

Целью нашего исследования явилось изучение роли миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации и биомеханических изменений позвоночника в генезе СПА.

Обследовано 107 пациентов (60 женщин, 47 мужчин) с синдромом позвоночной артерии в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст — $36 \pm 3,7$ года). Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц с неизменённой биомеханикой позвоночного столба. Всем пациентам проведено клинико-неврологическое, мануальное обследование, визуальная диагностика биомеханических нарушений, рентгеновская спондилография шейного отдела, функциональная ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга. В течение 2 недель больные получали мануальную терапию, направленную на биомеханическую коррекцию позвоночного столба и устранение миофасциальных триггерных точек, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, целью которой было закрепление результатов мануальной терапии, а также — растяжение мышц шеи и плечевого пояса.

Визуальная диагностика выявила следующие нарушения биомеханического паттерна у больных с СПА: у 24 % пациентов выявлена антепульсия головы с шейным гиперлордозом, экстензией в атланта-окципитальном суставе и уменьшением краниовертебрального угла, компрессией фасеточных суставов и задних поверхностей тел позвонков, которая сопровождалась мышечно-скелетным дисбалансом в виде укорочения задних шейных мышц и удлинения передних шейных мышц. Максимальное напряжение и активные триггерные точки (ТТ) у пациентов этой группы были выявлены в субокципитальных мышцах, в мышце, поднимающей лопатку, лестничных, грудино-ключично-сосцевидных мышцах и в верхних порциях трапециевидной мышцы. Одновременно отмечалась функциональная слабость в длинных мышцах шеи и головы, в подъязычных мышцах. Компенсаторно у пациентов этой группы формировалась кифотическая установка грудной клетки с внутренней ротацией плечевых суставов и одновременной элевацией ключиц и лопаток. При этом отмечалось укорочение и активные триггерные точки в большой и малой грудных мышцах и функциональная слабость средней и нижней порций трапециевидных мышц, ромбовидной мышцы, нижней части передней зубчатой мышцы. В 44 % наблюдений отмечалась асимметрия нижних конечностей с деформацией контуров тела во фронтальной плоскости, вентромедиальным или дорсолатеральным смещением центра тяжести, формированием косоного или косо-скрученного таза, S-образного сколиоза, перестройкой осевого скелета с перегрузкой мышц верхнего плечевого пояса и шеи, которые компенсировали смещение центра тяжести от вертикальной оси. При этом отмечалось напряжение и активные ТТ в лестничных мышцах, в грудино-ключично-сосцевидной мышце, в мышце, поднимающей лопатку, в верхних пучках трапециевидной мышцы. В 32 % случаев отмечалась комбинация описанных выше биомеханических паттернов — сочетание укорочения ноги, формирования косоного или косо-скрученного таза, асимметрии мышц плечевого пояса с антепульсией головы, внутренней ротацией плечевых суставов, грудным кифозом и элевацией структур верхнего плечевого пояса. Проведенная УЗДГ продемонстрировала у пациентов исследуемой группы наличие вазоспазма в позвоночных артериях (ПА) при проведении функциональных проб (индекс пульсации ПА на 21 % выше, чем в контрольной группе). При этом асимметрия кровотока совпадала со стороны максимального мышечного спазма. Выявлена положительная корреляция между количеством активных ТТ в мышцах шеи и выраженностью ангиоспазма ($r = 0,47$, $p < 0,01$). Нормализация биомеханики, устранение мышечно-

го напряжения и ликвидация активных ТТ в результате проведенного лечения способствовали устранению ангиоспазма и нормализации церебральной динамики по данным УЗДГ.

Одним из этиологических факторов развития СПА у лиц молодого возраста являются патобиомеханические изменения позвоночного столба, приводящие к развитию миофасциального болевого синдрома и миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации. Коррекция биомеханических нарушений и устранение активных ТТ способствует нормализации гемодинамики в системе позвоночных артерий.

УДК 616.832-004.2:577.161.2-08

*Малик С. Л., Желіба Л. М., Московко Г. С.,
Костюченко А. В., Руденко Г. С.*

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Вплив однорічного застосування вітаміну D₃ на перебіг множинного склерозу

Мета дослідження: в рамках тестування гіпотези про патогенетичну роль дефіциту вітаміну D у формуванні та перебігу множинного склерозу (МС), вивчався вплив річного курсу вітаміну D₃ на кількість загострень та прогресування захворювання.

Популяційна когорта з 158 пацієнтів (48 чоловіків, 110 жінок) з рекурентно-ремітуючим перебігом МС (середній вік — $36,97 \pm 8,67$ роки, середня тривалість захворювання — $9,44 \pm 6,47$ роки, оцінки за шкалою EDSS — 4,0 бали (1,5—6,0), була поділена на 4 групи: I (контроль) склали 75 хворих з природним перебігом МС, пацієнти II групи ($n = 22$) отримували імуномодуляторну терапію (бета-інтерферони чи глатирамеру ацетат) відповідно до наявних інструкцій. Пацієнтам групи III ($n = 32$) був призначений офіційний препарат холекальциферолу (Аквадетрим® Вітамін D₃). В IV групі ($n = 29$) пацієнтам поєднували імуномодуляторну терапію та Аквадетрим® Вітамін D₃. Річний курс холекальциферолу складався з 4000 МО/добу наприкінці осені та взимку і 500—1500 МО/добу навесні та влітку (III та IV групи). Статистичний аналіз виконували у статистичному пакеті SPSS2.0 (©SPSS Inc.).

На момент включення в дослідження середній рівень 25(OH)D в крові хворих складав $54,23 \pm 15,19$ нмоль/л (нормативний рівень для здорових — 75,0—200,0 нмоль/л). В I групі хворих рецидиви МС задокументовано у 34 (45,3 %) осіб, в II групі — в 9 (40,9 %) випадках, в III — в 11 (34,4 %) випадках, а в групі холекальциферолу та імуномодуляторної терапії (IV) — в 7 (24,1 %) випадках. Порівняння отриманих даних щодо ролі проведеної хворим терапії у загостреннях МС не виявило різниць щодо частоти випадків екзацербаций у I та II групах ($p > 0,05$). Водночас, зафіксовано на 21,2 % менше випадків загострень МС у хворих IV групи (24,1 % проти 45,3 % в I групі; CI: 0,38; DI: [0,146—1,006], $p = 0,047$). Отже, доповнення імуномодулюючої терапії препаратом холекальциферолу (вітаміну D₃) асоціювалось із зменшенням частки пацієнтів, які мали загострення МС протягом річного курсу компенсації дефіциту обміну 25(OH)D, майже у 2 рази. Звертає увагу тенденція до зменшення кількості екзацербаций в III групі пацієнтів, які отримували холекальциферол, але без модифікуючої терапії (34,4 % проти 45,3 % у пацієнтів з природним перебігом, без терапії). Вірогідно, відносно невеликий розмір III групи є фактором, що впливає на достовірність різниці, яка спостерігається.

Під час порівняння кінцевих і початкових даних оцінок EDSS у групі хворих з природним перебігом МС (I група), за допомогою тесту Wilcoxon для двох залежних вибірок від-

значено відсутність значущих різниць щодо неврологічного дефіциту. Така саме динаміка спостерігалась і у пацієнтів, що отримували тільки хвороба-модифікуючу терапію.

В групі лікування препаратом вітаміну D₃ (III група) середня оцінка EDSS через 1 рік залишилася без змін, але в цій групі на 10,4 % більше хворих протягом однорічного періоду спостереження зберігають стабільність неврологічного стану, ніж у групі пацієнтів без такого лікування ($p = 0,021$).

У хворих, які отримували холекальциферол на тлі лікування імуномодулюючими засобами (IV група), траплялося погіршення зорової функції (СШ: 0,16; ДІ: [0,019—1,124], $p = 0,048$), але достовірної динаміки сумарних оцінок EDSS не встановлено.

Результати проведеного дослідження показали зниження частоти рецидивів МС у пацієнтів, передусім, які використовували вітамін D як доповнення до лікування імуномодулюючими препаратами і певні позитивні тенденції при монотерапії холекальциферолом. Відмінностей у змінах оцінок функціональної спроможності за шкалою EDSS між досліджуваними групами не спостерігалось. Натомість, є підстави рекомендувати вживання препаратів вітаміну D у хворих з МС у фізіологічних, безпечних дозах.

УДК 616.853-02:616-001.3-036.8-037

Мар'єнко Л. Б., Мар'єнко К. М.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)*

Наслідки лікування та прогноз післятравматичної епілепсії

Частота розвитку післятравматичної епілепсії (ПТЕ) складає 2—5 % після закритої і до 50 % після відкритої черепно-мозкової травми (ЧМТ). Вважають, що основними предикторами розвитку ПТЕ є виникнення нападів в гострому періоді травми (ранні — в межах одного тижня — так звані гострі симптоматичні епілептичні напади, або пізні — після двох і більше тижнів після ЧМТ), а також ступінь її тяжкості. У дослідників все ще немає впевненості в тому, що фармакологічне лікування наслідків ЧМТ з превентивним призначенням протиепілептичних препаратів (ПЕП) одночасно сприяє профілактиці ПТЕ.

Метою дослідження було вивчення результатів лікування і прогнозу пацієнтів з ПТЕ порівняно з іншими формами симптоматичної епілепсії (СЕ) шляхом тривалого (в середньому $8,3 \pm 3,0$ роки) спостереження.

Під наглядом перебували 236 пацієнтів з різними етіологічними формами симптоматичної епілепсії, серед них 46 пацієнтів із ПТЕ (19,5 %): 33 чоловіки (71,7 %) і 13 жінок (28,3 %) віком від 21 до 82 роки (середній вік — $41,7 \pm 14,9$ роки). Середній вік початку захворювання становив $24,9 \pm 14,6$ роки. Всім пацієнтам проводили МРТ та неодноразово — ЕЕГ обстеження.

Легкі закриті ЧМТ діагностовано у 34 осіб (73,9 %), середнього і тяжкого ступеня — у 10 осіб (21,7 %), з них троє пацієнтів були прооперовані з приводу субдуральної гематоми. Двоє осіб (4,4 %) перенесли відкриті проникаючі ЧМТ в поєднанні із забоем тяжкого ступеня. У більшості пацієнтів перші неспровоковані напади виникали протягом кількох місяців після перенесеної ЧМТ (67,4 % хворих), але були випадки появи перших приступів через 3—5—7 років. Незважаючи на клінічну діагностику ЧМТ легкого ступеня у більшості пацієнтів в первинній документації, в усіх хворих виявлені структурні зміни головного мозку на МРТ.

У більшості пацієнтів з ПТЕ спостерігались часті — у 23 (50,0 %) і дуже часті напади — у 11 (23,9 %), тобто від 1 до 5—6

на місяць, причому часто поєднувались три типи приступів — прості і складні вогнищеві та вторинно-генералізовані, що статистично достовірно приводило до фармакорезистентності ($p < 0,01$). Загалом при ПТЕ 20 осіб (43,5 %) перебували в ремісії, у 26 (56,5 %) напади залишались неконтрольованими, незважаючи на використанні різні режими прийому ПЕП. Якщо початок ПТЕ відбувся у віці до 12 років, то хвороба набувала найбільш несприятливого перебігу: у 80 % пацієнтів надалі розвинулась фармакорезистентність ($p < 0,05$). Зриви ремісії найчастіше відбувались у пацієнтів із ПТЕ та з алкогольною СЕ (23,9 % і 58,3 % відповідно), здебільшого через некомплаєнтність та вживання спиртних напоїв. Серед всіх пацієнтів із СЕ найгірші результати терапії з розвитком фармакорезистентності були у хворих з ПТЕ, з медіальним темпоральним склерозом і з дитячим церебральним паралічем. У пацієнтів з ПТЕ коморбідний вторинний інтер-та періктальний біль голови виникав достовірно частіше, ніж при СЕ іншої етіології ($p < 0,05$). Соматична коморбідність виявлялась у пацієнтів з ПТЕ поряд із особами із судинною та з алкогольною СЕ. Це було пов'язано як з появою вік-залежної соматичної патології, так і з вторинними ускладненнями з боку внутрішніх органів у віддаленому періоді ЧМТ з розвитком поліорганної патології. Сійка втрата працездатності також була характерною для пацієнтів з ПТЕ ($p < 0,01$), що було зумовлено не тільки несприятливим перебігом СЕ, але і неврологічним дефіцитом різного ступеня.

Отже прогноз щодо розвитку ПТЕ залишається серйозним навіть при перенесеній легкій ЧМТ з вірогідністю фармакорезистентного перебігу епілепсії.

УДК 614.2:616.853

Мар'єнко Л. Б., Мар'єнко К. М., Ткачук Л. Й.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)*

Десятирічний досвід роботи Львівського обласного протиепілептичного центру: підсумки та перспективи

Львівський обласний протиепілептичний центр був створений 2006 року на базі кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні. Відповідно до затвердженого Положення центру (а на цей час і відповідно до вимог уніфікованих клінічних протоколів «Епілепсія у дорослих» та «Епілепсія у дітей»), первинні пацієнти скеровуються на консультацію в центр за умови труднощів діагностики і/або безуспішності лікування у лікаря-невролога вторинної ланки, а також з метою обліку і подальшого спостереження.

За час існування центру була надана консультативна допомога більш як 8,5 тис. пацієнтів, з них близько 10 % — діти і підлітки, 8,4 % осіб — з інших областей Західно-українського регіону. Від 6 до 10 % пацієнтів щороку проходять стаціонарне обстеження з метою диференціальної діагностики епілептичних і неепілептичних пароксизмальних станів, підбору або корекції лікування, визначення ступеня працездатності та ін. Відповідно до рекомендацій Міжнародної протиепілептичної Ліги (1997) усім пацієнтам обов'язково проводять ЕЕГ і МРТ дослідження. За останні роки з'явилась можливість використання МРТ з потужністю магнітного поля 1,5 Т, а також відео-ЕЕГ-моніторингу, що дозволило встановити діагноз симптоматичної епілепсії близько 15 % пацієнтів, у яких етіологія захворювання тривалий час була невідомою — криптогенна епілепсія. Це, в свою чергу, дало можливість скерувати деяких хворих на нейрохірургічне лікування.