

грубые двигательные нарушения, задержку психоречевого развития и резистентные к противосудорожной терапии судороги.

Ключевые слова: геморрагические инсульты, дети.

N. O. Smul's'ka

Hemorrhagic strokes in children: occurrence causes, clinical characteristics

CCCH № 1, Kyiv

Introduction. There was analysed the causes of the development of hemorrhagic strokes in children, and studied the clinical characteristics of the main kinds of hemorrhagic stroke according to the literature data.

Purpose. To analyse the causes of the occurrence and peculiarities of the clinical course of hemorrhagic stroke in children.

Materials and methods. 36 patients (aged 0 - 14) who had hemorrhagic acute stroke underwent clinical and neurophysiological examination in the department of neurology of CCCH №1, Kyiv, in 2009 - 2012.

Results. The patients were divided into the groups according to their age and anatomic location of the hemorrhage; there were determined clinical diseases which led to the hemorrhage, there were described first symptoms of the disease and the state of patients in the catamnesis.

Conclusion. Hemorrhagic strokes are observed more often in the young children; the most prevalent causes are hemorrhagic disease with late debut and the aggravated perinatal period; more than 60% children have catamnestic severe disordered motor functions, mental retardation and the seizures which are refractory to the anticonvulsive therapy.

Key words: hemorrhagic stroke, children, causes

© А.І. ТРЕТЬЯКОВА, 2013

А.І. Третьякова

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СПОНДИЛОГЕННОЮ ШИЙНОЮ МІЕЛОПАТІЄЮ

ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова"

НАМН України, м. Київ

Вступ. Клінічно схожі симптоми спондилогенної шийної мієлопатії (СШМ) можуть бути зумовлені різними чинниками (компресійними, судинними та рефлекторними) чи їх поєднанням. Для удосконалення методологічних підходів до лікування нами проаналізовано досвід спостереження таких хворих в динаміці лікування.

Мета. Оцінити ефективність використання хірургічних та консервативних методів лікування хворих із спондилогенною шийною мієлопатією (СШМ).

Матеріали та методи. Під нашим наглядом знаходились 160 пацієнтів із СШМ, з них 96 (60%) чоловіків і 64 (40%) жінок. Вік хворих від 27 до 76 років (у середньому 53,6±0,95 років). 40 пацієнтів зі СШМ на тлі вторинного стенозу хребтового каналу на шийному рівні отримали хірургічне лікування; 120 пацієнтів – лікування за допомогою медикаментозних

та фізіотерапевтичних методів. Ступінь тяжкості неврологічних розладів та їх відновлення оцінювали за шкалою JOA і індексу відновлення.

Результати. Клінічна бальна оцінка за шкалою JOA була значно краща в групі не оперованих хворих, $p < 0,01$. Аналіз результатів в групі хворих, які отримали консервативне лікування, при повторних обстеженнях в межах від 6 міс до 2 років не виявив вірогідних змін за шкалою клінічної оцінки, $p > 0,05$. В групі оперованих хворих зафіксовано суттєву різницю між клінічною оцінкою за шкалою JOA до операції (I1) та після операції (I2) ($p < 0,005$).

Висновки. Тільки спостереження в динаміці, використання нейрофізіологічної діагностики дозволяє визначитися з вибором методу лікування. Консервативне лікування може стабілізувати або дещо поліпшити стан хворих. Але при прогресуванні клінічних ознак рекомендується хірургічне втручання.

Ключові слова: спондилогенна шийна мієлопатія, лікування, клінічна оцінка.

ВСТУП

Основним патогенетичним чинником СШМ є ішемічний, дисциркуляторний, внаслідок компресії спинномозкових структур дегенеративно-зміненими утвореннями шийного відділу хребта. Зниження кровообігу може бути результатом як стазу в піальних судинах, так і компресії крупних судин (наприклад, передньої спінальної артерії), а також венозного застою [8,3]. Дегенеративний кіфоз, сублюксація, вузький хребетний канал (10-13 мм), оссифікація передньої повздопозвоночної зв'язки, а також гіпертрофія крючкоподібних відростків тіла хребця викликають компресію спинномозкового корінця в вентролатеральній частині міжпозвонокового отвору, підсилюють клінічну картину СШМ [8]. Певну роль в патогенезі СШМ відіграють також порушення метаболізму клітин, ураження клітин вільними радикалами та апоптоз. До чинників, які пов'язані з підвищеним ризиком спондилозу, відносять травми, куріння та генетичну схильність [6].

Спондилоз відносять до вікових дегенеративних змін у хребті [11,12]. Спондилоз в шийному відділі може бути безсимптомною знахідкою або може проявлятися болем в шиї, шийною радикулопатією, шийною мієлопатією, мієлорадикулопатією. Клінічно схожі симптоми можуть бути зумовлені різними чинниками (компресійними, судинними та рефлекторними) чи їх поєднанням [12].

Діагностичні можливості сучасних нейровізуалізуючих методів надзвичайно великі, проте, складною і недосконалою є клінічна інтерпретація. Саме з метою удосконалення методологічних підходів до лікування нами проаналізовано досвід спостереження таких хворих в динаміці лікування.

Мета дослідження – оцінка ефективності використання хірургічних та консервативних методів лікування хворих із СШМ.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під нашим наглядом знаходились 160 пацієнтів із СШМ, з них 96 (60%) чоловіків і 64 (40%) жінок. Вік хворих від 27 до 76 років (у середньому $53,6 \pm 0,95$ років).

Ступінь тяжкості неврологічних розладів та їх відновлення ми оцінювали за шкалою JOA (Японської Ортопедичної Асоціації) і індексу відновлення (Iv) [4], шкала дозволяє підсумувати оцінку рухових, чутливих і тазових розладів і характеризувати стан пацієнта однією цифрою. Оцінка «0» відповідала повному порушенню функцій спинного мозку, «17 балів» – відсутності неврологічних порушень. Результати оперативного лікування характеризували на підставі оцінки неврологічного статусу хворого за цією шкалою на

всіх етапах хірургічного лікування: доопераційному (I1), через 6 та 12 міс після операції (I2). Застосовували формулу:

$I_v = (I_2 - I_1) / (I_1 - I_0) \times 100\%$, де I_v – індекс відновлення, I_1 – індекс (бал) до операції, I_2 – індекс (бал) після операції.

Хворих розподілили на 2 клінічні групи: 1-а – 40 пацієнтів зі СШМ, що отримали хірургічне лікування; 2-а – 120 пацієнтів зі СШМ, яких лікували медикаментозними та фізіотерапевтичними методами.

При консервативному лікуванні використовували іммобілізацію шийного відділу хребта за допомогою носіння фіксуючого комірця, фізіотерапевтичних процедур (електрофорез, ультразвук, масаж та ін.), застосуванні нестероїдних протизапальних препаратів при болях, а також вазоактивних і метаболічних препаратів. У тих випадках, коли консервативна терапія була неефективна і спостерігалось наростання симптомів захворювання зі значними руховими і чутливими розладами, рекомендували хірургічне лікування - операція декомпресії на шийному рівні. Критерієм вибору оперативного методу лікування були: наявність виражених провідникових порушень, особливо при блокаді лікворних шляхів; прогресивність перебігу захворювання; груба деформація хребтового каналу; динамічна компресія спинного мозку, особливо судин при патологічній рухливості хребців.

Проведено статистичний аналіз результатів досліджень з використанням пакету прикладних програм «Statistica 6». Для статистичного опрацювання результатів використовували: вибірккову середню, помилку середньої; для достовірності відмінності між групами – непараметричні методи: для бінарних ознак – критерій χ^2 ; для порівняння двох незалежних груп – метод Мана-Уїтні. Різницю вважали достовірною при $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік хворих в групі неопераваних хворих склав $53,65 \pm 1,02$ (від 30 до 76 років); клінічна оцінка в балах за шкалою JOA дорівнювала $10,21 \pm 0,38$ (від 9 до 16). Переважали пацієнти з помірними неврологічними розладами (12-15 балів за шкалою JOA) – 103 (85,83%).

В групі оперованих хворих середній вік був $49,3 \pm 1,91$ (від 27 до 70); загальна клінічна оцінка за шкалою JOA склала $8,05 \pm 0,53$ (від 3 до 12). Переважали пацієнти з вираженими неврологічними порушеннями (6-11 балів) вони склали 18 (45%); помірні неврологічні розлади спостерігалися у 15 (37,5%) випадків. Прояви мієлопатичного синдрому розцінені як грубі виявили у 7 (17,5%) пацієнтів (менше 6 балів).

Тобто, клінічна бальна оцінка за шкалою JOA в групі неопераваних хворих була значно кращою, $p < 0,01$; середній вік також вірогідно відрізнявся від групи оперованих хворих, $p < 0,05$.

Аналіз тривалості клінічних проявів виявив, що найбільшу кількість хворих – 67 (41,9%) – становили хворі з давністю проявів від декількох місяців до 1 року; 40 (25%) – з давністю більше 3 років; від 1 до 3 років – 53 (33,1%). Гострий початок захворювання відзначено у третини хворих, хронічний прогресуючий перебіг – удвічі частіше. Залучення в патологічний процес декількох корінців одночасно не спостерігалось. У 38% випадків діагностували радикулопатію корінців C5, C6, C7, C8.

Розлади функції тазових органів виявлялися у хворих з компресією спинного мозку внаслідок гострого випадіння міжхребцевого диска і асоціювалися з важкими проявами мієлопатії. Дисфункція тазових органів була зафіксована у 18% спостережень.

Характерними були: відносне збереження сили м'язів у порівнянні з їх спастичністю, невиразність порушень функції тазових органів навіть при виразному нижньому спастичному парапарезі.

Таким чином, в наших спостереженнях, як і за літературними даними, рухові розлади є провідними симптомами СШМ. Відзначено переважання рухових порушень над чутливими або їх ізольований прояв.

Аналіз результатів в групі хворих, які отримали консервативне лікування, при повторних обстеженнях в межах від 6 міс до 2 років не виявив вірогідних змін за шкалою клінічної оцінки, $p > 0,05$. Розподіл хворих за ступенем важкості майже не відрізнявся від початкової оцінки.

В групі оперованих хворих зафіксовано суттєву різницю між клінічною оцінкою за шкалою JOA до операції (I1) та після операції (I2) ($p < 0,005$) (рис. 1). Середнє значення індексу відновлення (Iv) склало $57,05 \pm 3,99$ (від 18,8 до 84,6). Серед оперованих хворих після операції не відмічено випадків, в яких I2 був би нижче, ніж I1. При динамічній оцінці неврологічного статусу в післяопераційному періоді було виявлено, що найбільш суттєві результати оперативного втручання спостерігалися через 6-8 міс; після року відновної та реабілітаційної терапії показники залишалися такими ж.

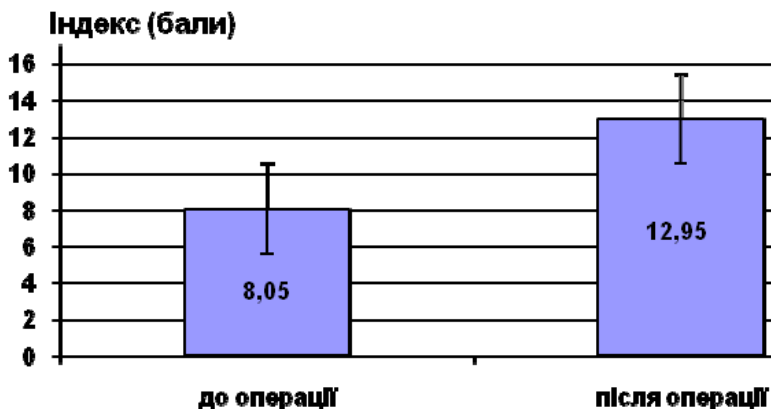


Рис. 1. Оцінка неврологічного статусу хворих із СШМ за шкалою JOA до та після оперативного лікування

Відмічено, що результати хірургічного лікування в групі хворих з помірно вираженими проявами (початкова клінічна оцінка в межах 12-15 балів за шкалою JOA) та тривалістю появи симптомів до 1 року значно відрізняються від групи хворих з вираженими та глибокими неврологічними розладами, $p < 0,05$.

Виходячи з цього, хронічна ішемізація, незважаючи на проведену декомпресію, обумовлює відносно помірний ефект операцій у порівнянні з відновленням функцій у групі хворих з помірно вираженими розладами та нетривалою симптоматикою, що призводить до значного регресу неврологічного дефіциту. Протипоказанням до проведення декомпресії може бути старечий вік і важкі супутні захворювання.

При проведенні проспективного рандомізованого дослідження пацієнтів з помірно вираженою та тяжкою формами мієлопатії, при порівнянні результатів лікування

консервативними та хірургічними методами не було відмічено погіршення за шкалою JOA у 3-х річний період спостереження, тобто не виявлено значної різниці у відновленні [5]. Таким чином, результати консервативної терапії та хірургічної тактики можуть бути однаковими, що може розглядатися як аргумент на користь вичікувальної стратегії. З іншого боку, у хворих з прогресуванням симптоматики і відносно великою тривалістю симптомів не виявлено кращих результатів, ніж у пацієнтів з консервативним лікуванням протягом трирічного спостереження. Тобто питання, яке лікування краще при легких та помірних формах непрогресуючої СШМ залишилось невирішеним через недостатню кількість пацієнтів і незначну клінічну відмінність між групами [5].

В той же час, хірургічне лікування призводить до позитивного результату, незважаючи на значну кількість неврологічних розладів та більш низький функціональний статус [7].

Таким чином, клінічний перебіг СШМ є варіабельним, що ускладнює прогнозування результатів захворювання. Тим не менше, у хворих з помірно вираженими симптомами покращення стану хворого відбудеться, з більшою вірогідністю, після хірургічного втручання, ніж у хворих без лікування. Раннє хірургічне втручання (декомпресія) покращує довгострокове функціональне відновлення [10].

За нашими даними та даними інших авторів [1-3] саме спостереження в динаміці та використання нейрофізіологічної діагностики дозволяють визначитися з вибором методу лікування. Консервативне лікування може стабілізувати або дещо поліпшити стан хворих. Але прогресування клінічних ознак мієлопатії є показом до хірургічного втручання.

ВИСНОВКИ

Хворі з помірно вираженими проявами мієлопатії та давністю початку симптомів до 1 року мають кращі результати клінічного відновлення.

У пацієнтів із помірно клінічною оцінкою ступеню тяжкості СШМ, яка стабільно не знижується в динаміці спостереження можливе продовження консервативного лікування.

Стійкі неврологічні дефекти рідко регресують після операції, проте, проведене хірургічне лікування значно знижує ймовірність подальшого прогресування захворювання.

Література

1.Третьякова А. Аналіз інформативності методу транскраніальної магнітної стимуляції в діагностиці спондилогенної шийної мієлопатії. Український неврологічний журн. 2011, 4(21):38–44.

2.Третьякова А.І., Чеботарьова Л.Л. Діагностична інформативність нейрофізіологічного комплексу «транскраніальна магнітна стимуляція – електронейроміографія» при спондилогенній шийній мієлопатії. Український нейрохірургічний журн. 2011,4: 48–53.

3. Хить М.А., Гуца А.О., Щекутьев Г.А., Никитин С.С. Шейная спондилогенная миелопатия: диагностика, лечение, прогноз. Журн. Вопросы нейрохирургии. 2012, 3: 75–80.

4. Hans-Ekkehart Vitzthum, K. Dalitz. Analysis of five specific scores for cervical spondylogenic myelopathy. Eur. Spine J. 2007, 16: 2096–2103.

5. Kadatka Z., Bednashk J., Novotná O. et al. Cervical spondylotic myelopathy: conservative versus surgical treatment after 10 years. Eur. Spine. J. 2011, 20 (9): 1533–1538.

6. Patel A.A., Spiker W.R., Daubs M. et al. Evidence of an inherited predisposition for cervical spondylotic myelopathy. *Spine*. 2012, 37 (1): 26–29.

7. Furlan J.C., Kalsi-Ryan S., Kailaya-Vasan A. et al. Functional and clinical outcomes following surgical treatment in patients with cervical spondylotic myelopathy: a prospective study of 81 cases. *J. Neurosurg Spine*. 2011, 14 (3): 348–355.

8. McCormick W.E., Steinmetz M.P., Benzel E.C. Cervical spondylotic myelopathy: make the difficult diagnosis, then refer for surgery. *Cleve. Clin. J. Med.* 2003, 70 (10): 899–904.

9. Hirpara K.M., Butler J.S., Dolan R.T. et al. Nonoperative modalities to treat symptomatic cervical spondylosis. *Adv. Orthop.* 2012.

10. Galbraith J.G., Butler J.S., Dolan A.M. et al. Operative outcomes for cervical myelopathy and radiculopathy. *Adv. Orthop.* 2012. Article ID: 919153, 8 pages.

11. Yarbrough C.K., Murphy R.K., Ray W.Z. et al. The natural history and clinical presentation of cervical spondylotic myelopathy. *Adv. Orthop.* 2012. Article ID: 480643, 4 pages.

12. Kelly J.C., Groarke P.J., Butler J.S. et al. The natural history and clinical syndromes of degenerative cervical spondylosis. *Adv. Orthop.* 2012. Article ID: 393642, 5 pages.

А.И. Третьякова

Сравнительный анализ эффективности лечения больных со спондилогенной шейной миелопатией

ГУ "Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова
НАМН Украины", г. Киев

Введение. Клинически схожие симптомы спондилогенной шейной миелопатии (СШМ) могут быть обусловлены различными факторами (компрессионными, сосудистыми и рефлекторными) или их сочетанием. Для усовершенствования методологических подходов к лечению нами проанализирован опыт наблюдения таких больных в динамике лечения. Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 160 пациентов с СШМ, из них 96 (60%) мужчин и 64 (40%) женщин. Возраст больных от 27 до 76 лет (в среднем $53,6 \pm 0,95$ лет). 40 больным было проведено оперативное лечение; 120 - лечение с помощью медикаментозных и физиотерапевтических методов. Степень тяжести неврологических расстройств и их восстановления оценивали по шкале JOA и индекса восстановления.

Результаты. Клиническая балльная оценка по шкале JOA была значительно лучше в группе не оперированных больных, $p < 0,01$. Анализ результатов в группе больных, получивших консервативное лечение, при повторных обследованиях в пределах от 6 мес. до 2 лет не обнаружил достоверных изменений по шкале клинической оценки, $p > 0,05$. В группе оперированных больных зафиксировано существенное различие между клинической оценкой по шкале JOA до операции (I1) и после операции (I2) ($p < 0,005$).

Выводы. Только наблюдение в динамике, использование нейрофизиологической диагностики позволяет определиться с выбором метода лечения. Консервативное лечение может стабилизировать или несколько улучшить состояние больных. При прогрессировании клинических признаков рекомендуется хирургическое вмешательство. Ключевые слова: спондилогенная шейная миелопатия, лечение, клиническая оценка.

A. I. Tret'iakova

Comparative analysis of the effectiveness of treating patients with cervical spondylotic myelopathy (CSM)

SI "Institute of Neurosurgery named after A.P. Romodanov"
of the Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv

Introduction. The clinically similar symptoms of spondylogenic cervical myelopathy can be conditioned by various factors (compression, vascular and reflexive), or their combination. To improve the methodological approaches to the treatment we analyzed the experience of monitoring these patients when treating them.

The purpose of the study is to evaluate the use of surgical and conservative modes in treating patients with cervical spondylogenic myelopathy.

Materials and methods. 160 patients with cervical spondylogenic myelopathy, aged from 27 to 76 (mean 53.6 ± 0.95 years), among them 96 (60%) men and 64 (40%) women were examined. 40 patients with cervical spondylogenic myelopathy against the background of the secondary cervical stenosis underwent surgery, 120 patients were treated with medication and physical and therapeutic methods. The severity of neurological disorders and the recovery of the patients were assessed by the JOA scale and the recovery index.

Results. The clinical evaluation according to the JOA scale was considerably better in the group of the patients, who did not undergo the surgery ($p < 0.01$). The follow-up analysis of the data in the group of patients who underwent conservative treatment when being repeatedly examined within 6 months - 2 years, did not show any significant changes according to the clinical scale, $p > 0.05$. It was detected a considerable difference between the clinical evaluation according to the JOA before and after surgery ($p < 0.05$) in the group of the patients who underwent surgery.

Conclusion. Only combined dynamic monitoring and the use of neurophysiological diagnosis make possible to choose a mode of treatment. Conservative treatment can stabilize or slightly improve the patients' state. If the clinical signs progress it is recommended to undergo surgery.
Key words: cervical spondylotic myelopathy, treatment, clinical evaluation

© І.О. ЦЬОХА, 2013

І.О. Цьоха

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО НЕВРОЛОГІЧНОГО СИНДРОМУ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика, м. Київ

Вступ. Паранеопластичні синдроми - сукупність клінічних симптомів з боку різних органів та систем при пухлинах різної локалізації, які супроводжують їх розвиток, проте не є результатом метастатичного ураження, мають регресуючий перебіг при радикальному лікуванні неопроцесу та відновлюються при його пролонгації або виникненні іншої первинно множинної пухлини.

Матеріал та методи. В статті наведено клінічний випадок власного спостереження паранеопластичного ураження периферичного відділу нервової системи як раннього прояву неопроцесу.