫХ» КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ**

Болезни сердца после артериальной гипертензии занимают второе место в структуре факторов риска развития мозгового инсульта. Среди заболеваний сердца, которые приводят к развитию мозговых инсультов, наиболее значимой является фибрилляция предсердий (ФП). Около 25—30 % всех ишемических инсультов (ИИ) вызваны ФП. Несмотря на большое количество исследований, посвященных кардиоэмболическому инульту (КЭИ), многие вопросы клинико-патогенетических особенностей остаются не до конца ясными.

Цель настоящего исследования — изучить клинические особенности фатальных КЭИ.

В исследование было включено 18 фатальных случаев КЭИ, вызванных ФП. Среди больных преобладали мужчины — 11 (61,2 %), женщины — 7 случаев (38,8 %). Возраст пациентов варьировал от 54 до 86 лет и в среднем составил 69,3 года. Причем, средний возраст женщин составлял 77,5 лет, мужчин 70,2 года. Всем пациентам проводили общеклиническое обследование, включающее в себя сбор анамнеза с учетом факторов риска возникновения инсульта, учет времени появления и динамики первых симптомов заболевания, объективную оценку степени нарушения сознания по шкале Глазго, определение степени тяжести инсульта по шкале NIHSS. Проводили кардиологическое обследование: ЭКГ, эхокардиография, осмотр кардиолога; УЗДГ. Всем больным проведены МРТ или КТ головного мозга (спиральный компьютерный томограф SELECT). Всем больным проведено патологоанатомическое исследование. Наши исследования показали, что средняя продолжительность жизни женщин при «фатальных» КЭИ — 11 дней, мужчин — 10 дней. По нашим данным женщины чаще страдали постоянной формой ФП, чем мужчины (соответственно 6 и 5 случаев). Исходный уровень нарушения сознания по шкале ком Глазго при пароксизмальной форме ФП варьировал от 4 до 15 баллов и в среднем составил 8,71 балла. Исходный уровень нарушения сознания по шкале ком Глазго при постоянной форме ФП так же варьировал от 4 до 15 баллов и в среднем составил 10,9 балла. Более тяжелое начало ишемического инсульта наблюдалось у больных с пароксизмальной формой ФП. При проведении нейровизуализации наиболее часто выявляемые локализации патологического очага: субтотальный инфаркт левого полушария — 7; бассейн правой средней мозговой артерии (ПСМА) — 4; бассейн левой СМА — 3; субтотальный инфаркт правого полушария — 2; бассейн правой ЗМА — 1; мост — 1.

Таким образом выявлено, что левая средняя мозговая артерия (ЛСМА) при КЭИ, обусловленном ФП, поражается чаще, чем у больных без ФП. ЛСМА в равной степени эмболизировалась как мелкими, так и крупными эмболическими фрагментами, в то время как правая СМА эмболизировалась небольшими эмболическими частицами. Это объясняет наличие более выраженного неврологического дефицита при локализации ишемии в этом бассейне, однако существенных различий в размерах ишемического очага между бассейнами средних мозговых артерий левой и правой сторон не выявлено.

В проведенном исследовании при сравнительном анализе нарушения ритма сердечной деятельности наиболее тяжелое течение заболевания наблюдалось у больных с постоянной ФП, хотя позиция пароксизмальной формы ФП в возникновении КЭИ лидирующая. Очевидно, что среди имеющегося многообразия нарушений сердечного ритма только при ФП создаются условия для тромбообразования в полости левого предсердия. Более высокая смертность среди больных, перенесших инульт, отмечается при постоянной форме мерцательной аритмии.

Следовательно, частота возникновения КЭИ по мере старения популяции возрастает. Наиболее частая локализация ишемического очага в бассейне ЛСМА и наличие нарушения сердечного ритма, особенно постоянной ФП, являются прогностически

неблагоприятними факторами і сопряжені з формуванням более грубого неврологического дефіцита как в начальной, так и последующих стадиях инсульта. Полученные результаты исследований дают предпосылки для более детального изучения кардиального статуса у больных с ишемическим инсультом.

УДК 616.833.7-08

**Бондарь Б. Е.**

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

#### **ЛЕЧЕНИЕ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С ПОМОЩЬЮ АЛКОГОЛИЗАЦИИ**

Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) достаточно велика и составляет до 100—400 случаев на 100 тыс. населения, а заболеваемость по данным ВОЗ менее 5 (у мужчин) или чуть более 7 (у женщин) случаев на 1 млн населения в год. При неэффективности терапевтического лечения невралгии тройничного нерва используют хирургические методы.

Проведен анализ 60 случаев невралгии тройничного нерва, не поддающихся медикаментозным методам лечения. Данным больным проводилась спирто-новокаиновая блокада — в пораженную ветвь тройничного нерва эндоневрально вводили 2—4 % раствор новокаина, тримекаин или лидокаин на 80 % этиловом спирте (не более 0,5 мл). Оценивали эффективность лечения через 1 месяц, 6 месяцев и через 1 год.

Средний возраст больных составил  $62,53 \pm 1,08$  года. При поступлении в стационар у больных отмечались приступы боли по ходу ветвей тройничного нерва длительностью от 2 до 5 минут. Боли характеризовались значительной интенсивностью, внезапностью. Локализация была строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва — I ветви в 10 %, II ветви — в 50 % III ветви — в 40 %. Триггерные зоны располагались в ротолицевой области, на альвеолярном отростке, при поражении I ветви — у медиального угла глаза. Провоцировали развитие боли такие факторы как разговор, еда, бритье лица, любое прикосновение. При невралгии I ветви тройничного нерва спирто-новокаиновую блокаду вводили через надглазничное отверстие, при невралгии II ветви — через подглазничное, при невралгии III ветви — через подбородочное отверстие или проводят инъекцию по типу мандибулярной анестезии. В случае безуспешности алкоголизации проводили непосредственно в круглое (II ветвь) либо овальное (III ветвь) отверстие. Отсутствие болевых приступов при данном виде лечения сохранялось через 1 месяц в 85 % случаев, через 6 месяцев — в 55 % случаев, а через 1 год — в 35 % случаев. При повторных проведениях блокад положительный результат уменьшался — периоды ремиссии носили кратковременный характер.

При использовании спирто-новокаиновой блокады положительный результат сохранялся через год в среднем у 35 % больных. Эффект алкоголизации уменьшался с каждой последующей процедурой и приводил к укорочению периода ремиссии.

УДК 616.831-005:616.89-008.46 (477.87)

**Булеца Б. А.\*, Адамчо Н. Н.\*, Яроватий В. В.\*\*,  
Роман Р. В.\*\*\*, Пак Л. Н.\*\*\*\***

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (м. Ужгород)\*;  
«Міжгірська центральна районна лікарня» (м. Міжгір'я)\*\*;  
«Хустська центральна районна лікарня» (м. Хуст)\*\*\*;  
«Бердичівська центральна районна лікарня» (м. Бердичів)\*\*\*\**

#### **ОСОБЛИВОСТИ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В БІОГЕОХІМІЧНИХ РЕГІОНАХ ЗАКАРПАТТЯ**

Відомо, що на Закарпатті є два біогеохімічні регіони. Перший — гірський регіон (Воловецький, Міжгірський), де має місце йодна недостатність, і другий передгірський (Хустський район, с. Олександрівка і с. Данилівка), де внаслідок певних природних факторів у воді, ґрунті та продуктах харчування міститься підвищений рівень хлориду натрію.

У наших обстеженнях ми поставили за мету виявити когнітивні розлади у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) у цих регіонах.

Нами обстежено 100 хворих з ДЕ різної стадії. Всі хворі були поділені на дві групи. Перша (50 хворих) — з регіонів з йодною недостатністю, друга група (50 хворих) — це пацієнти із регіонів з підвищеним рівнем хлориду натрію. Всім хворим проводилось повне клінічне і параклінічне обстеження: ЕЕГ, КТ, МРТ, визначались в крові загальний холестерин, тригліцериди,

беталіпопротеїди, натрій, йод; когнітивні розлади оцінювали за шкалою Mini-Mental State Examination — MMSE. За хворими спостерігали протягом 10 років. Для достовірності отриманих результатів обстежені тільки чоловіки віком 55—65 р.

Аналізуючи отримані дані відмітили, що основним фактором ризику ДЕ були в першій групі — мозковий атеросклероз 30 хворих ( $60 \pm 0,05$  %) і артеріальна гіпертензія у другій групі 38 хворих ( $76 \pm 0,05$  %). Із клінічних симптомів у хворих першої групи домінували: зниження працездатності — 40 хворих ( $80 \pm 0,05$  %), деменція — 20 хворих ( $40 \pm 0,05$  %), рефлексії орального автоматизму — 21 хворий ( $42 \pm 0,05$  %). У хворих другої групи переважно виявлялись такі симптоми: запаморочення 42 хворих ( $84 \pm 0,05$  %), рефлексорний гемісиндром 26 ( $52 \pm 0,05$  %).

Аналізуючи біохімічні показники звернули увагу, що у хворих першої групи загальний холестерин у 40 чоловік ( $80 \pm 0,05$  %) і  $\beta$ -ліпопротеїди у 30 ( $60 \pm 0,05$  %) підвищені, тоді як у хворих другої групи більшість показників були в нормі. Вивчаючи дані КТ і МРТ, виявили, що у хворих першої групи спостерігалися мультифокальні і лакунарні зміни у 32 ( $64 \pm 0,05$  %), тоді як у хворих другої групи — тільки у 3 обстежених ( $6 \pm 0,05$  %).

Вивчаючи когнітивні розлади у наших пацієнтів, ми відмітили, що у хворих першої групи порушення переважно функції концентрації уваги 14 ( $28 \pm 0,05$  %) і пам'ять 26 ( $52 \pm 0,05$  %), тоді як у хворих другої групи зниження когнітивних розладів практично не спостерігалися. У деяких випадках в умовах йодної недостатності протягом 1—2 років наставала глибока деменція. В регіоні з йодною недостатністю вже у віці 55 років спостерігалися порушення сприймання інформації, концентрації уваги і розлад пам'яті. Таким чином, при йодній недостатності досить рано можуть розвинути когнітивні розлади. У разі сольової гіпертензії когнітивні розлади виникають після повторних ТІА. Частіше ішемічному інсульту передували ТІА і когнітивні розлади.

Когнітивні розлади у хворих з ДЕ частіше спостерігаються в регіонах з йодною недостатністю і рідше — в регіоні з порушенням обміну хлориду натрію.

УДК 616.711.6-036.66-08

**Бучакчийская Н. М.\*, Марамуха А. А.\*\*\*, Харченко И. И.\*\*\*,  
Марамуха И. В.\*\*\*, Бахарева Л. В.\*, Марамуха В. И.\*\*\*,  
Боненко В. П.\*\*\***

*ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования» МЗ Украины\*; КУ «Запорожский областной центр медико-социальной экспертизы»\*\*; КУ «Запорожская областная клиническая больница»\*\*\* (г. Запорожье)*

#### **РЕАБИЛИТАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С КОМПРЕССИОННЫМИ КОРЕШКОВЫМИ И РЕФЛЕКТОРНЫМИ СИНДРОМАМИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**

Около 80 % в общей популяции населения страдают вертеброгенными болями, преимущественно поясничной локализации, причиной которых является остеохондроз. Поэтому вопросы лечения и реабилитации больных этой нозологической группы являются чрезвычайно актуальными. Из года в год сохраняются стабильно высокие показатели первичного выхода на инвалидность. Так, в 2009 году показатель по данной нозологии составил 0,4 на 10 тыс. человек населения; в 2010 году — 0,4; и в 2011 — 0,4.

Цель работы: создание методик с использованием мануальной терапии (МТ), которые позволили бы эффективно проводить лечение и реабилитацию больных и инвалидов с неврологическими проявлениями остеохондроза поясничного отдела позвоночника столба.

Проанализировав результаты лечения и реабилитации 1319 больных и инвалидов с компрессионными корешковыми и рефлекторными синдромами поясничного остеохондроза прошедших лечение на протяжении трех лет, мы пришли к выводу о необходимости внедрения в широкую практику специально разработанных нами и адаптированных классических методик МТ. Мы применяли только щадящие составляющие МТ — постизометрическую и постреципрокную релаксацию мышц, точечный и сегментарный массаж, мышечные тракции. Кроме того, использовались физиотерапевтические процедуры, бальнеолечение, рефлексотерапия. Предложенные методики МТ применялись дифференцировано при корешковых компрессионных и рефлекторных синдромах поясничного остеохондроза. Медикаментозные средства мы не использовали, что позволило существенно снизить затраты на лечение больных и создать серьезную альтернативу нейрохирургическим вмешательствам на межпозвоночных дисках. Быстрее купировался болевой