

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).