

составил 607,6 на 100 тыс. населения, то уже в 2011 году — 650,1. С такой же тенденцией за 5 лет увеличилось и количество случаев поражения нервов и нервных корешков (с 933,5 до 1045,7 на 100 тыс. населения). Наметилась тенденция к снижению заболеваемости вследствие инфекционных поражений нервной системы (с 24,3 до 18,9 на 100 тыс. населения). Более существенно снизились показатели распространенности и заболеваемости вегетососудистой дистонией (в 2007 году — 1949,7 и 490,9 на 100 тыс. населения, в 2011 г. — 1669,7 и 379,0 на 100 тыс. населения соответственно).

Неврологическая служба за 5 лет изменилась следующим образом. Обеспеченность врачами-неврологами в 2007 году составила 12,9 на 100 тыс. населения, в 2011 году — 14,9 на 100 тыс. населения. Оборот неврологической койки не претерпел существенных изменений и составил в среднем 29,9. Сократилась средняя длительность пребывания больного на койке на 2 дня.

Таким образом, за истекшие 5 лет отмечено увеличение распространенности заболеваний нервной системы. Они продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости и смертности населения страны.

УДК 616.831-005.1-07-084

Мищенко Т. С., Реміняк І. В.

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

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-НЕВРОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З СИМПТОМНИМИ ТА АСИМПТОМНИМИ ЛАКУНАРНИМИ ІНСУЛЬТАМИ

Мозковий інсульт є однією із найважливіших медико-соціальних проблем сучасної неврології, що пояснюється його значною частотою в структурі захворюваності, інвалідизації та смертності населення України, особливо в осіб працездатного віку. Одним із підтипів ішемічного інсульту є лакунарний інсульт (ЛІ) — особлива форма гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК), яка виникає на тлі артеріальної гіпертензії та зумовлюється первинним ураженням пенетрувальних (проникаючих) артерій і характеризується розвитком невеликих вогнищ некрозу в глибоких відділах мозку. Вони складають від 25 до 35 % серед ГПМК ішемічного характеру, але їх істина частота значно вища, оскільки близько 80 % ЛІ мають безсимптомний перебіг або клінічно не розпізнаються. У зв'язку з цим метою нашого дослідження було вивчення факторів ризику розвитку та клініко-неврологічних особливостей перебігу симптомних і асимптомних ЛІ.

Нами проведено динамічне обстеження 120 хворих з ЛІ головного мозку віком від 54 до 76 років. Наявність лакунарних вогнищ підтверджено даними КТ та МРТ дослідження. Аналіз факторів ризику показав, що основним є кризовий перебіг артеріальної гіпертензії, дисліпідемія, цукровий діабет 2 типу, фібриляція передсердь, наявність ознак атеросклеротичного ураження церебральних судин, нестабільних атеросклеротичних бляшок, паління та сполучення цих факторів. На підставі детального вивчення клініко-неврологічних даних встановлено основні неврологічні синдроми у хворих з асимптомними інфарктами мозку: вестибуло-атактичний — 66 %, підкорковий — 56 %, пірамідна недостатність — 46 %, псевдобульбарний — 12 %, когнітивні порушення — 92 %. У хворих з симптомним перебігом лакунарних інсультів частіше спостерігались ізольований моторний парез — 38 % хворих, синдром дизартрії — невправності в руці — 28 % хворих, ізольована гемігіпестезія — 20 %, атактичний геміпарез — 14 % хворих, когнітивні порушення у 88 % хворих. У 92 % хворих з асимптомними інфарктами виявлені когнітивні порушення різного ступеня вираженості: у 21 % — легкі, у 57 % — помірні, у 14 % — виражені (ступінь деменції), не виявлено — у 8 %. Відмічались зниження обсягів, міцності запам'ятовування, процесів уваги, звуження кола інтересів, в'язкість мислення. Менш виражені когнітивні порушення спостерігались у хворих з симптомними ЛІ. Легкі спостерігались у 33 % хворих, помірні у 44 % хворих, виражені — у 11 %, не виявлено — у 12 % хворих. У хворих з ЛІ визначені порушення в емоційній сфері у вигляді депресії та тривог. Депресивні розлади спостерігались у 64,3 % хворих з симптомними інфарктами мозку, у пацієнтів з асимптомними ЛІ — 53,8 %. Характерною особливістю депресії у хворих з лакунарними інсультами була стійкість симптомів, легкий та помірний ступінь їх вираженості, переважання соматовегетативної симптоматики, збереження критики до свого стану. Показано

взаємозв'язок депресії з виразністю неврологічного дефіциту, локалізацією вогнища (більш виражені симптоми депресії були у хворих з правопівкульовою локалізацією вогнища), а також з такими психосоціальними факторами, як самотнє проживання, втрата роботи. Результати проведеного дослідження якості життя свідчать про те, що усі хворі, що перенесли лакунарний інсульт мали нижчі показники якості життя, особливо хворі, які перенесли симптомний інфаркт головного мозку (7,8 ± 1,5), у зрівнянні з хворими з асимптомними інфарктами мозку (8,2 ± 1,3). У цих хворих більшою мірою були виражені розлади, пов'язані з фізичною активністю, зниженням працездатності та залежністю від сторонньої допомоги.

Таким чином, отримані нами дані стануть підґрунтям для удосконалення лікувальних, профілактичних та реабілітаційних заходів у даної категорії хворих.

УДК: 616-053.2:364 (477)

*Моїсеєнко Р. О., Осташко С. І., Терещенко А. В.,
Бережний В. В., Мартинюк В. Ю.*

Міністерство охорони здоров'я України (м. Київ)

ДО РЕАЛІЗАЦІЇ КОНЦЕПЦІЇ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ

За підрахунками ВООЗ на 1 хворого, що лікується в стаціонарі, припадає близько 10 осіб з хронічними захворюваннями та їх незворотними наслідками, які стають причиною інвалідності, соціальної дезадаптації, лягають тяжким тягарем на працездатну частину суспільства. Сучасна медицина вже не може бути орієнтована лише на лікування гострих станів. Вочевидь необхідно створювати програми допомоги хронічним хворим та інвалідам, спрямовані на корекцію наслідків захворювань, максимальне пристосування та залучення осіб зі стійкими порушеннями здоров'я до суспільного життя, відкриття для них можливостей самозабезпечення та самореалізації.

Біопсихосоціальна модель хвороби у вигляді Міжнародної класифікації ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps — ICDH) була вперше представлена ВООЗ ще у 1980 р. У 2001 р. ВООЗ прийняла удосконалену версію класифікації, яка отримала назву Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності і здоров'я (International Classification of Functioning, Disability and Health) та офіційну аббревіатуру — ICF. ICF орієнтована не лише на констатацію тяжкості наслідків захворювань. У ній вперше робиться акцент на адаптивно-компенсаторні можливості організму, важливість максимального залучення інваліда до суспільного життя та вводиться нове визначення поняття «реабілітаційний підхід до лікування хворого». Основні положення ICF: Impairment — ушкодження, Activity limitations — обмеження активності, Participation — участь. Біопсихосоціальна модель хвороби, що спирається на ознаки порушень життєдіяльності згідно з ICF, прийнята більшістю країн відправним пунктом комплексної медико-соціальної реабілітації хронічно хворих та інвалідів.

У руслі концепції багатовимірності хвороби та її наслідків з 60-х років ХХ століття в Німеччині отримала розвиток нова міждисциплінарна галузь — соціальна педіатрія. Зміст та задачі соціальної педіатрії у широкому розумінні сформулював ще у 1920-ті роки Стефан Енгель — видатний лікар-педіатр. Соціальна педіатрія опікується умовами розвитку дитини, її здоров'ям та його порушеннями у зв'язку з соціальними, психологічними (особливо сімейними), біологічними умовами та змінами навколишнього середовища; вивчає питання організації системи охорони здоров'я дітей та підлітків; як наука сприяє вирішенню проблем окремої дитини на основі міждисциплінарного підходу з використанням спектра методик педіатрії, епідеміології, психології і психології розвитку, неврології і неврології розвитку, психіатрії, наркології та економіки здоров'я; як сучасна галузь медицини займається реабілітацією дітей та підлітків з довготривалими порушеннями фізичного, психічного, інтелектуального і соціального розвитку.

В Україні зроблені впевнені кроки до реалізації концепції соціальної педіатрії у сфері надання реабілітаційної допомоги дітям з органічними ураженнями нервової системи. Рішенням Вченої медичної ради МОЗ України у 1998 р. була схвалена та впроваджена в роботу Українського медичного центру медико-соціальної реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи модель «Тандем — партнерство», «дитина — сім'я — фахівець». Суть моделі полягає у гармонійному поєднанні медичного та соціально-педагогічного аспектів реабілітації

з обов'язковим залученням батьків як повноправних учасників реабілітаційного процесу. Фактично в моделі «Тандем» реалізовані основні положення соціальної педіатрії щодо створення для дитини з органічною патологією нервової системи максимальних можливостей пристосування до життя та суспільно корисної праці. За цією моделлю в системі МОЗ України функціонує 41 центр медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи.

Складаються передумови створення єдиної моделі комплексної реабілітації дітей з тривалими порушеннями здоров'я та інвалідністю, починаючи з періоду новонародженості до досягнення дорослого віку, яка базується на міждисциплінарних засадах та об'єднанні зусиль фахівців різного відомчого підпорядкування.

УДК: 616.133.33:616.711.1-084

Морозова О. Г., Ярошевский А. А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ВТОРИЧНЫХ ЦЕРВИКАЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ШЕЙНО-ПЛЕЧЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Цель: Изучение возможности профилактики цервикальных неврологических синдромов (цефалгического, атактического), возникших в результате наличия миофасциальной дисфункции (МФД) шейно-плечевой локализации, путем терапевтической коррекции МФД.

У 145 пациентов в возрасте от 18 до 43 лет с цервикогенной цефалгией и атактическим синдромом, развившимися на фоне МФД, определялась эффективность терапии и данные катанеза относительно выраженности указанных неврологических синдромов при коррекции МФД. Эффективность терапии определяли на основании динамики неврологического, вертебрально-неврологического статуса, выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ, мышечного синдрома в баллах, балльной оценки субъективных и объективных вегетативных синдромов.

Пациентам проведен комплекс немедикаментозной терапии, направленной на ликвидацию миотонического и болевого синдромов. Немедикаментозное лечение включало 5—7 сеансов биомеханической коррекции позвоночника в сочетании с мягкими техниками мануальной терапии, акупунктурой, вакуумрефлексотерапией через день, классическую акупунктуру, комплексы лечебной физкультуры, направленные на закрепление результатов лечения (табл.).

**Редукция цервикальных неврологических синдромов
под влиянием терапии (%)**

Название синдромов	Полное исчезновение синдромов	Частичное исчезновение синдромов	Отсутствие эффекта
Болевой	85 %	15 %	0
Мышечно-тонический	75 %	25 %	0
Цефалгический	95 %	5 %	0
Атактический	90 %	10 %	0

Клинико-неврологический анализ эффективности терапии показал, что полное исчезновение цефалгического и атактического синдрома наблюдалось у пациентов с положительным эффектом относительно болевого и мышечно-тонического синдрома. Как свидетельствуют данные таблицы, от 5 до 25 % пациентов нуждались в повторном курсе терапии. Катанез проанализирован у 115 пациентов с МФД: в течение 4 лет — у 34 больных; в течение 3 лет — у 29 пациентов; на протяжении 2 лет — у 27 пациентов; в течение 1 года — у 25 пациентов. У 70 % пациентов наблюдался стойкий клинический эффект. Эффект зависел от правильности и постоянства выполнения комплекса лечебной гимнастики и соблюдения правильного режима труда, организации рабочего места и т. п. 30 % пациентов нуждались в вертебрально-неврологической коррекции и повторном реабилитационном курсе 1—2 раза в год для уменьшения выраженности МФД, что позволяло профилактировать возникновение цефалгического и атактического синдромов.

Результаты терапии свидетельствуют о высокой этиопатогенетической значимости МФД в развитии цервикальных неврологических синдромов. Коррекция МФД шейно-плечевой локализации профилактирует развитие вторичных неврологических синдромов.

УДК 616.832-004.2-053.2-092-036.1-037

*Москаленко М. А., Евтушенко С. К., Морозова А. В.**

Центр демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы у детей (г. Донецк), Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького***

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТРАНСФОРМАЦИИ РЕМИТИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА У ДЕТЕЙ

Проблема ранней диагностики и лечения рассеянного склероза (РС) у детей не теряет актуальность в связи с ростом заболеваемости РС. Это послужило основанием создания межрегионального центра демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы у детей на базе неврологического отделения ОДКБ совместно с кафедрой детской и общей неврологии ФИПО ДонНМУ. На лечении в Центре за последние 5 лет находились 50 детей с РС (из них 36 девочек и 14 мальчиков). Диагноз РС устанавливали согласно критериям W. J. McDonald (2005 г. и 2010 г.) с дополнениями F. Barkhof (2007 г.). Трансформация ремиттирующего течения во вторично-прогрессирующее отмечалась у 9 детей (18,0 %).

Проведя мониторинг клинических проявлений заболевания у детей, а также результатов магнитно-резонансных исследований головного и спинного мозга с внутривенным контрастированием, вызванных зрительных и длиннолатентных когнитивных потенциалов на значимый стимул, иммунологического обследования с исследованием субпопуляций Т-лимфоцитов в крови и интраккального синтеза Ig G в ликворе, мы выделили ряд прогностически неблагоприятных критериев течения РС у детей:

1. Тяжелый и затяжной дебют заболевания в возрасте 11—13 лет.

2. Полисимптомное начало заболевания.

3. Длительное восстановление неврологического дефицита в дебюте с частичным регрессом клинических симптомов.

4. Короткие ремиссии после дебюта (3—6 месяцев).

5. Быстрое формирование атрофии зрительных нервов как клинически изолированных синдромов на начальных этапах заболевания.

6. Быстрое формирование и выраженность атипичных синдромов РС (эпилептического, псевдотуморозного и психорганического).

7. Стойкий необратимый неврологический дефицит после первых обострений.

8. Множественные очаги демиелинизации в головном и особенно в спинном мозге при дебюте заболевания.

9. Наличие через 2—3 года наблюдения выраженных атрофических изменений в головном мозге (с небольшим количеством очагов).

10. Длительное отсутствие периодов уменьшения количества и размеров очагов демиелинизации.

11. Выраженные изменения вызванных зрительных потенциалов.

12. Наличие изменений в течение первых 2 лет заболевания при исследовании длиннолатентных когнитивных потенциалов на значимый стимул в дебюте заболевания (P300).

13. Изменения иммунного статуса уже в дебюте заболевания (при клинически изолированном синдроме): снижении уровня CD3 Т-лимфоцитов, CD4 Т-хелперов, CD8 Т-супрессоров, повышение уровня CD16CD56 натуральных киллеров, HLA-DR активированных лимфоцитов, CD95 фактора апоптоза в крови.

14. Достоверное повышение показателя интраккального синтеза Ig G в спинномозговой жидкости.

Детскому неврологу следует учитывать особенности течения и результаты дополнительного обследования у ребенка с РС на начальных стадиях болезни (особенно в период клинически изолированного синдрома) для выявления прогностически неблагоприятных признаков. Это даст основание в дебюте заболевания проводить более интенсивную терапию, включая внутривенное введение иммуноглобулина (биовена-моно) и панавира.

УДК 616.831-001:796.83

Муравський А. В.

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика (м. Київ)*

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОВТОРНИХ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ У БОКСЕРІВ

Обстежено 158 боксерів-любителів віком від 17 до 35 років високого рівня кваліфікації, які перенесли в анамнезі повторні черепно-мозкові травми (ЧМТ). Обстежували боксери