

Козелкин А. А., Медведкова С. А.

Запорожский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ ВЕРТЕБРО-ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СИНДРОМОВ

Одной из важных проблем современной неврологии является изучение клинических особенностей, диагностика, лечение и профилактика заболеваний периферической нервной системы.

Из 500 обследованных нами больных с неврологическими проявлениями дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) грудного отдела позвоночника у 27,8 % определялись комбинированные вертебро-висцеральные синдромы.

У 53 больных (38,1 %) диагностирован вертебро-гастроэнтеральный синдром — и у 16 пациентов (11,5 %) определялся вертебро-бронхопультмональный синдром.

Вертебро-гастроэнтеральный синдром был диагностирован у 53 больных, что составило 10,6 % от общего числа больных. Из них при дополнительном терапевтическом обследовании у 44 пациентов (83,0 %) определялась органическая патология (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический холецистит, гастродуоденит, хронический холецисто-панкреатит), поэтому мы их рассматривали как больных с комбинированными торако-гастроэнтералгиями. У 9 больных (17,0 %) имелись висцералгии, но без органической патологии со стороны органов желудочно-кишечного тракта, и они были отнесены к вертеброгенным торако-гастроэнтералгиям.

Вертеброгенное поражение грудных корешков и узлов симпатического ствола часто сопровождается болями в области органов брюшной полости и расстройствами их секреторной, эвакуаторной и трофической функций.

Основной жалобой больных с вертебро-гастроэнтеральным синдромом были боли в области живота, на фоне болей в спине, преимущественно в среднегрудном отделе. У 24 больных (45,3 %) боли локализовались в эпигастральной области, у 15 пациентов (28,3 %) — в правом подреберье и у 14 (26,4 %) наблюдалось сочетание болей в эпигастральной области и правом подреберье.

По характеру боли чаще были тупые, ноющие — у 50 больных (94,3 %), реже жгучие стреляющие — у 3 пациентов (5,7 %). У 45 больных (84,9 %) они сопровождались парестезиями, ощущениями дискомфорта в области желудка и желчного пузыря. У 16 больных (30,2 %) боли сочетались с чувством изжоги и тошноты, по-видимому это было обусловлено изменениями кислотности желудочного сока.

У 39 пациентов (73,6 %) боли в спине сопровождались болями и чувством тяжести в правом подреберье. Это сочетание болей было, вероятно, обусловлено ирритацией вегетативных симпатических образований и импульсацией из патологически измененного желчного пузыря.

У 40 больных (75,5 %) боли сопровождались чувством онемения, жжения, парестезиями в проекционных зонах, там же определялись явления гипалгезии и гиперпатии, носящие перманентный характер. Боли усиливались при поворотах туловища, наклонах, а также при нагрузках на среднегрудной отдел позвоночника.

При пальпации у всех больных определялась болезненность остистых отростков ThV — ThIX и паравертебральных точек. У 31 больного (58,5 %) выявлено функциональное блокирование сегментов ThVI — ThIX и у 22 пациентов (41,5 %) блокирование сегментов ThVII — ThX. Кроме того, у 28 человек (52,8 %) определялось блокирование соответствующих реберно-позвоночных сочленений.

Важно отметить, что при оказании нагрузки на заблокированные позвоночно-двигательные сегменты (ПДС) усиливались проявления висцералгии.

При миофасциальных мышечных триггерах (ММТ) наблюдалось напряжение и болезненность длинных разгибателей спины на средне-грудном уровне у 48 больных (90,6 %), причем у 26 из них (54,2 %) уровень сегментарного напряжения паравертебральных мышц не соответствовал уровню пораженного ПДС. По-видимому, это было связано с влиянием висцеральных очагов патологии. Кроме того у 21 больного (39,6 %) определялось умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. У 18 пациентов (34,0 %) при пальпации были выявлены зоны локальной миофасциации на уровне заблокированных ПДС.

Изменение конфигурации грудного отдела позвоночника определялось у 42 человек (79,2 %), чаще это были гиперкифоз

или уплощенный кифоз — 36 больных (85,7 %), реже мышечный сколиоз — у 6 пациентов (14,3 %).

Средняя величина повышения мышечного тонуса у больных с вертебро-гастроэнтеральным синдромом составила $1,8 \pm 0,5$, а коэффициент вибрационной отдачи был равен $5,8 \pm 1,2$.

Вертебро-бронхопультмональный синдром мы определяли у 16 больных, что составило 3,6 % от общего числа обследованных нами больных (500 человек). У всех больных этой группы была патология органов дыхания (хронический бронхит, хронический трахеит, хроническая пневмония, бронхиальная астма). Характерным для этой группы больных было хроническое рецидивирующее течение процесса, причем у 7 больных (43,8 %) рецидивы висцеральной патологии совпадали с вертебральными. Основной жалобой были боли в области грудной клетки по передней и задней поверхности. Наблюдалось затрудненное дыхание вследствие уменьшения экскурсии грудной клетки, которое было обусловлено изменением конфигурации грудного отдела позвоночника (87,5 % — гиперкифоз), а также функциональным блокированием ПДС у всех больных (преимущественно верхне- и средне-грудных сегментов). У 9 больных (56,3 %) при ММТ определялись нейродистрофические узлы в межреберных мышцах. Кроме того у 13 больных (81,2 %) определялось функциональное блокирование дополнительных сочленений (реберно-грудных и реберно-позвоночных), соответствующих заблокированным ПДС.

Все эти патобиомеханические расстройства ведут к ограничению дыхательной экскурсии ребер и уменьшению подвижности купола диафрагмы. По нашему мнению при комбинированных вертебро-бронхо-пультмональных проявлениях патологии органов дыхания оказывает влияние на состоянии грудного отдела позвоночника и грудной клетки и в свою очередь патобиомеханические расстройства вследствие ДДЗ грудного отдела позвоночника влияют на дыхательную функцию.

Таким образом, при сочетании вертебральной и висцеральной патологии, наблюдается своеобразие клинических проявлений и атипичное течение заболевания, обусловленное взаимовлиянием и взаимозависимостью двух патологических процессов. Это необходимо учитывать при диагностике для правильной интерпретации полученных данных, а также для назначения адекватной терапии.

УДК 616.831-005.4-08

Козелкин А. А., Медведкова С. А., Кузнецов А. А.

Запорожский государственный медицинский университет

ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕЙРОМЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ И РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДАХ

Одной из важных проблем современной неврологии является организация реабилитационной помощи больным с мозговыми инсультами. Это обусловлено их высокой распространенностью, заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью. Ежегодно в мире регистрируется около 7 млн. инсультов, из них около 4 млн. больных погибает. В Украине каждый год регистрируется от 110 до 120 тыс. инсультов. Высокая инвалидизация больных перенесших инсульт (всего 15—20 % возвращается к труду), зачастую требующих ухода 1—2 трудоспособных родственников, определяют и социально-экономическую значимость данной проблемы.

В настоящее время не вызывает сомнений значимость медикаментозной реабилитации для улучшения процессов восстановления утраченных функций.

Цель исследования: Сравнительный анализ фармакологического действия препаратов Цераксон и Актовегин.

Под нашим наблюдением в клинике нервных болезней ЗГМУ находились 82 пациента (45 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 48 до 84 лет (средний возраст $63,8 \pm 0,8$ года) в остром и раннем восстановительном периодах мозгового ишемического инсульта. В зависимости от применяемой терапии все больные были разделены на 3 группы с соблюдением условий рандомизации по возрасту, полу, исходной степени выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS.

В первую клиническую группу вошли 37 больных (20 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 50 до 76 лет (средний возраст $63,9 \pm 1,1$ лет). Пациенты данной группы в дополнение к традиционной терапии получали Цераксон в сочетании с Актовегином. Цераксон использовали по следующей схеме: 1—10 сутки — 1000 мг в/в капельно на 200 мл физиологического раствора

2 р/д; 11—30 сутки — 200 мг перорально 3 р/д. Схема застосування Актівегіна складалася в наступному: 1—5 сутки — 250 мл 20 % розчину (2000 мг) в/в капельно 1 р/д; 6—10 сутки — 250 мл 10 % розчину (1000 мг) в/в капельно 1 р/д; 11—30 сутки — 400 мг в/в капельно на 200 мл фізіологічного розчину 1 р/д.

Другу клінічну групу склали 25 пацієнтів (14 чоловік і 11 жінок) в віці від 48 до 84 років (середній вік 63,5 ± 1,8 років), які отримували Цераксон за схемою: 1—10 сутки 1000 мг в/в капельно на 200 мл фізіологічного розчину 2 р/д; 11—30 сутки — 200 мг перорально 3 р/д.

Третью контрольну групу склали 20 пацієнтів (11 чоловік і 9 жінок) в віці від 51 до 77 років (середній вік 64,0 ± 1,7 років), які отримували тільки традиційну терапію. Остання включала призначення гіпотензивних, дегідративних засобів (L-лізину есцинату 10 мл на 200 мл фізіологічного розчину 1—5 сутки, при необхідності — маннітол в кількості 100 мл в/в капельно 2 р/д), а також препаратів, нормалізуючих реологічні властивості крові (низкомолекулярний гепарин в профілактичній дозі підкожно в течение 1—7 суток або пентоксифілін в дозі 5 мл на 200 мл фізіологічного розчину на протязі 7—10 днів в поєднанні з ацетилсалicyловою кислотою в дозі 100 мг в сутки).

Комплексний кількісний аналіз вираженості регресу неврологічного дефіциту за шкалами NIHSS та mRS дозволило диференціювати ступінь ефективності проводимої терапії, при цьому високої ступеню ефективності відповідувало зниження сумарного клінічного балла за шкалою NIHSS ≥ 5 балів, по mRS > 1 бала; помірна ефективність реєструвалася при зниженні показателя по шкалі NIHSS на 5 балів, по mRS — на 1 бал; низька ефективність визначалася при зниженні показателя по шкалі NIHSS менше, ніж на 5 балів, при відсутності динаміки по mRS.

Проведене дослідження виявило найбільш високу ступінь ефективності терапії хворих в гострому та ранньому відновлювальному періодах мозкового ішемічного інсульту при поєднанні нейропротекції з застосуванням Цераксону та Актівегіна, висока ефективність відзначена в 84,5 % випадків, помірна — в 15,5 % випадків. Мононейропротекція з застосуванням Цераксону також була дуже ефективною в порівнянні з групою контролю, однак декілька уступала комбінованій терапії: висока ефективність відзначена в 70 % і 30 % випадків відповідно. В третій групі на фоні традиційної терапії висока ефективність відзначалася тільки в 55,6 % випадків, помірна — в 33,3 %, низька — в 11,1 %.

Таким чином, системна нейрореабілітація хворих з мозковим інсультом є високоєфективною моделлю, що дозволяє проводити програму соціальної, побутової та трудової адаптації хворих, впроваджує сучасні, патогенетично обґрунтовані лікувальні та реабілітаційні комплекси з диференційованим використанням різних методів та способів, покращуючи результати лікування.

УДК 616.831-005-092:616.13/14

О. А. Козьолкін, * С. В. Яркова**

Запорізький державний медичний університет*,
Університетська клініка ЗДМУ (м. Запоріжжя)**

ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ТА ВЕНОЗНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ II СТАДІЇ

За останні роки в нашій країні суттєво зросла поширеність цереброваскулярних захворювань, особливо хронічних форм недостатності мозкового кровообігу (частка інсульту становить всього близько 4 %). Цереброваскулярні захворювання протягом багатьох років посідають друге місце у структурі смертності населення України після ішемічної хвороби серця. Спостерігається збільшення судинно-мозкової патології серед осіб працездатного віку. Широке розповсюдження, висока смертність та інвалідизація населення внаслідок цереброваскулярних захворювань ставлять діагностику, профілактику та лікування цих захворювань в один ряд з найактуальнішими медико-соціальними проблемами.

Мета: вивчення особливостей артеріальної та венозної церебральної гемодинаміки та стану її компенсаторно-приспосовувальних можливостей у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії.

Обстежено 50 пацієнтів, з них 39 хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії на тлі церебрального атеросклерозу,

артеріальної гіпертензії, або їх поєднання, віком від 44 до 68 років (середній вік 55,16 років), з яких 10 було чоловіків (25,64 %) і 29 — жінок (74,36 %), також 11 пацієнтів відповідного віку без клінічних ознак цереброваскулярної патології, які склали групу контролю. Пацієнтам проведені такі дослідження: клініко-неврологічне, нейропсихологічне тести (шкала Mini Mental State Examination (MMSE), Монреальська шкала (MoCA), дослідження церебральної гемодинаміки методом дуплексного сканування екстракраніальних судин та транскраніальне дуплексне сканування (з оцінкою комплексу інтима-медіа (KIM), швидкісних показників кровообігу артеріального та венозного русла, індексів пульсативності та резистивності, цереброваскулярної реактивності артеріальної та венозної ланки), МРТ головного мозку. Опрацювання отриманих даних проводили за допомогою пакета програм Statistica for Windows 5.0 (Statsoft, США).

В результаті проведених досліджень виявлені такі особливості стану цереброваскулярного русла. Так, товщина KIM праворуч становила від 0,06 до 0,11 см (у середньому 0,064 см), ліворуч становила від 0,05 до 0,11 см (у середньому 0,067 см). Атеросклеротичні бляшки були виявлені у 18 пацієнтів (46,15 %), у 7 з них (17,95 %) ураження було білатеральним. Всього виявлено 30 атеросклеротичних бляшок. З них 53,33 % бляшок — локальні, 20 % бляшок поширені, 26,66 % напівконцентричні. Щодо характеристики поверхні бляшок, рівню поверхні мали 23,33 % бляшок, нерівну — 23,33 %. Гомогенних бляшок з низьким значенням ультразвукової щільності, «м'яких» (за класифікацією Geroulakos et al., 1993) виявлено 36,66 %, гетерогенних бляшок з переважанням структур низької ультразвукової щільності виявлено 13,33 %, гетерогенних з переважанням структур високої ультразвукової щільності виявлено 43,33 %, гомогенних бляшок з високим значенням ультразвукової щільності — 6,66 %. Ступінь стенозу був зареєстрований від 20 до 45 %. У 79,48 % хворих виявлені деформації (елонгації або звивистості) загальних сонних артерій (ЗСА), у 92,30 % — внутрішніх сонних артерій (ВСА), непрямолінійність ходу або звивистість хребцевих артерій (ХА) була виявлена у всіх хворих. Лінійна швидкість кровотоку була знижена по ЗСА у 7,69 % пацієнтів, по ВСА — у 15,38 %, по СМА — у 28,20 %, по ЗМА — 51,28 %, по ХА — 53,84 %. Підвищення ЛШК по венозним колекторам виявлено у 69,23 % хворих. Зниження компенсаторних можливостей цереброваскулярного русла, а саме: зниження цереброваскулярної реактивності по СМА виявлено у 82,05 % пацієнтів, а також у 69,23 % хворих виявлено зведення цереброваскулярного резерву по венам Розенталя.

У хворих на дисциркуляторну енцефалопатію II стадії відзначається помірна атеросклеротичне ураження брахіоцефальних артерій (БЦА) з проявами гемодинамічно незначущого стенозування, деформації БЦА, а також помірне зниження ЛШК в екстра- та інтракраніальних артеріях. Також виявлена велика кількість пацієнтів з порушенням венозного кровообігу та зведенням цереброваскулярного резерву, що вказує на необхідність подальшого вивчення особливостей венозної ланки церебральної гемодинаміки та цереброваскулярного резерву.

УДК 616.36-073.213.5

Корженевський Ю. Л.

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ОСОБЛИВОСТІ ДЕЯКИХ РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНИХ ТА РЕОГЕПАТОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

Мета: Дослідження основних реоенцефалографічних та реогепаатографічних показників у осіб молодого та середнього віку з хронічними гепатитами (ХГ) та цирозом печінки (ЦП).

В даному дослідженні наведені результати фрагменту обстеження 30 (20 осіб з ХГ та 10 осіб з ЦП) осіб, яким проводилися реоенцефалографія (РЕГ) та реогепаатографія (РГГ).

Середній вік хворих склав 43,3 ± 9,6 роки. Крім інструментальних досліджень деталізовано та проаналізовано скарги, анамністичні дані, проведено детальне дослідження неврологічного статусу.

За результатами проведення РЕГ виявлено зниження пульсового кровонаповнення в каротидному басейні (КБ) у 62 % хворих (84,6 % хворих з ХГ та 25 % хворих з ЦП). У вертебробазиллярному басейні (ВББ) зниження кровонаповнення реєструвалося у 62 % хворих (84,6 % хворих з ХГ та 37,5 % хворих з ЦП).

Підвищення кровонаповнення в КБ було виявлено у 23,8 % хворих (15,4 % хворих з ХГ та 37,5 % хворих на ЦП);