

greater degree of rigidity (9.2 ± 4.6) than female (6.4 ± 3.9) ($p=0.00026$). A weak but significant direct correlation between rigidity and age was observed, the value of the Pearson correlation coefficient was $r=0.19$ for $p=0.025$. The regression analysis found the average difference in the degree of rigidity to be 0.79 ± 0.35 points for over 10 years. The examined patients were observed to have a significant degree of over time rigidity progression even despite the usage of the combined therapy. It was proved by the moderate level of correlation of the rigidity and the disease duration ($r=0.34$, $p=6\cdot 10^{-5}$). The each year of PD progression leads to increasing in rigidity on average by 0.42 ± 0.10 , hypokinesia by 0.88 ± 0.20 and tremor by 0.33 ± 0.09 . Deeper hypokinesia was observed in men (21.0 ± 9.6) than in women (15.7 ± 7.5) ($p=0.00062$). The duration of the disease had a moderate effect on hypokinesia ($r=0.36$, $p=1.5 \times 10^{-5}$). There are weak correlations between the degree of postural instability with age ($r=0.24$, $p=0.0048$) and moderate correlation with the disease duration ($r=0.41$, $p<1\cdot 10^{-5}$). The postural instability increases by 0.98 ± 0.19 over every 10 years of PD. The increased level of difficulties in daily life significantly correlated with the disease duration. According to Hoehn and Yahr scale the expected strong correlation of the disease degree and the disease duration was observed ($\rho=0.57$, $p=4.8\cdot 10^{-13}$).

Conclusions. The phenomenological variants of PD differ in age of the disease onset. The progression of PD motor manifestations occurred significantly faster in men than that in women. The disease duration significantly correlated with the progression of all the motor symptoms of PD (akinesia, rigidity, tremor, progressive postural instability). The postural instability progresses significantly faster in men, older patients and patients with a longer disease duration. The progression of PD is significantly faster with akinetic-rigid variant in comparison with those, accompanied by tremor. A further analysis of the findings will allow us to determine the factors influencing the difference between the rate of PD motor symptoms progression at different phenomenological variants of PD.

Key words: patients, motor symptoms, Parkinson's disease, progression.

Відомості про авторів:

Старовойтова Г.О. – лікар-невролог, Черкаська обласна лікарня Черкаської ОР.

Девін'як О.Т. – Ужгородський національний університет.

Слободін Т.М. – д.мед.н., професор кафедри неврології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожичька, 9, тел.: (044) 440-10-44.

Головченко Ю.І. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології №1 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожичька, 9, тел.: (044) 440-10-44.

УДК:616.716:617.51/52]-001.5-06:[617.51/52:616. 831]-001.3/6-036.1-07

© О. В. ТКАЧЕНКО, У. М. ПЕТРОВА, 2015

О. В. Ткаченко, У. М. Петрова

ДЕЯКІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ І ПОКАЗНИКИ РІВНЯ АНТИТІЛ ДО НЕЙРОАНТИГЕНІВ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ПОЄДНАНОЇ КРАНІО-ФАЦІАЛЬНОЇ ТРАВМИ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Останнього часом активно проводиться вивчення різноманітних біологічних маркерів для діагностики черепно-мозкової травми.

Мета. Вивчення імунологічних показників: рівня аутоантитіл до білку S-100, основного білку мієліну, нейронспецифічної енолази та загального людського мозкового антигену у пацієнтів в гострий період поєднаної краніо-фаціальної травми.

Матеріал і методи. Нами проведено детальне дослідження 15 пацієнтів молодого та середнього віку з поєднаною краніо-фаціальною травмою (в її гострий період), які перебували на обстеженні та лікуванні в шелепно-лицевих відділеннях КМКЛ №12. Усім пацієнтам було визначено рівень аутоантитіла до білку S-100, основного білку мієліну, нейронспецифічної енолази та загального людського мозкового антигену.

Результати. Підвищені відносно біологічного референтного інтервалу рівні антитіл до досліджених нейроантігенів (білок S100, основний білок мієліна, нейронспецифічна енолаза, загальний людський мозковий антиген) були зареєстровані у переважній більшості (від 60% до 93,7% - за різними показниками) обстежених з поєднаною краніо-фаціальною травмою.

Ключові слова: закрита черепно-мозкова травма, перелом кісток, шелепно-лицьова ділянка, аутоантитіла до білку S-100, основного білку мієліну, нейронспецифічної енолази та загального людського мозкового антигену.

Вступ. Черепно-мозкова травма (ЧМТ) є важливою медико-соціальною проблемою, особливо, зважаючи на те, що травматизм набуває характеру постійно зростаючого процесу. Вона є серед основних причин інвалідності і смертності осіб молодого і середнього віку. За даними ВООЗ, травматизм у вигляді черепно-мозкової травми, щорічно зростає в середньому на 2%, до 2,4 млн. травмованих осіб стають інвалідами [2]. Попри численні дослідження, які присвячені вивченню патогенетичних механізмів формування патологічних змін після черепно-мозкової травми, як і досі потребують подальшого вивчення характеристики і особливості участі імунологічних, нейромедіаторних та інших факторів в розвитку травматичних і після травматичних змін.

Останнім часом активно проводиться вивчення біологічних показників ушкодження нервової тканини (зокрема специфічні маркери пошкодження нейронів, їх аксонів або гліальних клітин головного мозку) при неврологічній патології, як для уточнення патогенетичних механізмів, так і для прогностичної оцінки патології. Уніфіковане визначення біомаркера як показника, який, будучи безпосередньо точно вимірний, може служити індикатором фізіологічних і патологічних біологічних процесів, а також використовуватися як критерій «відповіді» на фармакологічне або терапевтичне втручання було запропоновано ще в 2001 р. експертами робочої групи NIH (National Institute of Health) запропонували (Biomarkers Definitions Working Group, 2001) [3].

До білкових маркерів належить – білок S-100, гліальний фібрилярний кислий білок, нейронспецифічну енолазу, основний білок мієліну та інші. Білок S-100 – є специфічним білком астроцитарної глії. Його концентрація в головному мозку (ГМ) становить майже 90% усіх фракцій протеїнів нервових клітин, які здатні розчинятися. Біля 90% білку S100 міститься в астроцитах, біля 10% — в нейронах і мінімальна кількість — в олігодендроцитах. В клітинах він локалізується переважно в цитоплазмі, а також в синапсальній мембрані та хроматині. В гострій стадії ЧМТ було зареєстровано збільшення рівня S100B в крові і лікворі, яке до певної міри корелювало з тяжкістю пошкодження мозку (за даними КТ і МРТ) і розглядалось як пре диктор несприятливого виходу [4]. Разом з цим, дані про рівень цього показника у пацієнтів з поєднаною краніо-фаціальною травмою, в літературі не представлені.

Нейрон-специфічна енолаза (NSE) є гліколітичним нейронспецифічним ізоферментом енолази, який присутній в клітинах нейроендокринного пошкодження, нейронах головного мозку та периферичної нервової тканини., еритроцитах та тромбоцитах. Недостатня чутливість і специфічність обмежили використання NSE для прогнозування наявності саме внутрішньочерепного ураження, оскільки енолаза також зростає при цілій низці патологічних станів наприклад, дрібноклітинному раці легень, нейроендокринних пухлинах, нейробластомі та ряді інших захворювань [5]. Проте дослідження можливого зв'язку рівня та змін NSE з виходами поєднаної краніо-фаціальної травми, також не були представлені в літературі. Основний білок мієліну, який є серед основних білкових компонентів мієліну, і надходить у спинномозкову рідину та кров зокрема після травми білої речовини. Є інформація, що при ЧМТ у дітей наявність високого рівня цього білка корелює з гіршим відновленням функцій [6].

Мета. Вивчення клініко-неврологічних характеристик і показників рівня аутоантитіл до білку S-100, основного білку мієліну, нейронспецифічної енолази та загального людського мозкового антигену у пацієнтів в гострий період поєднаної краніо-фаціальною травми.

Матеріал і методи. Нами проведено комплексне клініко-неврологічне, нейропсихологічне і лабораторне обстеження 15 пацієнтів молодого та середнього віку з поєднаною краніо-фаціальною травмою в гострий період її перебігу. Пацієнти перебували на обстеженні та лікуванні в щелепно-лицевих відділеннях №1 та №2 КМКЛ №12. На базі лікарні знаходяться кафедра неврології №2 та кафедра щелепно – лицевої хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика. Вік пацієнтів був від 19 років до 37 років. Середній вік склав 27,9±6,7. У пацієнтів поєднана краніо-фаціальною травмою була у вигляді сполучення ЗЧМТ (струс головного мозку) та перелому кісток обличчя.

Серед обстежених переважали чоловіки (4:1). Усім пацієнтам проводили комплексне неврологічне обстеження, нейропсихологічне дослідження тривожності (ситуаційної та особистісної) та депресії, рентгенографію кісток щелепно-лицевої ділянки та кісток черепа, за показами – КТ головного мозку, визначенн рівня антитіл до нейроантігенів (до білку S-100, основного білку мієліну, нейронспецифічної енолази та загального людського мозкового антигену).

Результати та їх обговорення. Всі обстежені при поступленні скаржились на асиметрію обличчя через травматичне пошкодження і набряк та біль в ділянці травматичного ушкодження, а також загальну слабкість. Інтенсивність больового синдрому в ділянці перелому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) на 1-3 день від моменту отримання травми варіювався від 3 до 7 балів. На 7-10 день після отримання травми він зменшувався і виявлявся в межах від 1-4 балів. Скарги на головний біль висловило 86,7% обстежених, на головокружіння – 60%, на хиткість при ході – 40%. Зауважили, що більшість пацієнтів самостійно вказували лише на біль в місці перелому, тоді як інші скарги були встановлені лише при активному опитуванні пацієнтів. При аналізі результатів неврологічного обстеження нами було встановлено, що у обстежених пацієнтів найбільш частими симптомами виявились: горизонтальний дрібнорозмашистий ністагм в крайніх відведеннях та порушення конвергенції (87,7%), промахування при виконанні координатоних проб (80%), ознаки пірамідної недостатності (73,3%), хиткість в пози

Ромберга (66,7%), а при виконанні «сенсibiliзованої пози Ромберга» - хиткість спостерігалась у всіх обстежених. Серед обстежених лише у двох пацієнтів (13,3%) рівень аутоантитіла до білку S-100 був в межах нормальних референтних значень, у 26,7% обстежених, рівень аутоантитіл виявився нижчим, а у 60% - вищим за референтні значення норми. Біологічний референтний інтервал за даними лабораторії становив 12,60+/-0,25.

Рівень аутоантитіл до основного білку мієліну, який був би в межах референтного інтервалу 26,05+/-1,50 не був виявлений у жодного з обстежених. У 14 обстежених пацієнтів (93,7%) він виявився підвищеним, а у одного - зниженим. Рівень аутоантитіл до нейронспецифічної енолази виявився підвищеним у 80% обстежених та зниженим у 20%. Біологічний референтний інтервал при вивченні аутоантитіл до основного білку мієліну становить 23,10+/-0,35. Досліджуючи рівень аутоантитіл до загального людського мозкового антигену, було виявлено, що їх рівень знижений у 13,3% обстежених, в той час як підвищений він у 86,7% обстежених. Біологічний референтний інтервал при вивченні аутоантитіл до основного білку мієліну становить 29,00+/-1,50. Тобто, всі з досліджених нейроімунних параметрів, а саме антигенів білку S100, основного білку мієліна, нейронспецифічної енолази та загального людського мозкового антигену продемонстрували відхилення від біологічного референтного інтервалу у більшості обстежених. Подальші дослідження передбачають вивчення динаміки зміни рівня аутоантитіл до нейроантигенів у пацієнтів з поєднаною краніо-фаціальною травмою та їх кореляційні зв'язки.

Висновки. Підвищені відносно біологічного референтного інтервалу рівні антитіл до досліджених нейроантигенів (білок S100, основний білок мієліна, нейронспецифічна енолаза, загальний людський мозковий антиген) були зареєстровані у переважної більшості (від 60% до 93,7% - за різними показниками) обстежених з поєднаною краніо-фаціальною травмою.

Література

1. Поліщук М. Є., Марков О. В., Гайдаєв Ю. О. [та інш.] Порівняльна оцінка частоти виявлення черепно-мозкової травми у великих містах України. // Український нейрохірургічний журнал. – 2002. – № 4. – С.44–48.
2. Кириченко А.Г. Клініко-епідеміологічні аспекти первинної інвалідності внаслідок черепно-мозкової травми. // Проблеми екології та медицини. -2012.- Том 16, N 1-2. – С.30-33.
3. Biomarkers definitions working group. Biomarkers and surrogate endpoints: preferred definitions and conceptual framework. // Clinical pharmacology & therapeutics.- 2001.- Vol. 69, Is. 3.- P. 89–183.
4. Дудукина С.А., Кобеляцкий Ю.Ю. S100β як маркер пошкодження головного мозку. // Український нейрохірургічний журнал. - 2010.- № 1.- С.12-15.
5. Левадна А.В. Визначення нейрон-специфічної енолази у крові хворих на дисциркуляторну енцефалопатію I та II стадій. // Запорозький медичинський журнал.- 2008. - №4.- С.16-17.
6. Карпов С.М. Клинико-иммунологические особенности острого периода детской черепно-мозговой травмы. // Вестник новых медицинских технологий. - 2011. - Т. XVIII -С.147-148.

Е. В. Ткаченко, У. М. Петрова

Некоторые клинико-неврологические характеристики и показатели уровня антител к нейроантигенам в остром периоде сочетанной кранио-фациальной травмы

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Вступление. В последнее время активно проводится изучение различных биологических маркеров для диагностики черепно-мозговой травмы.

Цель. Изучение иммунологических показателей: уровня аутоантител к белкам S-100, основного белка миелина, нейронспецифической эноллазы и общего человеческого мозгового антигена у пациентов в острый период сочетанной кранио-фациальной травмы.

Материал и методы. Нами проведено детальное исследование 15 пациентов молодого и среднего возраста с сочетанной кранио-фациальной травмой (в ее острый период), которые находились на обследовании и лечении в челюстно-лицевых отделениях КГКБ №12. Всем пациентам был определен уровень аутоантитела к белку S-100, основного белка миелина, нейронспецифической эноллазы и общего человеческого мозгового антигена.

Результаты. Повышенные относительно биологического референтного интервала уровни антител к исследованным нейроантигенам (белок S100, основной белок миелина, нейронспецифическая эноллаза, общий человеческий мозговой антиген) были зарегистрированы у подавляющего большинства (от 60% до 93,7% - по разным показателям) обследованных с сочетанной кранио-фациальной травмой.

Ключевые слова: закрытая черепно-мозговая травма, перелом костей, челюстно-лицевая участок, аутоантитела к белку S-100, основного белка миелина, нейронспецифической эноллазы и общего человеческого мозгового антигена.

O.V. Tkachenko, U. M. Petrova

Some clinical and neurological characteristics and indicators of antibodies to neuroantigens in the acute cranio-facial combined injury

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Lately it has been actively conducted for studying biological markers for the diagnosis of traumatic brain injury.

The aim of our research is to study the immunological parameters: the level of antibodies to S-100 protein, myelin basic protein, neuron-specific enolase and overall human brain antigen in patients in the acute phase of combined cranio-facial trauma.

Material and methods. We conducted a detailed study of 15 patients young and middle age patients with combined cranio-facial trauma (in its acute phase), which were in the examination and treatment at the maxillofacial departments of KCKH №12. All patients were identified level of autoantibodies to protein S-100, the basic protein of myelin, neuron-specific enolase and overall human brain antigen.

Results. Higher relative biological reference interval level of antibodies to research neuroantigens (protein S100, myelin basic protein, neuron-specific enolase, the total human brain antigen) were reported in the majority (60% to 93.7% - according to various indicators) patients with combined cranio-facial trauma.

Key words: closed head injury, broken bones, maxillofacial, autoantibodies to protein S-100 protein myelin basic, neuron-specific enolase and overall human brain antigen.

Відомості про авторів:

Ткаченко Олена Василівна – д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології №2 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Підвисоцького, 4-а.

Петрова Уляна Михайлівна - заочний аспірант кафедри неврології №2 НМАПО імені П.Л.Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Підвисоцького, 4-а.

УДК: 616.832-004.2-036-092-06-08:615.814.1:615.849.19:615.844.4

© Г.М. ЧУПРИНА, 2015

Г.М. Чуприна

ЦЕФАЛГІЇ ЯК ПРОЯВ КОМОРБІДНОСТІ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ, ПІДХОДИ ДО МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ТА АКУПУНКТУРНОГО ЛІКУВАННЯ

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

Вступ. При багатьох захворюваннях ГБ виступають у якості коморбідних нозологій: це стосується, зокрема, і РС. У хворих з РС ГБ різного генезу зустрічаються значно частіше, ніж у загальній популяції.

Мета. Визначити вплив ГБ як прояву коморбідності при РС на перебіг захворювання та розробити оптимальні шляхи їх медикаментозної та немедикаментозної корекції.

Матеріал і методи. Обстежено 189 хворих з РС з різними формами перебігу. Фіксувались дані про наявність або відсутність супутніх захворювань. Визначався рівень EDSS, ступень тяжкості втоми за FSS та ШАС, оцінювались больові прояви за ВАШ.

Результати. В якості основних факторів, пов'язаних з розвитком ГБ у хворих з РС, можна виділити більшу тривалість захворювання, більш виражену втому, ремітуючий та ремітуючо-прогресуючий перебіг, більш значну інвалідизацію. Проаналізовано використання методів РТ у складі комплексного лікування РС.

Висновки. ГБ болі у хворих з РС корелюють з більш важким перебігом захворювання. З метою корекції цефалічного синдрому при РС доцільно залучати методи РТ.

Ключові слова: розсіяний склероз, коморбідність, головні болі, рефлексотерапія.

Вступ. У теперішній час, в зв'язку зі зростанням темпів життя, підвищенням психоемоційного напруження, частоти стресів різного генезу, поширеність головного болю (ГБ) зростає [1,2,3,4,5]. Найчастіше люди страждають на ГБ напруження – до 60–70%; на другому місці йде мігрень – 20–30%; по 4–6% припадає на інші види первинного ГБ та симптоматичного ГБ [1,2,3,4,5]. При багатьох захворюваннях ГБ виступають у якості коморбідних нозологій: це стосується, зокрема, і розсіяного склерозу (РС), де ГБ складають значний відсоток від усієї супутньої патології. У хворих з РС ГБ різного генезу зустрічаються значно частіше, ніж у загальній популяції [10]. За даними Kister et al, 2010 [9], частота мігрені у хворих з РС (як у чоловіків, так і у жінок) втричі вища, ніж в цілому в популяції, тоді як Voneschi et al., 2008 [8] повідомляють, що жінки з РС мають більший ризик щодо ГБ, в порівнянні з тими хворими на РС, хто не