

або тільки гіпотонією, що відрізняє таких хворих від інших. Практичне застосування соматотипу може бути поширене як критерій вибору коригувальних заходів щодо МТП, насамперед медикаментозних і немедикаментозних засобів, прийомів і пристроїв біомеханічної корекції із міорелаксуючою та міотонізуючою дією. Отримані результати є підґрунтям і вказують на перспективність розвитку конституціонального напрямку у вертеброневрології.

УДК 616.89-008.19-02:[616.831-005-06:616.831.9-008.811.1

Насалик Р. Б., Шкробот С. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України» (м. Тернопіль)

Деякі особливості кровопостачання головного мозку у пацієнтів з гідроцефалією при хронічній ішемії мозку

Хронічна ішемія мозку (ХІМ) зумовлена повільно прогресуючою дифузною недостатністю кровопостачання мозкової тканини, що веде до прогресуючого погіршення функціонування головного мозку (Мищенко Т. С., 2016). Існує ціла низка досліджень, в яких вивчалися гемодинамічні порушення у хворих на ХІМ (Дзяк Л., Голик В., 2008; Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф., 2006). Проте, особливості кровопостачання головного мозку у хворих з гідроцефалією (ГЦ) при ХІМ є маловивченими (Дац Ю. В., 2003).

Мета — виявити особливості стану інтракраніального відділу брахіоцефальних судин та виявити їх зв'язок з морфометричними показниками головного мозку у пацієнтів з гідроцефалією при ХІМ.

Нами було обстежено 100 хворих з ХІМ (чоловіків — 61 (61 %), жінок — 39 (39 %)). Середній вік хворих склав $65,4 \pm 9,4$ роки. Фоновим захворюванням у 88 (88 %) пацієнтів була гіпертонічна хвороба, симптоматична артеріальна гіпертензія — у 12 (12 %), церебральний атеросклероз у 67 (67 %). ХІМ 1 ступеня була встановлена у 21 (21 %), ХІМ 2 ступеня — у 66 (66 %), ХІМ 3 ступеня — у 13 (13 %) хворих. Гідроцефалію при ХІМ діагностували відповідно до критеріїв, розроблених Верещагінін Н. В. Легкий ступінь ГЦ спостерігався у 22 (26,2 %), помірний — у 44 (52,4 %), важкий — у 18 (21,4 %) пацієнтів.

Усі хворі були поділені на 2 групи. До 1 групи увійшли 84 хворих з ХІМ, що супроводжувалася ГЦ. Серед них було 53 чоловіки (63,1 %) та 31 — жінки (36,9 %), віком від 51 до 76 років, середній вік яких склав $61,04 \pm 8,72$ роки.

2 групу (групу порівняння) склали 16 пацієнтів без проявів ГЦ, серед них було 11 жінок (68,75 %) та 5 чоловіків (31,25 %), віком від 47 до 76 років, середній вік — $62,56 \pm 9,49$ роки.

Стан церебральної гемодинаміки оцінювали за допомогою дуплексного сканування екстра- та інтракраніальних артерій (Logiteq 700). Під час дослідження передньої (ПМА), середньої (СМА) та задньої (ЗМА) мозкових артерій визначали пікову систолічну (ПСШК), кінцеву діастолічну (КДШК) швидкості кровоплину та індекс резистентності (ІР).

Морфометрію мозку виконували за даними КТ (апарат AsteionSuper 4, Toshiba, Японія) та МРТ (Siemens Magnetom Avanto 1,5T) і включала визначення біфронтального індексу, бікаудатного індексу, індексу центральної частини бокового шлуночка, індексу лобового рога; шлуночкового індексу; індексу фронтальних рогів, числа Хакмана.

Статистичний аналіз проводили на персональному комп'ютері з використанням програми Statistica v.6.1.

ПСШК у пацієнтів групи 1 була достовірно нижчою, ніж у осіб групи 2 і склала $(52,4 \pm 11,2)$ проти $(64,7 \pm 11,2)$ ($p < 0,05$) по ПМА, по СМА — $(73,6 \pm 4,8)$ проти $(79,3 \pm 4,8)$

($p < 0,05$), по ЗМА — $(45,3 \pm 8)$ проти $(54,4 \pm 8)$ ($p < 0,05$), відповідно. Також були встановлені такі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) у групі 1: ПСШК по ПМА/БФІ ($r = -0,76$), ПСШК по ПМА/ІЛР ($r = -0,68$), ПСШК по ПМА/ІФР ($r = -0,72$); ПСШК по СМА/БФІ ($r = -0,56$), ПСШК по СМА/БКІ ($r = -0,67$), ПСШК по СМА/ШІ ($r = -0,52$), ПСШК по ЗМА/ШІ ($r = -0,55$).

Було виявлено достовірно нижчий ІР по СМА у групі 1, ніж у групі 2 ($0,47 \pm 0,18$ проти $0,54 \pm 0,18$, $p < 0,05$, відповідно), а також зафіксовані такі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) у групі 1: ІР по СМА/БКІ ($r = -0,66$), ІР по СМА/ІЦЧБШ ($r = -0,56$), ІР по СМА/ШІ ($r = -0,55$).

Достовірної різниці показників КДШК та ІР по ПМА та ЗМА між групами не було виявлено, проте були виявлені такі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) у пацієнтів групи 1: ІР по ПМА/ІЛР ($r = -0,62$), ІР по ПМА/ІФР ($r = -0,60$), ІР по ПМА/БФІ ($r = -0,52$), ІР по ПМА/БКІ ($r = -0,54$); ІР по ЗМА/ШІ ($r = -0,44$).

У пацієнтів з ХІМ, що супроводжується ГЦ, встановлено достовірне зниження ПСШК по ПМА, СМА, ЗМА та ІР по СМА.

Існує взаємозв'язок між появою ГЦ та погіршенням показників церебральної гемодинаміки у пацієнтів з ХІМ.

УДК 616.832-004.2-07-037-036.65

Негреба Т. В., Куржнер В. М.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии ИАМН Украины» (г. Харьков, Украина)

Университет г. Хайфа, кафедра генетики (г. Хайфа, Израиль)

Дифференциально-диагностические критерии характера прогноза при рецидивирующем течении рассеянного склероза

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что рецидивирующее течение (РТ) у 10—15 % больных рассеянным склерозом (РС) протекает доброкачественно и не приводит в дальнейшем к трансформации во вторично-прогредиентное течение (ВПТ). Однако, несмотря на благоприятный характер прогноза в целом, при РТ также существуют многообразные варианты течения, отличающиеся своим клиническим звучанием и прогностической значимостью. В частности, целый ряд клинических маркеров, свидетельствующих о риске трансформации в ВПТ, позволяют расценивать текущий прогноз при РТ как неопределенный. Таким образом, прогноз, как результат предшествующего течения заболевания, зависит от клинической интерпретации всей картины болезни в целом, включая ретроспективный анализ этапов заболевания во временном аспекте.

С помощью методов математического анализа (коэффициента корреляции Юла, метода дискриминантного анализа, определяющего «вес» каждого показателя и пермутационного теста) изучались «весовые категории» и величина связей между клиническими показателями дебюта, рецидивирующего этапа заболевания и характером прогноза. Маркерами ожидаемого прогноза служили клинические показатели с сильными связями и высокими «весом». По данным клинко-математического анализа на этапе дебюта благоприятный прогноз с высокой вероятностью встречался при легком моносиндромном коротком дебюте; поражении черепно-мозговых нервов, острым односторонним ретробульбарном неврите, чувствительных нарушениях в структуре дебюта; полной клинической ремиссии средней продолжительности при выходе из дебюта. Для альтернативного, т. е. неопределенного прогноза, были характерны дебюты средней степени тяжести и продолжительности в виде олигосиндромной или полисиндромной симптома-