

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-

тики, розвиваючоїся молниеносними или постепенними темпами, а также неполной и, как правило, короткой клинической ремиссии после дебюта. При угрозе трансформации РТ в ВГТ ключевая роль принадлежит рецидивирующему этапу (РЭ). Для запуска и реализации этой трансформации необходима сложная избирательная структурная реорганизация таких показателей, как тяжесть и длительность рецидивов, темпы их формирования, скорость накопления остаточного неврологического дефицита в периоды ремиссий между рецидивами. Клиническими маркерами для запуска этого процесса, при котором прогноз расценивается как неопределенный, служит появление и неуклонное нарастание частоты тяжелых рецидивов с длительным течением, преобладание неполных и коротких клинических ремиссий между рецидивами, медленное и постепенное накопление неврологического дефицита с частичной утратой трудоспособности и недостаточной эффективностью патогенетической терапии. При отсутствии угрозы трансформации прогноз оценивается как благоприятный и характеризуется легкими рецидивами, быстрыми темпами формирования клинической симптоматики в рецидивах, длительными ремиссиями или чередованием ремиссий разной продолжительности между рецидивами с признаками минимального неврологического дефицита, многолетней сохранностью полной и/или частичной трудоспособности на фоне высокой эффективности патогенетической терапии.

Таким образом, избирательная диагностическая информативность клинических показателей, полученная с помощью клинико-математического анализа структурно-функциональной организации дебютов и РЭ, позволила усовершенствовать систему диагностических алгоритмов для разных вариантов прогноза при РТ РС.

УДК [616.134.9/93-005:616.711]-07

*Некрасова Н. О., Григорова І. А., Товажнянська О. Л.
Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Особливості спондилогенних порушень кровообігу в вертебробазиллярному басейні

Спондилогенний механізм формування вертебробазиллярної недостатності (ВБН) — найбільш актуальний у осіб молодого віку. Сильний анатомічний взаємозв'язок екстракраніальних відділів хребетних артерій (ХА) з верхньошийним відділом хребта, залежність кровообігу ХА від положення голови, функціональна єдність цих артерій з періартеріальним вегетативним сплетінням можуть слугувати передумовами для виникнення судинних порушень не тільки при дегенеративно-дистрофічних порушеннях шийного відділу хребта, але й при аномаліях і дисплазіях краніовертебральної ділянки.

Особливу зацікавленість становить вивчення особливостей спондилогенних порушень у хворих молодого віку залежно від стадії ВБН.

Метою роботи явилось вивчення особливостей спондилогенних порушень у пацієнтів молодого віку зі спондилогенною вертебрально-базиллярною судинною недостатністю (СВБН) залежно від стадії ВБН.

Нами було обстежено 240 пацієнтів молодого віку з проявами СВБН на тлі рефлекторних, судинних та нейродистрофічних синдромів шийного відділу хребта. Першу групу склали хворі з I (ангіодистонічною) стадією СВБН — 104 хворих, другу групу склали хворі з II (ангіодистонічно-ішемічною) стадією — 76 хворих, третю групу склали пацієнти з III (ішемічною) стадією СВБН — 60 хворих, пацієнти з IV стадією

(стадія залишкових явищ) у це дослідження включені не були. З метою максимального виключення впливу невертеброгенних факторів, таких як атеросклероз, гіпертонічна хвороба, вікові зміни серцево-судинної системи, для дослідження були відібрані хворі від 18 до 44 років (середній вік — $28,5 \pm 3,8$ роки). Пацієнтам проводили функціональну рентгенографію шийного відділу хребта зі згинанням і розгинанням, МРТ шийного відділу хребта, ультразвукове доплерографічне дослідження судин шії (УЗДГ) і магістральних артерій голови (МАГ) із застосуванням функціональних навантажень із ротацією голови, дуплексне сканування судин шії на апараті («Ехокардіограф-320», Москва, Росія). Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб, порівняних за статтю та віком. Статистичне оброблення отриманих результатів проводили з застосуванням пакета програм Statistica 6.0.

Оцінка спондилогенних проявів виявила такі порушення, залежно від стадії ВБН. Зокрема, локальні дегенеративно-дистрофічні зміни реєструвалися достовірно частіше при ВБН-I та ВБН-II, порівняно з ВБН-III, а саме — у $33,0 \pm 4,6$ %, $27,6 \pm 5,1$ % та $20,0 \pm 5,2$ % відповідно. Водночас, системні дегенеративно-дистрофічні порушення достовірно частіше реєструвалися при ВБН-III, складаючи $80,0 \pm 5,2$ %, тоді як при ВБН-I — $67,0 \pm 4,6$ % та ВБН-II — $72,4 \pm 5,1$ %.

Представленість найбільш значимих вертебрологічних порушень загалом припадала на рівень $C_4—C_5$, $C_5—C_6$, серед яких відзначалися нестабільність, спондилолістез, унковертебральний артроз, протрузії або грижі міжхребцевого диску.

Проведений докладний аналіз вивчення краніовертебральних аномалій у хворих в обстежених групах виявив наявність таких нозологічних форм: аномалія Кіммерлі достовірно частіше була зареєстрована у хворих при ВБН-III, складаючи $18,3 \pm 5,0$ %, тоді як частота зустрічальності цієї патології у хворих з більш легкими стадіями ВБН складала $1,9 \pm 1,3$ % — при ВБН-I та $2,6 \pm 1,8$ % — при ВБН-II. Аномалія Арнольда — Кіарі в загальній групі спостерігалася лише у $3,8 \pm 1,2$ %, однак саме при ВБН-III ця краніовертебральна аномалія спостерігалася найчастіше — у $13,3 \pm 4,4$ % хворих.

Отже, на ґрунті вивчених результатів ми дійшли висновків, що із прогресуванням стадії ВБН спостерігається достовірно частіше ураження рівнів хребцево-рухового сегмента ($C_4—C_5$, $C_5—C_6$, та зустрічальність одночасного ураження краніовертебрального переходу та рівнів $C_4—C_5$, $C_5—C_6$ ХРС.

УДК 616.89-008.45:616.89-008.46:616.831-005

*Нікішкова І. М., Міщенко В. М., Кутіков Д. О.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

«Лобовий» характер когнітивних порушень при хворобі малих судин мозку

Хвороба малих судин (ХМС) мозку визнана однією з причин судинної деменції в осіб похилого віку. Морфоструктурні зміни при ХМС мозку призводять до порушення зв'язків лобової частки з іншими відділами кори та підкірковими структурами, що може зумовлювати «лобовий» характер когнітивного зниження.

У процесі нейропсихологічного дослідження стану когнітивних функцій у 308 пацієнтів (серед них 148 жінок) віком від 50 до 85 років (середній вік — $64,54 \pm 0,45$ роки) з різним тягарем ХМС мозку (від 0 до 4 балів) та без інсульту в анамнезі було досліджено ступінь когнітивних порушень (КР) за допомогою «Montreal Cognitive Assessment» (MoCA) та вираженість лобової дисфункції (ЛД) — за допомогою «Frontal Assessment Battery» (FAB).