

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 застосування 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 дозволив диференціювати ступінь ефективності проводимої терапії, при цьому високої ступеню ефективності відповідає 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 восстановительному 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, що покращує 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 атеросклеротична ураження брахіоцефальних артерій (БЦА) з проявами гемодинамічно незначущого стенозування, деформації БЦА, а також помірна 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 фрагменти 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 вертебральному 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);

у вертебробазиллярному басейні — у 14,3 % хворих (15,4 % хворих з ХГ та 12,5 % хворих з ЦП).

У 76,1 % хворих (69,2 % з ХГ та 87,5 % з ЦП) в КБ було виявлено утруднення венозного відтоку. У ВББ утруднення венозного відтоку реєструвалося у 90,4 % (100 % хворих з ХГ та 75 % хворих з ЦП).

Підвищення артеріального тону у КБ реєструвалося у 81 % хворих (69,2 % хворих з ХГ та 100 % хворих з ЦП). У ВББ цей показник був порушений 85,7 % хворих (77 % хворих з ХГ та 100 % хворих з ЦП).

Аналіз результатів РГГ показав зниження у 100 % хворих показника пульсового об'ємного кровонаповнення, підвищення тону крупних артерій печінки лише у 15,8 % хворих з ХГ, зниження тону — у 50 % хворих (47,3 % хворих з ХГ та 57,1 % хворих з ЦП). Підвищення тону невеликих артерій печінки виявлено у 10,5 % хворих на ХГ та 14,3 % хворих з ЦП, зниження тону — у 84,6 % (89,5 % хворих з ХГ та 71,4 % хворих з ЦП).

Подовження часу венозного відтоку виявлено у 57,6 % хворих (57,9 % хворих з ХГ та 57,1 % хворих з ЦП), вкорочення часу венозного відтоку зареєстровано у 38,4 % хворих (42,1 % хворих з ХГ та 28,5 % хворих з ЦП).

Ознаки підвищення тону вен та застою крові у печінці були зареєстровані у 50 % хворих (47,3 % хворих з ХГ та 50 % хворих з ЦП). Зниження тону вен зареєстровано у 36 % хворих (31,5 % хворих з ХГ та 57,1 % хворих з ЦП).

Виявлені зміни основних реоенцефалографічних та реогепаграфічних показників у хворих з хронічним гепатитом були подібними до змін у хворих з цирозом печінки, однак мали певні особливості.

Доцільним є включення методів РЕГ та РГГ в комплексний план досліджень для виявлення ранніх змін основних показників мозкового та печінкового кровотоку та їх подальшої корекції та контролю за лікуванням.

УДК: 616.839:616.831-001.31:615.846

Коришняк В. О.

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

КОРЕКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ МЕТОДОМ КВЧ-ТЕРАПІЇ

Порушення вегетативної нервової системи (ВНС) є розповсюдженими в структурі як амбулаторної, так і стаціонарної неврологічної захворюваності. Їх частота складає від 30 до 80 % обстежених з наслідками закритої черепно-мозкової травми. В різних регіонах України частота ЧМТ складає у середньому від 4 % до 4,2 %, тобто 200 тис. осіб щорічно, що потребує, у традиційному плані, використання набору різних класів фармакологічних засобів з певною спрямованістю дії; водночас підвищена алергізація, непереносимість або парадоксальна реакція на ліки обмежує можливість їх застосування та обумовлює недостатню ефективність лікування.

Обстежено 50 хворих з віддаленими наслідками закритих черепно-мозкових травм (ВНЗЧМТ) віком від 25 до 45 років в стадії декомпенсації.

Для оцінки стану вегетативного гомеостазу досліджували вегетативний тону (ВТ), вегетативну реактивність (ВР) та вегетативне забезпечення діяльності (ВЗД). Для вивчення ознак вегетативних порушень використовували «Опитувальник для вивчення вегетативних порушень» (сума балів 15 та вище) та «Схему дослідження вегетативних порушень» (сума балів 25 та вище).

Краніовисокочастотну терапію проводили за допомогою генератора Г4-141 з діапазоном генеруючих частот від 37,50 до 53,57 ГГц, випромінюючою потужністю, яка не перевищувала 2 мВт/см². Курс лікування складав 9—14 сеансів щоденно. Тривалість сеансу складала 25—30 хвилин. Для кожного хворого підбиралася індивідуальна резонансна частота, яка викликала характерні сенсорні реакції. Використовували біологічно активні точки — TR₅, VB₂₀, F₂, RP₆, VG₄, E₃₆, F₃, MC₇, E₉.

Результати вивчення ВТ та ВР у хворих з ВНЗЧМТ до та після КВЧ-терапії показало збільшення кількості хворих з ейтонією та зменшення з симпатикотонією (з 50 % до 24 %). Виявлені порушення ВТ та ВР у цієї групи свідчать про дизрегуляцію та дезінтеграцію надсегментарного апарату ВНС. Проведення курсу КВЧ-терапії сприяє відновленню інтеграції та керованості надсегментарного апарату ВНС.

До початку лікування за даними орто- і кліностатичної проб спостерігалось недостатнє ВЗД. Потрібно відзначити

виснаженість вегетативного забезпечення, що проявлялося низькою, ослабленою частотою серцевих скорочень (ЧСС) в інтервалі 40—60 с першої хвилини. Після КВЧ-терапії показники значно покращилися, що свідчить про нормалізуючий вплив на стан ВНС та відповідно і на процеси адаптації.

За результатами ЧСС в орто- і кліностатичній пробах до початку лікування спостерігалось недостатнє ВЗД на 1, 3, 5-й хвилинах інтервалу часу. Окрім того, реакція ВНС (за даними динаміки ЧСС при кліностатичній пробі) була спотворена, що свідчить про порушення адаптаційних можливостей ВНС у цих хворих. Після КВЧ-терапії показники значно покращилися і практично наблизилися до цифр контрольної групи. Крім того, динаміка цього показника (ЧСС) також стає подібною до контрольної групи.

Таким чином, у хворих з ВНЗЧМТ характерно значне напруження симпатичних відділів ВНС, ослаблення та дисфункція вегетативної регуляції. Проведення КВЧ-терапії забезпечує нормалізацію або наближення до неї більшості показників ВНС. Можна думати, що має місце ліквідація дизрегуляційних порушень, яка обумовлена відновленням нормальної ритмічності процесів життєдіяльності, що сприяє покращанню нейрореабілітації хворих.

УДК 616.831-001.31-06:615.846

В. О. Коришняк¹, О. В. Коришняк²

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)¹, Харківська медична академія післядипломної освіти²

ДИНАМІКА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ З ВІДДАЛЕНИМИ НАСЛІДКАМИ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ДО ТА ПІСЛЯ КВЧ-ТЕРАПІЇ

Актуальною проблемою сучасної медицини є реабілітація хворих з наслідками черепно-мозкової травми, яка часто призводить до втрати працездатності, стійкого порушення фізичних та соціальних можливостей хворих. В останні роки має місце збільшення невротичних розладів у даної групи пацієнтів. Їх розвитку сприяє зростаюча економічна та ідеологічна нестабільність, природні та техногенні катастрофи, хронічна стресова напруженість. Функціональна неповноцінність надсегментарних вегетативних та неспецифічних структур мозку, яка має відношення до механізмів пристосування, регуляції, зберігається на довгі роки після черепно-мозкової травми і може маніфестувати під дією різних зовнішніх та внутрішніх факторів.

На цьому фоні в психічній сфері виявлені порушення вищої нервової діяльності. Порушення пам'яті торкалися тією чи іншою мірою трьох основних її компонентів: запам'ятовування, ретенції і репродукції та мали фіксований характер. Про порушення інтелектуальної діяльності свідчило збільшення розбіжностей у якості суджень та умовиводів зі здатністю розуміти в повному обсязі отримувані відомості. Порушення уваги, зниження операційної сторони мислення, механічної та опосередкованої пам'яті посилювалися та ставали більш виразними при розвитку втоми. Виявлялося різке збіднення запасу знань, звуження кола інтересів різного ступеня вираженості. Відбувалось порушення передумов чуттєвого пізнання оточуючого світу, усі види сприйняття мали неточний та нестійкий характер. Цьому сприяли слабкість активної уваги, їх неуважність, підвищена відволікальність.

Афективні реакції в осіб даної групи були нестійкими та нетривалими. Зміна афекту відбувалася як перед дією психотравматичної ситуації, так і спонтанно. Дослідження виявило у цієї групи хворих наявність астенії, іпохондричного синдрому, виснаженості психічних процесів.

Після краніовисокочастотної терапії у хворих турбота про здоров'я припиняє носити надцінний характер, підвищується рівень активності, з'являються нові інтереси, відбувається повернення до суспільного життя. Пацієнти стали більш активними, ініціативними, збільшилися гучність мислення. У спілкуванні вони ставали більш невимушеними, легше пристосовуються і переносять зміну обстановки, більш стійкі у соціальних конфліктах. Значно ослабло відчуття внутрішньої напруженості, підвищилася стійкість настрою, знизилася обривчастість, збудливість і чутливість.

Істотно зросла здатність організувати поведінку до стійких думок, інтересів і цілей, підвищилися прагнення планувати на майбутнє і не хехтувати наслідками своїх дій. Збільшилася здатність отримувати користь з досвіду, що веде до уникнення повторних конфліктів з оточуючими.