

неблагоприятними факторами і сопряжені з формуванням более грубого неврологического дефіцита как в начальной, так і последующих стадиях інсульту. Полученные результаты исследований дают предпосылки для более детального изучения кардиального статуса у больных с ишемическим инсультом.

УДК 616.833.7-08

**Бондарь Б. Е.**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины» (г. Харьков)*

#### **ЛЕЧЕНИЕ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА С ПОМОЩЬЮ АЛКОГОЛИЗАЦИИ**

Распространенность невралгии тройничного нерва (НТН) достаточно велика и составляет до 100—400 случаев на 100 тыс. населения, а заболеваемость по данным ВОЗ менее 5 (у мужчин) или чуть более 7 (у женщин) случаев на 1 млн населения в год. При неэффективности терапевтического лечения невралгии тройничного нерва используют хирургические методы.

Проведен анализ 60 случаев невралгии тройничного нерва, не поддающихся медикаментозным методам лечения. Данным больным проводилась спирто-новокаиновая блокада — в пораженную ветвь тройничного нерва эндоневрально вводили 2—4 % раствор новокаина, тримекаин или лидокаин на 80 % этиловом спирте (не более 0,5 мл). Оценивали эффективность лечения через 1 месяц, 6 месяцев и через 1 год.

Средний возраст больных составил  $62,53 \pm 1,08$  года. При поступлении в стационар у больных отмечались приступы боли по ходу ветвей тройничного нерва длительностью от 2 до 5 минут. Боли характеризовались значительной интенсивностью, внезапностью. Локализация была строго ограничена зоной иннервации тройничного нерва — I ветви в 10 %, II ветви — в 50 % III ветви — в 40 %. Триггерные зоны располагались в ротолицевой области, на альвеолярном отростке, при поражении I ветви — у медиального угла глаза. Провоцировали развитие боли такие факторы как разговор, еда, бритье лица, любое прикосновение. При невралгии I ветви тройничного нерва спирто-новокаиновую блокаду вводили через надглазничное отверстие, при невралгии II ветви — через подглазничное, при невралгии III ветви — через подбородочное отверстие или проводят инъекцию по типу мандибулярной анестезии. В случае безуспешности алкоголизации проводили непосредственно в круглое (II ветвь) либо овальное (III ветвь) отверстие. Отсутствие болевых приступов при данном виде лечения сохранялось через 1 месяц в 85 % случаев, через 6 месяцев — в 55 % случаев, а через 1 год — в 35 % случаев. При повторных проведениях блокад положительный результат уменьшался — периоды ремиссии носили кратковременный характер.

При использовании спирто-новокаиновой блокады положительный результат сохранялся через год в среднем у 35 % больных. Эффект алкоголизации уменьшался с каждой последующей процедурой и приводил к укорочению периода ремиссии.

УДК 616.831-005:616.89-008.46 (477.87)

**Булеца Б. А.\*, Адамчо Н. Н.\*, Яроватий В. В.\*\*,  
Роман Р. В.\*\*\*, Пак Л. Н.\*\*\*\***

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (м. Ужгород)\*;  
«Міжгірська центральна районна лікарня» (м. Міжгір'я)\*\*;  
«Хустська центральна районна лікарня» (м. Хуст)\*\*\*;  
«Бердичівська центральна районна лікарня» (м. Бердичів)\*\*\*\**

#### **ОСОБЛИВОСТИ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ В БІОГЕОХІМІЧНИХ РЕГІОНАХ ЗАКАРПАТТЯ**

Відомо, що на Закарпатті є два біогеохімічні регіони. Перший — гірський регіон (Воловецький, Міжгірський), де має місце йодна недостатність, і другий передгірський (Хустський район, с. Олександрівка і с. Данилівка), де внаслідок певних природних факторів у воді, ґрунті та продуктах харчування міститься підвищений рівень хлориду натрію.

У наших обстеженнях ми поставили за мету виявити когнітивні розлади у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) у цих регіонах.

Нами обстежено 100 хворих з ДЕ різної стадії. Всі хворі були поділені на дві групи. Перша (50 хворих) — з регіонів з йодною недостатністю, друга група (50 хворих) — це пацієнти із регіонів з підвищеним рівнем хлориду натрію. Всім хворим проводилось повне клінічне і параклінічне обстеження: ЕЕГ, КТ, МРТ, визначались в крові загальний холестерин, тригліцериди,

беталіпопротеїди, натрій, йод; когнітивні розлади оцінювали за шкалою Mini-Mental State Examination — MMSE. За хворими спостерігали протягом 10 років. Для достовірності отриманих результатів обстежені тільки чоловіки віком 55—65 р.

Аналізуючи отримані дані відмітили, що основним фактором ризику ДЕ були в першій групі — мозковий атеросклероз 30 хворих ( $60 \pm 0,05$  %) і артеріальна гіпертензія у другій групі 38 хворих ( $76 \pm 0,05$  %). Із клінічних симптомів у хворих першої групи домінували: зниження працездатності — 40 хворих ( $80 \pm 0,05$  %), деменція — 20 хворих ( $40 \pm 0,05$  %), рефлексії орального автоматизму — 21 хворий ( $42 \pm 0,05$  %). У хворих другої групи переважно виявлялись такі симптоми: запаморочення 42 хворих ( $84 \pm 0,05$  %), рефлексорний гемісиндром 26 ( $52 \pm 0,05$  %).

Аналізуючи біохімічні показники звернули увагу, що у хворих першої групи загальний холестерин у 40 чоловік ( $80 \pm 0,05$  %) і  $\beta$ -ліпопротеїди у 30 ( $60 \pm 0,05$  %) підвищені, тоді як у хворих другої групи більшість показників були в нормі. Вивчаючи дані КТ і МРТ, виявили, що у хворих першої групи спостерігалися мультифокальні і лакунарні зміни у 32 ( $64 \pm 0,05$  %), тоді як у хворих другої групи — тільки у 3 обстежених ( $6 \pm 0,05$  %).

Вивчаючи когнітивні розлади у наших пацієнтів, ми відмітили, що у хворих першої групи порушення переважно функції концентрації уваги 14 ( $28 \pm 0,05$  %) і пам'ять 26 ( $52 \pm 0,05$  %), тоді як у хворих другої групи зниження когнітивних розладів практично не спостерігалися. У деяких випадках в умовах йодної недостатності протягом 1—2 років наставала глибока деменція. В регіоні з йодною недостатністю вже у віці 55 років спостерігалися порушення сприймання інформації, концентрації уваги і розлад пам'яті. Таким чином, при йодній недостатності досить рано можуть розвинути когнітивні розлади. У разі сольової гіпертензії когнітивні розлади виникають після повторних ТІА. Частіше ішемічному інсульту передували ТІА і когнітивні розлади.

Когнітивні розлади у хворих з ДЕ частіше спостерігаються в регіонах з йодною недостатністю і рідше — в регіоні з порушенням обміну хлориду натрію.

УДК 616.711.6-036.66-08

**Бучачийская Н. М.\*, Марамуха А. А.\*\*\*, Харченко И. И.\*\*\*,  
Марамуха И. В.\*\*\*, Бахарева Л. В.\*, Марамуха В. И.\*\*\*,  
Боненко В. П.\*\*\***

*ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования» МЗ Украины\*; КУ «Запорожский областной центр медико-социальной экспертизы»\*\*; КУ «Запорожская областная клиническая больница»\*\*\* (г. Запорожье)*

#### **РЕАБИЛИТАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С КОМПРЕССИОННЫМИ КОРЕШКОВЫМИ И РЕФЛЕКТОРНЫМИ СИНДРОМАМИ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**

Около 80 % в общей популяции населения страдают вертеброгенными болями, преимущественно поясничной локализации, причиной которых является остеохондроз. Поэтому вопросы лечения и реабилитации больных этой нозологической группы являются чрезвычайно актуальными. Из года в год сохраняются стабильно высокие показатели первичного выхода на инвалидность. Так, в 2009 году показатель по данной нозологии составил 0,4 на 10 тыс. человек населения; в 2010 году — 0,4; и в 2011 — 0,4.

Цель работы: создание методик с использованием мануальной терапии (МТ), которые позволили бы эффективно проводить лечение и реабилитацию больных и инвалидов с неврологическими проявлениями остеохондроза поясничного отдела позвоночника столба.

Проанализировав результаты лечения и реабилитации 1319 больных и инвалидов с компрессионными корешковыми и рефлекторными синдромами поясничного остеохондроза прошедших лечение на протяжении трех лет, мы пришли к выводу о необходимости внедрения в широкую практику специально разработанных нами и адаптированных классических методик МТ. Мы применяли только щадящие составляющие МТ — постизометрическую и постреципрокную релаксацию мышц, точечный и сегментарный массаж, мышечные тракции. Кроме того, использовались физиотерапевтические процедуры, бальнеолечение, рефлексотерапия. Предложенные методики МТ применялись дифференцировано при корешковых компрессионных и рефлекторных синдромах поясничного остеохондроза. Медикаментозные средства мы не использовали, что позволило существенно снизить затраты на лечение больных и создать серьезную альтернативу нейрохирургическим вмешательствам на межпозвоночных дисках. Быстрее купировался болевой

вертебральний синдром, улучшалась вертебродинамика, была снижена продолжительность пребывания больного в стационаре на  $1,2 \pm 0,3$  дня.

Использование щадящих методик МТ в комплексном сочетании с физиотерапией в лечении и реабилитации больных и инвалидов с компрессионными корешковыми и рефлекторными синдромами остеохондроза поясничного отдела позвоночника позволило качественно улучшить результаты лечения и существенно снизить процент инвалидизации у больных этой нозологической группы.

УДК 616.831-089-053.2

*Варешнюк О. В., Духовський О. Е.  
Міський Центр Дитячої Нейрохірургії ХМКЛШНМД  
ім. проф. О. І. Мещанінова (м. Харків)*

### МОЖЛИВОСТІ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОГО НЕЙРОМОНІТОРИНГУ ПІД ЧАС НЕЙРОХІРУРГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ДІТЕЙ

Використання нейрофізіологічних тестів під час нейрохірургічних операцій дає можливість зменшити або усунути неврологічні розлади внаслідок оперативних втручань. Це можливо завдяки непереривній реєстрації спонтанної нервової та м'язової активності.

Вибір тестів залежить від виду та обсягу оперативного втручання. Моніторинг провідних шляхів та функцій черепно-мозкових нервів проводять під час оперативних втручань на основі черепу, при видаленні пухлин задньої черепної ями, при мікровазкулярних декомпресіях черепно-мозкових нервів. Досліджують: викликані сенсорні потенціали нервів, спонтанну електроміографію, стимуляційну електроміографію.

Моніторинг функцій спинного мозку проводять під час операцій виправлення деформацій хребта, стабілізуючих та артродезуючих операціях, при видаленні пухлин спинного мозку та хребта. Застосовують викликані сенсорні потенціали, викликані моторні потенціали, досліджують спонтанну електроміографію, стимуляційну електроміографію.

При судинній нейрохірургії проводять контроль викликаних сенсорних потенціалів та електроенцефалограми для запобігання післяопераційних ішемічних уражень головного мозку.

Кортикальну стимуляцію застосовують для виявлення епілептиформних розрядів мозку при хірургії епілепсії та для виявлення локалізації функціональних зон півкуль мозку при видаленні пухлин.

3 грудня 2011 року Міський Центр Дитячої Нейрохірургії забезпечений 40-канальним апаратом для інтраопераційного нейромоніторингу Endeavor, виробництва США. Ми виконали 3 операції видалення кистозного компонента пухлини стовбура головного мозку, 3 операції тотального видалення пухлин задньої черепної ями, 3 операції тотального видалення пухлин півкуль головного мозку, 5 спинальних операцій та 1 нейрорафію. В післяопераційному періоді неврологічний статус пацієнтів не погіршився, у трьох пацієнтів після видалення пухлин та кист спинного мозку вдалось частково відновити втрачені функції, позбавити больового синдрому. Після нейрорафії вдалось відновити втрачену функцію кисті дитини.

Застосування сучасних методик діагностики та лікування в нейрохірургії дає можливість розширити обсяг оперативних втручань, зберегти функції нервової системи та покращити якість життя дитини та її сім'ї.

УДК 616.853-07-036

*Васильєва О. А., Череватенко Г. Ф.  
ГУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології  
НАМН України» (г. Харків)*

### ДИНАМІКА НЕВРОЛОГІЧЕСЬКОЇ СИМПТОМАТИКИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТРАНСФОРМАЦИИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

Обязательным критерием отбора больных эпилепсией для основной группы наблюдений было наличие трансформации эпилептических приступов (ТЭП) в анамнезе и/или их эволюция за время наблюдения — видоизменений клинической картины приступа, замены одного типа эпилептического припадков на другой, а так же присоединение к имеющимся другим типам припадков под влиянием различных факторов. Было обследовано 72 взрослых больных эпилепсией с разными типами эпилептических приступов, в возрасте от 20 до 59 лет (средний возраст —  $46,5 \pm 1,2$ ). Под понятием «трансформация» эпилептических приступов в данной работе рассматривалось изменение

клинических проявлений в виде смены характеристик и типа припадков у одного и того же больного под влиянием различных причинных факторов, что могло свидетельствовать как об ухудшении клинического состояния и прогрессировании заболевания — негативные трансформации эпилептических припадков (НТЭП), так и об улучшении клинического течения болезни — позитивные трансформации эпилептических припадков (ПТЭП). Выяснилось, что большинство больных эпилепсией имели на момент обследования или в анамнезе коморбидную патологию в виде присоединения одного или 2-х заболеваний, таких как последствия перенесенной черепно-мозговой травмы; последствия хронического инфекционно-аллергического энцефалита различной этиологии; последствия общих инфекционных или вирусных (ОРЗ, грипп и т. п.) болезней ЛОР-органов; соматических заболеваний (в виде патологии печени и почек, поражения суставов, проявлений хронического гастрита и язвы, сахарного диабета, анемии и т. п.), хронической сердечно-сосудистой патологии (кардиальные аритмии, артериальная гипертензия и пр.). Эти заболевания оценивались как возможный фактор провоцирования формирования трансформаций эпилептических приступов.

**Неврологические нарушения у больных с НТЭП.** Неврологические расстройства у больных с негативной трансформацией эпилептических приступов были выражены и носили стойкий и, в ряде случаев, прогрессирующий характер. Чаще всего у больных с НТЭП были выявлены изменения в виде нарушения статики — 58,8 % и координации — 24,5 %, умеренной и значительной степени выраженности нарушения сухожильных рефлексов — около 60 % и чувствительности — 66,4 %, нарушения функций черепно-мозговых нервов — в 25 %, признаки ликворной гипертензии (болезненность и ограниченность движений глазных яблок) — у 30 % больных, вегетативная дисфункция — около 60 %. У всех больных на фоне НТЭП в ходе заболевания нарастали признаки пирамидной недостаточности, вестибуло-атактические и вегетативные нарушения.

**Изменение неврологического статуса у больных с ПТЭП.** У группы больных эпилепсией с позитивными трансформациями эпилептических приступов была выявлена рассеянная неврологическая микросимптоматика. При объективном обследовании у 20—40 % больных обнаружены начальные или умеренные неврологические изменения в виде нарушения статики — 40,8 % и координации — 20,6 %, вегетативная дисфункция — 39,2 %, легкой и умеренной степени выраженности нарушения сухожильных рефлексов и чувствительности — 29,4 %, нарушения функций черепно-мозговых нервов — в 25 % и признаки ликворной гипертензии — у 20 % больных. Неврологические расстройства у больных с ПТЭП проявлялись во время судорожных припадков и сохранялись в течение какого-то времени, в отличие от больных с НТЭП, у которых симптоматика неврологических нарушений разной степени выраженности была постоянной и усиливалась после эпилептических припадков.

Динамику неврологических нарушений под влиянием трансформации эпилептических приступов необходимо учитывать для своевременной ее коррекций у данной категории больных эпилепсией.

УДК: 615.711-073.43-08:001.8

*Васильева-Линецкая Л. Я.\*, Фурса И. А.\*\*, Кас И. В.\*  
Харьковская медицинская академия последипломного образования\*; Центральная клиническая больница «Укрзалізниця» (г. Харьков)\*\**

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОМПРЕССИОННО-КОРЕШКОВЫМИ СИНДРОМАМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ГРЫЖАМИ МЕЖПОЗВОНОЧНЫХ ДИСКОВ, ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКОГО И КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ

В настоящее время консервативное лечение используется у 85—90 % больных с компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков. Традиционно его эффективность оценивают с позиций влияния на клинико-неврологические нарушения, однако развитие методов визуализации позволяет определять возможности воздействия и на саму грыжу межпозвоночного диска.

Цель исследования: изучение эффективности комплексного консервативного лечения больных с компрессионно-корешковыми синдромами, обусловленными грыжами межпозвоночных дисков, на основании показателей клинико-неврологического исследования и компьютерной томографии (КТ).