

у 8 чел. (4,8 %): стенозы просвета менее 50 % — у 2 чел. (1,12 %), более 50 % — у 6 чел. (3,6 %).

В группе пациентов с дилатационной кардиомиопатией с нарушением сердечного ритма (экстрасистолия, ФП; 12 чел. — 7,18 %) выявлены стенозы БЦА менее 50 % просвета сосуда.

В группе больных с атеросклеротическим и постинфарктным кардиосклерозом с нарушением сердечного ритма (55 чел. — 33 %) выявлены:

— при постоянной форме ФП — стенозы просвета БЦА менее 50 % у 34 чел. (20,3 %); более 50–70 % — у 11 чел. (6,6 %);

— при синдроме слабости синусового узла — стенозы просвета БЦА менее 50 % у 3 чел. (1,8 %);

— при АВ-блокаде 1–2-й степени (4 чел. — 2,4 %) — стенозы просвета БЦА менее 50 % у 3 чел. (1,8 %), более 50–70 % — у 1 чел. (0,6 %).

В группе больных с атеросклеротическим кардиосклерозом в сочетании с гипертонической болезнью с сохраненной систолической функцией левого желудочка (43 чел. — 25,7 %) были выявлены стенозы БЦА меньше 50 % просвета сосуда у 34 чел. (20,3 %), более 50–70 % — у 9 чел. (5,38 %), окклюзии ВСА не выявлены.

В группе больных с гипертонической болезнью (21 чел. — 12,57 %) выявлены стенозы до 50 % у 16 чел. (58 %), более 50 % — у 4 чел. (2,4 %), более 75 % — у 1 чел. (0,6 %).

Анализ показал, что среди больных с острым инфарктом миокарда у 4 (2,4 %) человек с нарушением сердечного ритма (ФП) в анамнезе выявлено острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

У 16 больных (9,58 %) с атеросклеротическим и постинфарктным кардиосклерозом с нарушением сердечного ритма также выявлено в анамнезе ОНМК, из них у 8 чел. (4,79 %) — повторные ОНМК.

В группе больных с гипертонической болезнью в анамнезе ОНМК констатировано у 3 чел. (1,8 %) в бассейне гемодинамически значимого стеноза.

Выводы. Таким образом, у пациентов с атеросклеротическим стенозированием коронарных артерий выявлены стенозы или окклюзии БЦА, при этом гемодинамически значимые стенозы или окклюзии каротидных артерий в данной группе пациентов выявлены у 46 человек (27,5 %). 23 пациента (13,8 %) перенесли ОНМК, не связанное с острой коронарной патологией. Проведенное исследование подтвердило необходимость комплексного обследования больных с сосудистой патологией (в данном случае — коронарной) для выявления группы пациентов повышенного риска инсульта, для которых проведение первичной профилактики инсульта будет наиболее оправданно. У всех больных ишемической болезнью сердца, независимо от клинического течения, атеросклеротические бляшки сонных артерий являются потенциально опасными в отношении риска развития артериоартериальных эмболий сосудов головного мозга с развитием очаговой неврологической симптоматики.

УДК 1.616.477:616.8-009.12

ЖЕЛІБА Л.М., ФІЩЕНКО В.А., МОСКОВКО С.П.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова

E-mail: lzheliba@gmail.com

ВИПАДОК ВИКОРИСТАННЯ СТРІЧКИ KINESIO TAPE ПРИ СПАСТИЧНІЙ КРИВОШІЇ

Одним із факторів, що погіршують якість життя хворих на спастичну кривошию (СК) з вимушеним положенням голови, є хронічний больовий синдром, який не завжди відповідає рисунку перебігу моторного дефекту. Серед механізмів больового синдрому розглядають і плексопатії, і міогенний біль (м'язово-фасціальну дисфункцію).

Під нашим спостереженням знаходилася пацієнтка 1967 року народження, яка з 2009 року страждає від цервікальної дистонії (латероретроколіс). Проведено загальноклінічні, лабораторні (включаючи визначення вмісту міді в крові та сечі, концентрації церулоплазміну в крові) та інструментальні методи обстеження. На момент першого огляду рівень цервікальної дистонії за шкалою TWSTRS становив 60 балів (загальна оцінка тяжкості стану — 30, загальна оцінка інвалідизації — 18, біль — 12 балів). Протягом 1,5 року хвора отримала 4 ін'єкції ботулотоксину типу А-гемаглютиніну у *m. splenius capitis* і *m. sternocleidomastoideus* загальною дозою від 500 ОД на першому етапі до 1000 ОД — на останньому. Після останнього введення препарату рівень TWSTRS становив 51 бал (загальна оцінка тяжкості стану — 24, загальна оцінка інвалідизації — 16, біль — 11 балів).

Передбачалось, що причиною больового синдрому нашої пацієнтки, імовірно, є міогенний фактор, оскільки ознак плексопатії у хворої не спостерігалось.

Тривалий спазм м'язів викликає просторові зміни архітекτονіки сполучної тканини та структури рецепторного апарату, а також патологічну гіперактивність м'язових інтрафузальних веретен. Локальні зміни гемодинаміки призводять до ішемії тканини, звільнення медіаторів запалення (серотонін, простагландини), які підтримують біль і рефлекторний спазм. Важливим компонентом біомеханізму вважають порушення підшкірної та м'язової лімфоциркуляції, стаз лімфи, локальний набряк.

З метою поліпшення локальної гемодинаміки та лімфоциркуляції, а також впливу на психологічний стан хворої нами була використана методика кінезіотейпінга залучених у процес м'язів протягом 5 діб. Результат виявився досить вражаючим, оскільки не тільки зменшилася вираженість больового синдрому, але й змінилася постава голови у період використання стрічки (рівень TWSTRS становив 42 бали (загальна оцінка тяжкості стану — 19, загальна оцінка інвалідизації — 12, біль — 11 балів)). Пізніше ми використали стрічку kinesio tape ще у 2 хворих на спастичну кривошию з позитивним ефектом.

Висновок. Використання kinesio tape у хворих на СК має позитивний вплив на больовий синдром і вираженість вимушеного положення голови та плеча, можливо, внаслідок ефекту «коригуючого жесту» (дотику). Доцільно комбінувати методику ботулотоксинотерапії з використанням кінезіотейпінгу.

УДК 616.831-005.4:616.89-008.454+615.847.8

ІСАЙКОВА О.І., СОН А.С.

Одеський національний медичний університет

65082, м. Одеса, Валівський пров., 2

E-mail: ele9644@yandex.ru

НІВЕЛЮВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОЇ ІШЕМІЇ МОЗКУ ПІД ВПЛИВОМ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ

Цереброваскулярні захворювання є однією з найбільш важливих медико-соціальних проблем сучасності. Найбільш поширене цереброваскулярне захворювання — хронічна ішемія мозку (ХІМ). Одним із частих проявів ХІМ є депресивні розлади, що, безсумнівно, позначається на якості життя пацієнтів і призводить до соціальної дезадаптації. Увагу неврологів усе більше привертає метод транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС), що відрізняється неінвазивністю, простотою застосування та відсутністю даних щодо значущих побічних ефектів. Проте в доступній літературі ми не знайшли даних щодо впливу ТМС на депресивні прояви ХІМ.

Мета роботи: вивчити динаміку депресивних проявів ХІМ під впливом ТМС.

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети нами обстежені 62 хворі на ХІМ у стадії декомпенсації (дисциркуляторна енцефалопатія II стадії), чоловіків було 27, жінок — 35, віком 46–72 років. Діагноз ХІМ підтверджували скарги хворих, дані неврологічного обстеження, дуплексна доплерографія, комп'ютерна томографія і/або магнітно-резонансна томографія головного мозку. Вираженість депресивного розладу оцінювали перед початком і після курсу ТМС за шкалою DUODECIM. ТМС проводили терапевтичним приладом «Нейро-МС/Д»: 32 хворим проведено 10 сеансів по 10 хвилин низькоінтенсивної високочастотної (0,3 Тл, 30 Гц) ТМС лівої префронтальної ділянки, 30 пацієнтів отримали аналогічний курс високоінтенсивної низькочастотної (1,6 Тл, 1 Гц) ТМС.

Результати і їх обговорення. У першій групі не виявлено ознак депресивного розладу у 9, легкі порушення — у 12, помірні — у 9, виражені — у 2; після курсу ТМС — відповідно у 14, 13, 3 і 2 пацієнтів. У другій групі до лікування: 10, 11, 6, 3; після курсу ТМС: 11, 12, 4, 3. В обох групах зменшилась кількість хворих із депресивними проявами ХІМ, відбулося це за рахунок покращення стану пацієнтів із легкими і помірно вираженими порушеннями. Також видно, що в першій групі стан покращився у 6 хворих, а у другій групі — лише у 2.

Висновки. ТМС впливає на стан депресивного фону у хворих на ХІМ. Більш вираженим є вплив на депресивні прояви ХІМ при застосуванні низькоінтенсивної високочастотної ТМС.

УДК 616.831-005.4:616.89-008.45+615.847.8

ІСАЙКОВА О.І., СОН А.С.

Одеський національний медичний університет

65082, м. Одеса, Валівський пров., 2

E-mail: ele9644@yandex.ru

ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ПІД ВПЛИВОМ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ МАГНІТНОЇ СТИМУЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ІШЕМІЮ МОЗКУ

Найбільш поширене цереброваскулярне захворювання — хронічна ішемія мозку (ХІМ). Одним із частих проявів ХІМ є порушення когнітивних функцій, що, безсумнівно, позначається на якості життя пацієнтів і на пізніх стадіях призводить до соціальної дезадаптації. Увагу неврологів усе більше привертає метод транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС), що відрізняється неінвазивністю, простотою застосування та відсутністю зафіксованих даних щодо значущих побічних ефектів. У доступній літературі ми знайшли лише поодинокі повідомлення про вплив ТМС на когнітивні порушення при ХІМ.

Мета роботи: вивчити динаміку когнітивних порушень під впливом ТМС при ХІМ.

Матеріал і методи. Для досягнення поставленої мети нами обстежені 62 хворі на ХІМ у стадії декомпенсації (дисциркуляторна енцефалопатія II стадії), чоловіків було 27, жінок — 35, віком 46–72 років. Діагноз ХІМ підтверджували скарги хворих, дані неврологічного обстеження, дуплексна доплерографія, комп'ютерна томографія і/або магнітно-резонансна томографія головного мозку. Хворі були розподілені на 2 групи: 32 хворим проведено 10 сеансів по 10 хвилин низькоінтенсивної високочастотної (0,3 Тл, 30 Гц) ТМС лівої префронтальної ділянки, 30 пацієнтів отримали аналогічний курс високоінтенсивної низькочастотної (1,6 Тл, 1 Гц) ТМС. ТМС проводили терапевтичним приладом «Нейро-МС/Д». Когнітивні розлади досліджували за допомогою тесту MMSE перед початком курсу ТМС і наступного дня після його закінчення.

Результати. Тестування після курсу ТМС показало позитивні зміни в обох групах пацієнтів. При цьому застосування низькоінтенсивної високочастотної ТМС показало збільшення кількості правильних відповідей на 8,9 % (з 24,1 до 26,8 бала), а після курсу високоінтенсивної низькочастотної ТМС — на 5,4 % (з 23,7 до 25,3 бала). Наведені результати свідчать про більш виражені позитивні зміни після курсу низькоінтенсивної високочастотної ТМС.

Висновки. Застосування ТМС у лікуванні ХІМ дозволяється позитивний вплив на когнітивні функції спостерігається при застосуванні низькоінтенсивної високочастотної ТМС.