Нами проведен анализ результатов лечения 171 больного 23—62 лет с компрессионно-корешковыми синдромами, вызванными грыжами межпозвоночных дисков. Клиническая картина заболевания чаще соответствовала компрессии корешка SI — у 80 (46,2 %) и L5 — у 66 (38,6 %) больных. Стадия обострения диагностирована у 164 (96,3 %) обследованных, у 37 (21,6) % болевой синдром имел симпаталгический характер.

Для объективизации степени выраженности болей наряду с традиционным клинико-неврологическим исследованием использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ), а также всем больным двукратно (до начала лечения и через 6—7 месяцев) проводилась КТ пояснично-крестцового отдела позвоночника на односрезовом спиральном компьютерном томографе SeleCTSP Marconi Med Cys одним и тем же врачом-радиологом.

По данным КТ у 85 (49,8 %) больных определялись задние срединно-боковые, у 63 (31,8 %) — срединные, у 31 (18,1 %) — фораминальные грыжи нижних поясничных и пояснично-крестцового дисков, размеры которых колебались от 5 мм до 12 мм, а также протрузии 3—4 мм у 80 (46,8 %) на фоне остеохондроза (91,4 %), спондилеза (76,9 %), спондилоартроза (79,1 %).

Лечение больных в условиях неврологического стационара было однотипным и включало назначение общепринятых медикаментозных препаратов, лечебную гимнастику, иглорефлексотерапию, низкочастотную магнитотерапию, а также, при выраженном болевом синдроме, амплипульстерапию или электромиостимуляцию, при умеренной интенсивности болей — электрофорез бишофита или карипаина.

Анализ результатов лечения показал, что только у 50 (29,3 %) наблюдаемых достигнут значимый клинический эффект при использовании одного курса, тогда как 121 (70,7 %) больным проводилось 2—3-кратное стационарное лечение с интервалом в 2—3 мес. При этом отмечено значительное уменьшение интенсивности болей и снижение показателей ВАШ в три раза — до 2,5 ± 0,2 баллов ($P < 0,001$), а также повышение сниженного тонуса мышц у 86 % и увеличение силы разгибателей и сгибателей стопы у 73 % больных. При повторной КТ отмечалось уменьшение размеров грыжи на 3—5 мм у 26 (15,2 %) больных, при этом у 12 (7,0 %) грыжа не определялась вовсе. Кроме того, у 14 (8,2 %) пациентов с исходной грыжей после лечения диагностирована циркулярная протрузия величиной 4 мм, у 8 (4,7 %) — 2—3 мм, что также может расцениваться как благоприятный рентгенологический признак разрешения межпозвоночной грыжи.

Таким образом, традиционное консервативное лечение больных с компрессионно-корешковыми синдромами, вызванными грыжами межпозвоночных дисков, благоприятно влияет не только на клиническое течение заболевания, но у части больных и на сам грыжевой дефект.

УДК 616.833-005:616.839-08

Васильєва Н. В., Оленович О. А.
Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)

ЗАСТОСУВАННЯ L-ЛІЗИНУ ЕСЦИНАТУ В ТЕРАПІЇ ВЕРТЕБРОГЕННИХ ДОРСАЛГІЙ, ЗУМОВЛЕНИХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Хвороби периферичної нервової системи стабільно посідають друге місце серед інших неврологічних захворювань. Також вони є однією з провідних причин втрати працездатності серед осіб молодого та середнього віку. Найбільш суттєвим етіологічним фактором, що зумовлює розвиток больових синдромів попереково-крижового відділу хребта (ПКВХ), є остеохондроз. Сучасна терапія неврологічних проявів поперекового остеохондрозу ґрунтується на використанні нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ), дегідратаційних, знеболюючих препаратів, вітамінотерапії, міорелаксантів тощо.

В умовах неврологічного відділення Чернівецької обласної психіатричної лікарні нами проведено обстеження 35 пацієнтів віком від 32 до 60 років з неврологічними проявами поперекового остеохондрозу. Згідно з класифікацією Антонова І. П. були встановлені діагнози радикулопатії, радикулоішемії та мієлопатії. Під час вивчення неврологічного статусу особливу увагу звертали на обсяг активних рухів у поперековому відділі хребта та напруження паравертебральних м'язів; вираховували коефіцієнт вертебрального синдрому (КВС), коефіцієнти згинання та розгинання хребта; вираженість сколіозу оцінювали за трьома ступенями; інтенсивність больового синдрому визначали в балах згідно з рекомендаціями Антонова І. П.; виявляли зміни в чутливій та руховій сферах. З метою об'єктивізації больового синдрому та контролю за ефективністю терапії щодо його усунення використовували оцінку вираженості болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), шкалою вербальних оцінок (ШВО). Діагноз підтверджували за допомогою рентгенографічного обстеження ПКВХ у двох проекціях, КТ або МРТ.

У 1-шу (контрольну) групу увійшли 15 пацієнтів, які під час стаціонарного лікування отримували НПЗЗ, міорелаксанти, вітамінотерапію, сечогінні препарати. 20 пацієнтів 2-ї (основної) групи замість сечогінних препаратів протягом 10 днів отримували 10 мл L-лізину есцинату в/венно краплинно у 150 мл фізіологічного розчину хлориду натрію 1 раз на добу.

В результаті терапії вдалося досягнути значного покращання у 85 % пацієнтів 2-ї групи та 53,3 % пацієнтів 1-ї групи. Біль повністю регресував у 13 хворих 2-ї групи та у 6 хворих 1-ї групи. Зменшення вираженості больового синдрому на 6,4 бали за даними ВАШ і на 4,2 бали за ШВО виявлено у 5 хворих 2-ї групи. У 5 пацієнтів 1-ї групи вираженість больового синдрому зменшилася на 4,6 бали за даними ВАШ і 2,7 бали за ШВО. Зменшення вираженості болю на 2,5 бали за даними ВАШ та на 1 бал за ШВО (відсутність ефекту від лікування) спостерігали у 2 хворих 2-ї та 4 пацієнтів 1-ї групи. Також у хворих 2-ї групи до одиниці наближався коефіцієнт КВС та коефіцієнт згинання та розгинання хребта.

Порівнюючи ефективність лікування у двох групах пацієнтів, можна констатувати більш виражений клінічний ефект комплексної терапії із застосуванням L-лізину есцинату ($p < 0,05$). Отримані результати дослідження свідчать, що комплексна терапія із застосуванням традиційних сечогінних препаратів виявилася недостатньо ефективною, оскільки лише у 53 % пацієнтів вона забезпечила регрес неврологічної симптоматики. В той же час, застосування медикаментозної терапії в комплексі з L-лізином есцинатом дозволило досягнути кращого ефекту у 85 % хворих.

УДК 616.-092.9-039.31:599.323.4

Вастьянов Р. С., Ляшенко С. Л., Шандра О. А.
Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

КОНЦЕПЦІЯ «НЕЙРОПЕПТИДНОГО ПРИГНІЧЕННЯ» ЕПІЛЕПТИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЧЕРЕЗ ПІДВИЩЕННЯ АКТИВНОСТІ ЕНДОГЕННИХ НЕЙРОПЕПТИДІВ

В роботі робиться спроба аналізу результатів експериментальних даних щодо впливу окремих нейропептидів при їх внутрішньомозковому введенні на різні форми епілептичної активності (ЕпА). Перевага застосування нейропептидів як потенціальних протиепілептичних засобів полягає у відсутності побічних ефектів та в тому, що вони справляють ефект при введенні в організм у мінімальній концентрації.

При внутрішньонігральному (в/нігр; ретикулярна частина) та внутрішньогіпокампальному (в/гіп; вентральна ділянка) введенні δ-сон індукуючого пептиду (ДСІП) та 25 його фрагментів та аналогів досягнуто протисудомного впливу за умов гострої (каїнат-, пікротоксин-спричиненої ЕпА, електрошокового судомного синдрому) та хронічної (пікротоксин-індукований кіндлінг) форм ЕпА, що відзначалося подовженням латентного періоду перших судомних проявів, зниженням інтенсивності судом, скороченням кількості щурів із судомами. Визначено було, що ДСІП та переважна більшість його аналогів спричиняли протисудомну дію при їхньому в/нігр введенні, що є важливим, зважаючи на провідну роль чорної речовини у регуляції процесів збудливості головного мозку.

Після системного та внутрішньошлуночкового (в/шлун) введення нейротропіну — небілковій суміші сполук з низькомолекулярною масою — досягнуто протисудомну дію за умов вогнищевої, гострої та хронічної (електричний та хімічний кіндлінг) форм ЕпА. Цікаво, що попередні дослідження виявили повну відсутність впливу нейротропіну на збудливість мозку в інтактних щурів. Цереброспинальна рідина (ЦСР), отримана після введення щурам нейротропну, підвищувала судомний поріг та при в/шлун введенні спричиняла протисудомну дію.

Внутрішньомозкові (у чорну речовину та вентральний гіпокамп) введення нейротензіну спричиняло протисудомні ефекти цього пептиду за умов пентилентетразол- та пікротоксин-індукованих форм гострої ЕпА, а також при пікротоксиновому кіндлінзі. Подібні протиепілептичні ефекти було отримано в разі в/нігр введення соматостатину. Додання соматостатину (10 нмоль/мл) до ЦСР сприяло розвитку протитепілептичного ефекту, що проявлялося зменшенням амплітуди спайкових потенціалів.

При в/гіп введенні кіоторфіну (КТ; 2,5, 5,0 та 10 нмоль) було зареєстроване дозазалежне пригнічення ЕпА, яке було виразне у значному зниженні інтенсивності судорожних реакцій та подовженні їх латентного періоду. Такі ж самі, але більш виразні протисудомні ефекти були зареєстровані при в/гіп застосуванні неокіоторфіну та d-ser-2-неокіоторфіну. Найбільш виразна протиепілептична дія КТ була при його в/нігр введенні у дозі 10 нмоль.

В/шлун введення ЦСР, отриманої від котів з епілептичним статусом (ЕС), спричиняє протисудомну дію в щурів-реципієнтів, в яких потім відтворювали ЕС. Важливо, що саме пептиди надають провідну протисудомну роль у ЦСР, отриманій після судомних епізодів (Годлевський Л. С., 1992).

Систематизація результатів, отриманих в лабораторії кафедри фізіології ОНМедУ, дозволяє припустити провідну роль ендогенної нейропептидної системи в регуляції процесів реактивності мозку. Ймовірно, що саме пептиди є індукторами активності «антиепілептичної системи мозку», активація якої є неодмінним чинником протисудомного ефекту будь-якої лікувальної фармакологічної схеми через показане підсилення секреторної активності тканини мозку в разі індукції судом (Shandra A. et al., 2008). Отже, маємо підґрунтя для формулювання концепції «нейропептидного пригнічення» ЕпА, враховуючи протисудомні ефекти багатьох пептидів, внутрішньомозкове введення яких підвищує тонус ендогенної пептидної системи.

УДК 616.831-005.1-08

Височанська Т. Г., Кривенко Г. О., Костенко Т. В., Бородій С. О., Гельман Г. Г.
Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка (м. Вінниця)

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТУ ПРОВЕДЕНОЇ ПРОЦЕДУРИ ТРОМБОЛІЗИСУ В УМОВАХ ІНСУЛЬТНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОПНЛ ім. акад. О. І. ЮЩЕНКА

Мета: оцінка результатів процедури тромболізису за 2011 р., проведеної в умовах інсультного відділення ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка.

Інсульт — поширена причина первинної інвалідності, тимчасової і/або стійкої непрацездатності. У Росії та Україні рівень інвалідизації через 1 рік після перенесеного інсульту становить від 76 % до 85 %, тоді ж як у країнах Західної Європи — 20—30 %. (Kalra L.,1994; Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С., 2006), що свідчить про недостатній рівень організації лікувального та реабілітаційного процесу.

В інсультному відділенні Вінницької обласної психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка вперше процедура тромболізису була проведена в 2007 р. В наступні роки прогресивно збільшувалась кількість пацієнтів, в лікуванні яких була застосована тромболітична терапія, що суттєво вплинуло на відновлення втрачених функцій, ступінь незалежності в побуті, рівень фізичної активності, і зменшило інвалідизацію пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту.

Проведено аналіз історій хвороб пацієнтів з ішемічним інсультом, яким було проведено тромболізис протягом 2011 р. Після проведення нейровізуалізації/верифікації ішемічного інсульту та відбору згідно з протоколом пацієнтам застосовано введення препарату «Актилізе». Процедуру тромболітичної терапії в 2011 р. — 18 хворих (12 чол., 6 жін.). Стан пацієнтів оцінювали за шкалами NIHSS/Rankin при надходженні та за шкалами NISS/Bartel/Rankin через 7 днів після проведення процедури. Також стан пацієнтів оцінювався за шкалою загальної оцінки після проведення тромболізису в першу добу після введення тромболітика, на 5 добу, при виписці та через 3 місяці після виписки із інсультного відділення (інформація була отримана при безпосередньому огляді пацієнта у відділенні або за допомогою телефонного інтерв'ю).

Для оцінки отриманих результатів тромболізису при гострому ішемічному інсульті була застосована шкала семибальної оцінки, яка розроблена лікарями інсультного відділення під керівництвом професора Московко С. П. — завідувача кафедри нервових хвороб ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Серед 18 пацієнтів, яким в лікуванні було застосовано процедуру тромболізису, 1 пацієнт помер на шосту добу через геморагічну трансформацію ішемічного вогнища (дуже значне погіршення, що склало 5,5 %), 1 пацієнт був переведений для подальшого лікування в кардіологічне відділення міської лікарні з приводу гострого коронарного синдрому.

З 18 пацієнтів після проведення процедури тромболізису не мали явних ознак інвалідності на момент виписки 6 чол. (35,3 %), за даними катамнезу через 3 міс. — 11 чол. (69 %).

Серед пацієнтів працездатного віку (до 60 р. — 6 пацієнтів) 1 пацієнт (17 %) помер (геморагічна трансформація), 5 пацієнтів (83 %) через 3 міс., за даними катамнезу, стали повністю незалежними в побуті.

Запорукою успішного лікування пацієнтів з ішемічним інсультом є застосування процедури тромболізису з дотриманням єдиних загальних рекомендацій та виконання її в умовах спеціалізованого відділення. Суттєве значення мають рання вертикалізація та активізація пацієнтів, що сприяє більш повному відновленню порушених функцій. Варто оцінювати результат проведеної процедури тромболізису при виписці та через 90 днів, що дозволяє відмітити суттєву позитивну різницю в стані пацієнтів. Аналіз отриманих даних диктує необхідність більш широкого впровадження сучасного методу лікування ішемічного інсульту — застосування тромболізису, що дозволяє позитивно вплинути на ступінь інвалідизації, та покращити якість життя пацієнтів після перенесеного інсульту та їх найближчого оточення.

УДК: 616.831-009.1-053.2/6+616-009.12+616-003.

Власенко С. В.*, Кушнир Г. М.**
Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий Министерства Обороны Украины (г. Евпатория); Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)***

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОБОСНОВАНИЯ ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) в структуре детской неврологической инвалидности занимает одну из ведущих позиций. Развитие движений у больного с ДЦП осложняется различными патологическими факторами, совокупность которых формирует уникальную картину патологии движения, постоянно изменяющуюся с ростом ребенка и под влиянием различных методов лечения, что требует постоянного динамического контроля над состоянием ребенка. Однако для формирования адекватной тактики лечения рутинного клинического обследования бывает недостаточно, так как с его помощью невозможно оценить состояние мышц, их возможности формирования физиологического движения. Без данной объективизации прогнозирование эффективности того или иного метода терапии двигательных расстройств невозможно, что, соответственно, может принести вред пациенту, привести к необоснованным затратам.

Разработана методика ультразвуковой диагностики состояния мышц у больных ДЦП с вычислением индексов, совокупность которых характеризует реабилитационный потенциал мышц (деклараційний патент № 61005, авторське право на твір № 42282). Сравнительная оценка полученных индексов с аналогичными показателями в двух контрольных группах (здоровых детей и детей с грубыми явлениями перерождения мышц) и данными электромиографии показали объективность данной методики, что в сочетании с доступностью и незначительной ценой обследования делает данный метод оценки структурных изменений мышц привлекательным для широкого использования в практике реабилитации. Полученные данные на группе из 196 больных ДЦП (форма спастическая диплегия) позволили распределить всех больных в зависимости от их реабилитационного потенциала на 4 группы. Отсутствие патологических изменений в мышцах и выраженных контрактур в сегментах конечностей, достигающих 4—5 степени, у ребенка является показанием к проведению сугубо консервативных методов лечения (первая группа), прежде всего ботулинотерапия препаратом «Диспорт», лечебная гимнастика. Наличие соединительнотканного перерождения мышцы при сохранности ее поперечнополосатой исчерченности и отсутствие контрактур 4—5 степени ограничений движений также является показанием к проведению консервативных методов реабилитации (вторая реабилитационная группа). Однако снижение спастичности ботулотоксином в данном случае не целесообразно. Выраженные контрактуры являются показанием к хирургическому лечению, направленному на их устранение (третья группа). Грубая степень перерождения и отсутствие характерной исчерченности характеризуют низкий реабилитационный потенциал восстановления движений (четвертая группа). Необходимо обеспечение ребенка ортопедическими изделиями, позволяющими передвигаться (при высоком уровне интеллектуального развития) или обеспечение полноценного постороннего ухода. Хирургическое лечение в данной группе должно проводиться по социальным показаниям, для