

В.И. Дарий, Т.П. Рыбалко, Е.В. Баранова, Н.А. Скачкова

## Особенности патогенеза интракраниально осложненного мозгового инсульта

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** дислокационный синдром, интракраниально осложненный мозговой инсульт.

Дислокационный синдром (ДС) – грозное осложнение полушарного мозгового инсульта (МИ). Целью исследования стало выделение типов развития ДС, в зависимости от наличия осложнений МИ.

Под наблюдением находилось 95 больных с осложненным МИ: 40 – с геморрагическим (ГИ) и 55 – с ишемическим (ИИ). Из них 39 женщин и 56 мужчин в возрасте от 49 до 72 лет. Всем больным в остром периоде инсульта проводилось клиничко-неврологическое, КТ-исследование; в случаях летального исхода клинический диагноз МИ подтверждался патологоанатомическими исследованиями.

По темпу развития больные разделены на 2 основные группы: 1-я – с постепенным медленным стадийным течением процесса (46 пациентов, 48,4%) и 2-я – с внезапным началом, мгновенным развитием вторичной стволовой симптоматики (49 человек, 51,6%). В 1-й группе в большинстве случаев ДС отмечался при ИИ, в меньшем количестве – при ГИ. У 52,6% больных ДС начался сразу после возникновения МИ, у 47,4% – спустя некоторое время после начала. Исходы больных харак-

теризовались большим процентом удовлетворительных результатов (58,9% пациентов) и длительностью ДС у умерших до  $7,9 \pm 0,5$  суток. Во 2-й группе ГИ был у 29, ИИ отмечался у 20 больных. У 54,7% пациентов ДС начался сразу после возникновения МИ, у 45,3% – спустя некоторое время после начала. Исходы больных характеризовались большим процентом летальности (83,2%), с длительностью ДС у умерших, в среднем, до  $4,1 \pm 0,7$  суток.

Таким образом, при осложненных МИ, помимо классического стадийного течения ДС, отмечается первичное и вторичное внезапное, быстро прогрессирующее развитие, имеющее в основе прорыв очаговых масс в желудочки, вызывающие окклюзионный гидроцефальный синдром и внутреннюю компрессию стволовых образований. В случае медленного постепенного нарастания симптоматики ДС в острейшем периоде патогенез в большей степени выраженности протекает по классической дислокационно-дисциркуляторной схеме, вызванной увеличением супратенториального содержимого.

УДК: 616.831-005-008.64-036.12-085.825

В.Н. Проценко<sup>1</sup>, В.П. Половинец<sup>2</sup>

## Опыт применения мануальной терапии и аппаратной шейной тракции позвоночника в комплексном лечении хронической цереброваскулярной недостаточности

<sup>1</sup>Частное медицинское предприятие «Четвертый Позвонок»<sup>TM</sup>, г. Запорожье,

<sup>2</sup>Многопрофильная больница «Vita Center», г. Запорожье

**Ключевые слова:** хронические нарушения мозгового кровообращения, шейный отдел позвоночника, мануальная терапия, комплексное лечение.

Хронические нарушения мозгового кровообращения (ХНМК) представляют собой важную медикосоциальную проблему вследствие широкой распространенности среди лиц трудоспособного возраста. В последние годы прослеживается тенденция к значительному омоложению контингента больных, страдающих ХНМК, что приводит к снижению производительности труда и ухудшению качества жизни.

Объектом данного исследования послужили 50 пациентов (20 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 17 до 55 лет с различными проявлениями ХНМК.

Больные жаловались на головные боли распирающего

характера, чувство давления на виски и глазные яблоки, головокружение, снижение концентрации внимания и остроты зрения, повышенную утомляемость, ограничения движений в шейном отделе позвоночника (ШОП).

При неврологическом обследовании у всех больных выявлена рассеянная общемозговая симптоматика в виде нистагмоидных реакций, спазма аккомодации, вестибулярных нарушений, а также функциональных блокад позвоночных двигательных сегментов (ПДС), в основном на уровнях С3–С5 и в зоне шейно-грудного перехода.

Всем больным проводилось исследование функционального состояния церебральной гемодинамики

– ультразвукова доплерографія (УЗДГ) на апараті «Corevision» SSA-350A Toshiba з використанням лінійних датчиків PLF-703NT 5/7,5/8 Гц, PLF-805ST 6/8/10 Гц і секторного датчика PSH-25GT 2/2,5/3 Гц, а також реоенцефалографія (РЭГ) з використанням комп'ютерної системи «REGINA». По даним проведених досліджень, у подавляючого числа пацієнтів преобладали порушення венозного відтоку з порожнини черепа з розвитком внутрішньочерепної гіпертензії (ВЧГ), а також (в 47 спостереженнях) зниження артеріального притоку за рахунок вигинистості позвоночних (реже сонних) артерій. У 3 пацієнтів затрудненість венозного відтоку поєднувалося з прискоренням артеріальної гемодинаміки.

Крім того, всім пацієнтам проведено рентгенологічне (Ro) дослідження ШОП – пряма і бокова проекції, 3/4, функціональні навантаження. У осіб молодшого віку (до 45 років) основні прояви змін ШОП виглядали в формі згладженості фізіологічного шийного лордоза, в тому до повного зникнення і навіть (у 2 пацієнтів) переходів в кифоз. В віковій групі старші 45 років візуалізовані різні прояви дегенеративно-дистрофічної патології ШОП в формі зниження висот міжпозвонокових проміжків, деформують спондилоартрози і спондилеза. Для визначення ефективності застосування мануальної терапії і апаратної тракції ШОП в комплексному лікуванні ХНМК пацієнти розділені на дві рівні групи (по 25 осіб). В кожній з груп було порівну чоловіків – 10 і жінок – 15. В віковому аспекті обидві групи приблизно однорідні з представителів в кожній з них пацієнтів різних віків.

Обидві групи отримували комплексну медикаментозну терапію, включаючи в себе: дегідратацію (фуросемід, діокарб, лазікс, аспаркам), вазоактивні і антиагрегантні препарати (кавінтон, трентал), венотоники (троксевазін, ескузан), нейропротектори (ноотропіл, пірацетам, циннаризин), метаболітроп-

ні препарати (милдронат) і вітаміни групи В (нейровітан). Довготривала медикаментозна терапія складала 1 місяць.

Во другу групу обрані тільки пацієнти, не маючи, по даним УЗДГ, РЭГ і Ro-графії, протипоказань до застосування мануальної і тракційної терапії ШОП. Сеанси виконувалися через день (10 сеансів на курс). Впочатку проводилася мануальна терапія, прийоми якої підбиралися індивідуально для кожного пацієнта, а потім виконувалася шийна тракція на апараті «Servico 2000». Довготривала витягнення 5–15 хв, після чого ШОП фіксували в течение 2 хв з допомогою воротника Шанца.

З метою контролю ефективності проведеної терапії, по її закінченню, після 48-годинного повного медикаментозного перерива проводилося повторне дослідження неврологічного статусу (НС) і церебральної гемодинаміки (УЗДГ і РЭГ) з наступним порівнянням отриманих даних з початковими. Положительна динаміка помічена у 47 пацієнтів в формі нормалізації НС і покращення гемодинамічних показників, однак ступінь вираженості цих змін в двох групах виявилася не однакою. Так, всі 3 пацієнти, у яких практично відсутня позитивна динаміка, що, ймовірно, обумовлено вираженими початковими порушеннями показників УЗДГ і РЭГ в поєднанні з патологією ШОП, відносилися до першої групи. Оцінка регресу клінічної симптоматики, а також детальний порівняльний аналіз початкових і контрольних гемодинамічних показників (УЗДГ і РЭГ) дозволили зробити висновок про те, що у пацієнтів другої групи нормалізація цих параметрів носить більш виражений і стійкий характер.

Таким чином, проведене дослідження показало достатньо високу ефективність застосування мануальної і тракційної терапії в комплексному лікуванні ХНМК.

УДК: 615.21:577.112.386.2:[616.858-008.6-092.9

О.В. Макаренко

## Вплив леводопи сумісно з НПЗП на показники обміну гомоцистеїну у щурів з експериментальним паркінсонізмом

Дніпропетровська державна медична академія

**Ключові слова:** гомоцистеїн, гідрогенсульфід, паркінсонізм, знеболююча терапія, леводотерапія.

**П**орушення метаболізму сірководневих сполук (метіоніну, гомоцистеїну, цистеїну, гідрогенсульфіду) є суттєвим чинником ризику серцево-судинних захворювань, уражень нервової системи, хвороби нирок та інших патологічних станів організму. В останні роки особливо підвищений інтерес при-

вертають гомоцистеїн і гідрогенсульфід (сірководень). Збільшений рівень гомоцистеїну в плазмі крові є частим метаболічним ускладненням хвороби Паркінсона. При гіпергомоцистеїнемії (ГГЦ) збільшується розвиток когнітивних порушень. Сучасні дослідження вказують на зв'язок між ГГЦ і тривалістю терапії пре-