

і на CD_{22}^{+} : активуючим — в групах з провідними судомним та кризовим синдромами (пароксизмальний перебіг) та пригнічуючим — в групах з когнітивним та синдромом екстрапірамідної недостатності (прогресуючий перебіг). Лише у групі з провідним синдромом когнітивних розладів спостерігали помірний негативний кореляційний зв'язок між часткою CD_{3}^{+} , CD_{4}^{+} , CD_{8}^{+} -лімфоцитів та вмістом клітин у стадії некрозу, залежність з іншими CD^{+} була на рівні слабкої.

Встановлено, що достовірно нижчий рівень CD_{3}^{+} -лімфоцитів був у групі з клінічно вираженою депресією. З підвищенням рівня депресії встановлено посилення зв'язку між маркером окисного стресу (АФК⁺-клітини) та вмістом CD_{16}^{+} -лімфоцитів $r = 0,43$, $p = 0,012$ (клінічний рівень депресії).

УДК 616.831-008.64-02:613.168:612.014.426

Сербіненко І. А.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Декомпенсація хворих на енцефалопатії в період геомагнітних бур

Мета роботи: виявити особливості деяких нейрофізіологічних механізмів декомпенсації хворих на гіпертонічну та атеросклеротичну енцефалопатію під впливом геомагнітних бур.

Обстежено 53 хворих на енцефалопатію гіпертонічного та атеросклеротичного генезу. Обстеження проводили за допомогою клініко-неврологічних, клініко-вегетативних, електрофізіологічних (електроенцефалографія, реоенцефалографія), нейровізуалізаційних методів.

Встановлено, що при змінах геліогеомагнітного впливу у хворих спостерігається декомпенсація, початок якої може бути: поступовим повільним — протягом кількох діб; швидким — протягом 1 доби; гострим — розвиток транзиторної ішемічної атаки, або інсульту. Поступовий початок декомпенсації більш характерний для хворих з першою стадією енцефалопатії та більшістю хворих (65 %) з другою стадією, швидкий та гострий початок декомпенсації — для хворих з третьою стадією та значної кількості (35 %) хворих з другою стадією енцефалопатії. В період магнітних бур в усіх хворих реєструвалося підвищення артеріального тиску, погіршення церебральної гемодинаміки (підвищення тонуусу і зниження кровонаповнення церебральних судин), змінення деяких реологічних характеристик крові, реорганізація біоелектричної активності головного мозку (активація неспецифічних регуляторних механізмів мозку — ретикуло-кортикальних, таламо-кортикальних та лімбічних регуляторних систем).

В усіх хворих спостерігалось порушення циклу «сон — пильнування», клінічними проявами якого були пресомнічні, інтрасомнічні, постсомнічні порушення, денна сонливість, які у переважній більшості хворих формують індивідуальні варіанти сполучень та можуть змінюватися в динаміці. Ступінь виразності порушень циклу «сон — пильнування» у цих хворих залежить від стадії енцефалопатії. У період нічного сну в усіх хворих на енцефалопатії гіпертонічного та атеросклеротичного генезу зареєстрована висока варіабельність серцевого ритму (до 107 уд./хв).

Зміни стану хворих на гіпертонічну та атеросклеротичну енцефалопатію в період геліогеомагнітних бур може призводити до формування декомпенсації, особливості і ступінь виразності якої залежать від стадії енцефалопатії, індивідуального стану адаптаційно-компенсаторних можливостей хворого.

На підставі виявлених особливостей механізмів декомпенсації можливо обґрунтовано вважати, що зміни геліогеомагнітних впливів є одним із головних факторів ризику, дія якого може призводити до формування гострих порушень мозкового кровопостачання, що пояснює збільшення частоти інсультів та смертність від них в період дії цього фактору. Симптоадrenalова активація в структурі вегетативного забезпечення в період фази парадоксального сну підвищує ступінь ризику у таких хворих.

УДК 611.13:611.831.611.9:616.831-005

Сірко А. Г., Курна І. Ю.

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня
імені І. І. Мечникова» (м. Дніпро)*

Хірургічне лікування фармакорезистентних форм невралгії трійчастого нерва

Мета: визначити ефективність хірургічного лікування невралгії трійчастого нерва (НТН) методом мікроваскулярної декомпресії (МВД) та балонної компресії трійчастого нерва (БКТН) шляхом оцінки найближчих та віддалених результатів лікування.

Проведено аналіз ранніх та віддалених результатів хірургічного лікування 38 послідовних пацієнтів з НТН методом МВД та БКТН. Середній вік оперованих пацієнтів коливався від 27 до 85 років, у середньому — $61 \pm 6,7$ роки. У досліджуваній групі хворих переважали жінки — 23 (58,9 %). Середній термін від постановки діагнозу НТН до моменту госпіталізації в нейрохірургічне відділення становив $5,5 \pm 1,7$ роки. Під час цього періоду хворі отримували консервативне лікування. Відсутність ефекту від медикаментозної терапії, незважаючи на збільшення доз лікарських препаратів та застосування їх комбінації, були основним показанням для направлення хворого на консультацію до нейрохірурга.

Всі операції виконані авторами дослідження в нейрохірургічному відділенні КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова», м. Дніпро в період з 2010 по 2017 рік включно.

До операції всім пацієнтам виконано МР-дослідження головного мозку, а зокрема задньої черепної ями (ЗЧЯ), на апараті Philips, 1,5 Тл, з використанням спеціальних режимів. МРТ дослідження за програмою CISS-3D та IAS дозволяло візуалізувати, як корінці черепних нервів, так і судини у лікворному просторі базальних цистерн ЗЧЯ. Нейроваскулярний конфлікт при МР-дослідженні було виявлено у 29 (74,4 %) пацієнтів.

Оцінку віддалених результатів операцій проводили за результатами опитування оперованих пацієнтів під час контрольних оглядів з використанням традиційної шкали (за P. Jannetta).

38 пацієнтам проведено 41 хірургічне втручання. Виконана 21 МВД (операція за P. Jannetta). Операцію проводили в положенні хворого на бочу через стандартний субокципітальний ретросигмовидний доступ. Через 1 тиждень після МВД трійчастого нерва 19 (90,5 %) пацієнтів не відчували болю в обличчі. У двох пацієнтів біль контролювався медикаментозно.

БКТН у Меккелевій порожнині під контролем електронно-оптичного перетворювача виконана 20 хворим. Використовували набір інструментарію фірми "Cook" за методикою S. Mullan (1983 рік). Після балонної компресії через 1 тиждень усі оперовані хворі відзначили повний регрес більшового синдрому і відмовилися від прийому антиконвульсантів.

Катамнез відстежено у строки від 5 до 72 місяців. Рецидив больового синдрому, що не піддався консервативній терапії, відзначено у 2 хворих, яким проводили БКТН, та у 1 хворого, якому було виконано МВД трійчастого нерва. Хворі оперовані повторно: 1 хворому виконали МВД трійчастого нерва, двом — БКТН. У всіх трьох випадках відзначили повний регрес больового синдрому після реоперації.

Мікрovasкулярна декомпресія та балонна компресія трійчастого нерва є високоефективними методами лікування невралгії трійчастого нерва.

Вибір методу хірургічно лікування базується насамперед на виявленні нейроваскулярного конфлікту за даними МРТ головного мозку в режимі візуалізації черепних нервів до операції.

Низький відсоток післяопераційних ускладнень робить хірургічне лікування методом вибору під час лікування фармакорезистентної невралгії трійчастого нерва.

УДК 616.831-005.1-085: 612.13

Смотрицька Т. В.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Загальна характеристика показників варіабельності артеріального тиску в гострому періоді мозкового інсульту

Варіабельність артеріального тиску (ВАТ) розглядають сьогодні як самостійний прогностичний показник при багатьох патологіях та синдромах (гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарду, критичні стани тощо) і, зокрема, при судинно-мозкових катастрофах (Stead L. G. et al., 2006). Вивчення закономірностей цього показника в умовах гострого періоду інсульту може призвести до випереджувальних терапевтичних рішень та профілакувати ускладнення, спричинені зривом механізмів авторегуляції кровообігу.

Мета дослідження: характеристика розподілу показників варіабельності артеріального тиску в гострому періоді інсульту, залежно від головних демографічних та клінічних факторів.

Проспективне спостереження проводили у безвідбірковій когорті хворих в гострому періоді інсульту ($n = 478$; чоловіки — 270, жінки — 208), в умовах обласного спеціалізованого інсультного центру (*stroke unit*). Коефіцієнт варіабельності (CV) артеріального тиску (систоличного та діастолічного) обчислювали на основі ряду послідовних вимірів (12—36). Аналіз показників та перевірку характеру розподілу проводили за допомогою пакету Statistica 7.0.

В загальній когорті пацієнтів розподіл варіативного ряду CV систолічного та діастолічного артеріального тиску добре відповідає критеріям нормальності. Крім того, так саме нормальний розподіл мають показники CV в різні часові проміжки інсульту: перші 72 години, період від 72 годин до виписки та CV за весь період перебування в стаціонарі. Тому справедливим є використання статистик для нормального типу розподілу даних.

Аналіз усереднених даних за різними часовими проміжками демонструє певні відмінності, які можуть свідчити про різний стан механізмів авторегуляції. Середній CV систолічного тиску в період перших 72 годин перебування в стаціонарі становив $10,61 \pm 3,41$, а CV діастолічного тиску був недостовірно вищий — $10,95 \pm 2,94$. Цей показник в період від 72 годин до виписки склав $9,48 \pm 3,21$ та $10,59 \pm 2,54$, відповідно. Різниця в CV систолічного тиску в ці два періоди виявилась високодостовірною ($p < 0,001$). CV систолічного та діастолічного артеріального тиску в період стабілізації клінічної

картини статистично достовірно відрізняються ($p < 0,001$), хоча ні в надгострому періоді (72 години), ні в загальній оцінці за весь період (CV систолічного тиску $11,41 \pm 3,08$ та діастолічного — $11,73 \pm 2,35$) різниця не встановлена.

Кореляційний аналіз зв'язків параметрів CV артеріального тиску з демографічними показниками (стать, вік) демонструють дуже слабкий рівень впливу старшого віку та жіночої статі на рівень CV ($r = 0,11$ — $0,14$). Такий саме слабкий зв'язок спостерігається і з типом інсульту — на користь геморагічного процесу ($r = 0,13$). Але цікавим є характер кореляцій між самими показниками CV: якщо CV систолічного тиску та CV діастолічного тиску в перші 72 години госпіталізації, природно, мають доволі сильний зв'язок ($r = 0,64$), то відношення CV систолічного тиску в перші 72 години до CV систолічного тиску в період стабілізації (в тій самій когорті хворих) зменшується до $r = 0,18$. Це може свідчити на користь припущення про різний компонентний склад механізму авторегуляції артеріального тиску в різні періоди перебігу інсульту. Вплив цих компонентів (важкість інсульту, ступінь набряку мозку, наявні морфологічні зміни речовини мозку, локалізація тощо) та прогностичне значення варіабельності тиску будуть предметом подальшого аналізу.

УДК 616.832-004.2-07

Соколова Л. І.

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)*

Сучасні критерії діагностики розсіяного склерозу в практичній неврології

Незважаючи на добре відомі ознаки клінічної картини й особливості перебігу розсіяного склерозу (РС), діагностика цього захворювання нерідко буває складною. Особливо це стосується питання ранньої діагностики або першого епізоду захворювання, коли немає достовірних клініко-анамнестичних даних про хронічний перебіг хвороби. Водночас, саме рання діагностика дозволяє найефективніше допомогти хворому шляхом призначення препаратів, що змінюють перебіг РС. Тому важливим компонентом діагностики стали методи нейровізуалізації, які дозволяють верифікувати вогнища демієлінізації та їх характер.

Сучасний діагностичний алгоритм ремітуючого РС вимагає об'єктивного підтвердження дисемінації вогнищ у часі та в просторі, узгодження нейровізуалізаційної картини з клінічними та іншими параклінічними даними. Цей алгоритм чітко визначений критеріями McDonald останнього перегляду (2010), які є оптимальними для діагностики ремітуючого РС в сучасних умовах.

За цими критеріями у хворих з одним/першим загостренням потрібно довести наявність дисемінації процесу в часі. Для цього необхідно або очікувати розвиток в подальшому наступного клінічного загострення, що було необхідним у докомп'ютерну еру, або підтверджувати таку дисемінацію за допомогою МРТ-ознак у вигляді нових T2 та/або вогнищ, які накопичують контрастну речовину, на наступній МРТ, незалежно від терміну її проведення, або виявлення одночасної присутності на МРТ безсимптомних вогнищ, що накопичують і не накопичують контраст в будь-який час обстеження.

З метою визначення ефективності останнього діагностичного критерію для клінічної практики ми проаналізували перші звернення 105 пацієнтів до Київського міського центру РС і кафедри неврології НМУ за останній рік. Припущення про демієлінізуюче захворювання у більшості хворих було висунуто лікарями загальної практики