

неблагоприятними факторами і сопряжені з формуванням более грубого неврологічного дефіцита як в початковій, так і наступних стадіях інсульту. Полученные результати дослідження дають передумовки для более детального изучения кардиального статусу у больных з ішемічним інсультом.

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 β -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