

## **Дифференцированный подход к лечению ликворно- гипертензионного синдрома в отдаленном периоде закрытой черепно- мозговой травмы с учетом возрастного аспекта**

**Губина Г.Л., Гладкая-Губина Я.Н.,  
Павлова О.П., Цымбал А.М.,  
Погорелова О.В, Слепак Е.Н.**

*Харьковская медицинская академия  
последипломного образования,  
Центральная клиническая  
больница Украинской железной  
дороги, Харьков, Украина*

При патологии нервной системы, в том числе и при закрытой черепно-мозговой травме (ЗЧМТ), существенное значение придается возрастному фактору. Реактивность нервной системы, ее компенсаторные возможности в различных возрастных группах разные. Это существенно сказывается на клинических проявлениях отдаленных ЗЧМТ, в том числе и ликворно-гипертензионного синдрома (ЛГС) у лиц различных возрастных групп. Особенно это касается в сопряженных возрастных групп (молодой и средний возраст).

Наши наблюдения включали 61 больного с ЛГС травматического генеза верифицированного компьютерной томографией (КТ). Больные были разделены на две возрастные группы: молодого (от 18 до 45 лет) 34 человека и среднего возраста (от 46 до 60 лет) – 27 человек. При изучении клинических признаков ЛГС учитывались морфологические особенности изменения желудочков и субарахноидальных пространств головного мозга.

Сопоставляя клинику ЛГС у больных первой и второй групп, удалось отметить ряд различий. У больных первой группы преобладали головные боли приступообразного характера, более интенсивные, имевшие большую зависимость от положения головы, усиливались в постели, уменьшались при вставании. Кроме того, имелась повышенная чувствительность мозговых оболочек при перкуссии черепа на конвексе в сопоставлении с базисом. При КТ у лиц молодого возраста отмечено преобладание симметричной гидроцефалии, как ведущего рентгено-морфологического субстрата посттравматического ЛГС. У 15 (44,1 %) больных этого же возраста преобладал кистозный и кистозно слипчивый церебральный арахноидит. С преобладанием кистозного арахноидита можно связать более интенсивные головные боли их приступообразное

проявление. Этим же объясняется гиперчувствительность мозговых оболочек, особенно конвексальной поверхности при перкуссии черепа. У больных второй группы преобладала асимметричная гидроцефалия. У этих лиц преобладают репаративные процессы в местах непосредственного повреждения ликворных коммуникаций, что обуславливает их частичную окклюзию с превалированием асимметричной гидроцефалии. Арахноидальные кисты обнаружены лишь у 6 (22,2%) больных среднего возраста.

Таким образом, отмеченные морфо-клинические особенности отдаленных последствий ЗЧМТ в виде ЛГС у лиц молодого и среднего возраста позволяют более дифференцированно подойти к выбору патогенетического лечения с учетом возраста больных.

## **Особливості лікування лейоміоми матки з больовим та гемморагічним синдромом у жінок репродуктивного віку з метаболічним синдромом**

**Яроцький М.Є., Дем'яненко Л. В., Яроцька К.М.**

*Український науково-практичний центр  
ендокринної хірургії, трансплантації  
ендокринних органів і тканин  
МОЗ України, Київ, Україна*

Вступ. Найбільш гостро проблема збереження репродуктивного здоров'я стоїть у жінок з лейоміомою матки, яка діагностується в 13,3-24,0% випадків у репродуктивному віці і часто є однією з домінуючих причин, що призводять до втрати дітородної функції та патології вагітності. Частота метаболічного синдрому серед жінок на 50% більше ніж серед чоловіків і розповсюдженість серед населення розвинутих країн становить 25%.

Метою дослідження є удосконалення методів лікування лейоміоми матки з больовим та гемморагічним синдромом у жінок репродуктивного віку з метаболічним синдромом визначивши особливості гормонального та метаболічного гомеостазу і структурних змін ендометрію та міометрію.

Матеріали і методи. Проспективним обстеженням були охоплені 130 жінок з доброякісними захворюваннями матки та метаболічним синдромом та без метаболічного синдрому, до контрольної групи увійшли 50 соматично здорових жінок з нормальною менструальною та репродуктивною функціями. Методи дослідження: загально-клінічні, лабораторні (загальні дослідження крові, біохіміч-

ні показники крові, визначення рівня гормонів та ліпідного спектру), інструментальні (комплексне ультразвукове дослідження з доплерівським картуванням, оперативні втручання ендоскопічним та лапаротомним доступами з наступним гістологічним та гістоімунохімічним дослідженням матеріалу), математико-статистичні.

Результати досліджень. Проаналізовано дані гормонального гомеостазу в результаті якого виявлено достовірне збільшення вмісту естрадіолу (основна –  $429,4 \pm 31,2$  та порівняння –  $228,3 \pm 24,1$  проти контрольної –  $320,4 \pm 25,3$  нмоль/л;  $p < 0,05$ ). Виявлено пряму кореляцію між кількістю жінок з підвищеним рівнем загального тестостерону та кількістю жінок з підвищеним рівнем АМГ ( $r=0,33$ ,  $p=0,0001$ ). У жінок із доброякісними пухлинами матки при метаболічному синдромі відмічена пряма лінійна кореляція сильного ступеня між масою тіла та рівнями ліпопротеїдів низької щільності, загальних ліпідів, тригліцеридів, загального холестерину, зростання показників лептину, інсуліну, виявлені підвищені показники ліпопротеїдів низької щільності в 1,2 рази, тригліцеридів у 1,7 рази, загального холестерину у 1,4 рази, і у 1,4 рази знижений показник ліпопротеїдів високої щільності, що несприятливо позначається на реалізації репродуктивної функції.

В результаті дослідження виявлено, що наявність метаболічного синдрому у хворих з лейоміомами матки з больовим та гемморагічним синдромом супроводжується розвитком гіперпластичних процесів в ендометрії, які проявляються гіперплазією як залозистого, так і стромального компонентів та утворенням поліпозних структур в 35,8%; лейоміоми тіла матки проявляють експресію рецепторів стероїдних гормонів, особливо прогестерону в 67,3%. У випадку метаболічного синдрому в клітинах лейоміоми, зокрема гладеньком'язових клітинах стінок судин, спостерігається позитивна реакція на андрогенові рецептори.

Висновок: на підставі проведеного аналізу з урахуванням виявлених змін з метою удосконалення лікування лжйоміоми матки з больовим та геморагічним синдромом у жінок репродуктивного віку з метаболічним синдромом до стандартної схеми лікування додати інгібітори ароматаз та метформін.

## Лечение дорсалгий под контролем ультразвуковой навигации

Звягина Л.А.

Одесский областной клинический  
медицинский центр, Одесса, Украина

По данным статистики, в Одессе, дорсалгии, являются одной из самых частых причин обращения к неврологу. При этом страдает молодая часть населения, люди трудоспособного возраста, что обуславливает и социально-экономическую значимость данной проблемы. Временная утрата трудоспособности при этом заболевании сравнима с показателями при заболеваниях органов дыхания и кровообращения, составляя примерно 25% от общих потерь рабочего времени. Из-за хронической боли около 1% лиц трудоспособного возраста становятся инвалидами. Для оптимизации оказания помощи таким пациентам, в Украине был издан приказ МОЗ Украины от 17.08.07 № 487 по медикаментозному лечению дорсалгий, включающий проведение медикаментозных блокад. Принцип проведения лечебных блокад основан на введении лекарственного вещества в место патологической болевой импульсации, в результате происходит нормализация рефлекторных взаимоотношений на всех уровнях центральной нервной системы. Если ранее, для проведения блокад, использовались естественные ориентиры, то в настоящее время, современные технологии (МРТ, КТ, УЗИ) позволяют проводить манипуляцию под контролем, в режиме реального времени и обеспечить точность проведения блокады, в результате добиться эффективности и избежать осложнений. Сонография имеет определенные преимущества перед иными видами визуализации: безопасность, предотвращение воздействия радиации, а также возможностью видеть окружающие ткани, кости, мышечные слои, нервы и кровеносные сосуды. Для визуализации пояснично-крестцового отдела позвоночника используется низкочастотный конвексный датчик (2-6 МГц). Глубина выставляется в диапазоне от 5 до 7 см. Для визуализации позвоночника используется 7 основных сонографических проекций. Костные структуры, которые могут быть визуализированы при сонографии, включают: остистые отростки, поперечные отростки, пластинки, суставные отростки, суставные поверхности и заднюю границу тел позвонков. Мягкие тканевые структуры, которые могут быть визуализированы включают: корешки поясничного нерва, глубокие мышцы спины, желтую связку и заднюю твердую мозговую оболочку. Ультразвуко-

