



УКРАЇНА

(19) UA (11) 56008 (13) A

(51) 7 F61K31/495, A61B5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ(54) СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ЛІКВОРОДИНАМІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕНИМИ
ФОРМАМИ ПЕРЕБІГУ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛІРІЮ

1

2

(21) 2002086798

(22) 16 08 2002

(24) 15 04 2003

(46) 15 04 2003, Бюл. № 4, 2003 р.

(72) Петрюк Петро Тодорович, Юрченко Микола
Павлович, Ігнатов Михайло Юрійович, Петрюк
Олександр Петрович, Юрченко Олексій
Миколайович(73) ХАРКІВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА
ПСИХІАТРИЧНА ЛІКАРНЯ №15(57) Спосіб діагностики ліквородинамічних
розладів у хворих з ускладненими формами
перебігу алкогольного делірію шляхом
дослідження лікворного тиску, який відрізняється
тим, що хворим додатково внутрішньом'язово
вводять 2,0 мл 0,5% розчину сибазону і через 30-40 хв визначають лікворний тиск двічі (до і після
витягування 3-5 мл ліквору) з подальшим
вираховуванням індексу зниження лікворного
тиску (ІЗЛТ) за формулою

$$\text{ІЗЛТ} = \frac{P_1 - P_2}{V}, \text{ де}$$

P1 - початковий лікворний тиск,

P2 - залишковий лікворний тиск,

V - об'єм витягнутого ліквору,

і при значенні ІЗЛТ менше 5 прогнозують розвиток
гідроцефалії, при значенні більше 7 - набряк-
набухання головного мозку, а при коливанні в
межах від 5 до 7 - відсутність ліквородинамічних
розладів

Винахід відноситься до медицини, а саме до
психіатрії, і може бути використаний для
діагностики ліквородинамічних розладів у хворих з
ускладненими формами перебігу алкогольного
делірію

Відомий спосіб діагностики ліквородинамічних
розладів у хворих неврологічного та
психіатричного профілів, котрий включає
вираховування коефіцієнта лікворного тиску (КЛТ)
на основі визначення співвідношення істинного
лікворного тиску до залишкового лікворного тиску.
При високому значенні КЛТ, котрий наближується
до абсолютної величини істинного тиску,
діагностують набряк-набухання головного мозку
при вираженому токсичному, ішемічному або
запальному характері процесу (Атгабаров Б.А.,
Садыков У.С. Новый метод измерения ликворного
давления - Алма-Ата Казахстан, 1974 126с.)

Недоліком способу є низька точність
діагностики ліквородинамічних розладів,
зумовлена тим, що не враховується об'єм
витягнутого ліквору, із-за чого немає можливості в
одних випадках діагностувати розвиток
гідроцефалії, а в інших - набряк-набухання
головного мозку, а також не усуваються
можливості виникнення ускладнень у зв'язку з

психомоторним збудженням

Відомий також спосіб діагностики
ліквородинамічних розладів, що включає
ехоенцефалографічне дослідження, яке дає
можливість діагностувати гіпертензивно-
гідроцефальний синдром (Курако Ю.Л., Букина
В.В. Легкая закрытая черепно-мозговая травма -
К. Здоров'я, 1989 -159с.)

Недоліком способу є низька точність
діагностики ліквородинамічних розладів, що
зумовлена суб'єктивністю в оцінках форм та виду
ехо-сигналів, а також не усуваються можливості
виникнення ускладнень у зв'язку з психомоторним
збудженням

Найближчим по технічній сутності і
досягаемому результату до заявленого є спосіб
діагностики перебігу ускладненого делірію шляхом
дослідження величини лікворного тиску
(Битенский В.С. и соавт. "Актуальные вопросы
клинической и социальной реабилитации" - М,
1979 - С 236)

Недоліком способу є низька точність
діагностики прогнозу перебігу ускладненого
делірію, при якому діагностуються тільки
сприятливий та несприятливий типи перебігу
захворювання, що зумовлено залежністю

(13) A

(11) 56008

(19) UA

абсолютних показників лікворного тиску від багатьох важко враховуючих причин анатомічних особливостей ліквородинаміки, об'єму циркулюючого ліквора, а також не усуваються можливості виникнення ускладнень у зв'язку з психомоторним збудженням

В основі винаходу поставлено задачу удосконалити спосіб діагностики ліквородинамічних розладів у хворих з ускладненими формами перебігу алкогольного делірію шляхом додаткового внутрішньом'язового введення сібазону і подальшого визначення лікворного тиску двічі (до і після витягування 3 - 5мл ліквора) і вираховування індексу зниження лікворного тиску (ІЗЛТ)

Поставлена задача досягається тим, що згідно з винаходом хворим додатково внутрішньом'язово вводять 2,0мл 0,5% розчину сібазону і через 30 - 40хв визначають лікворний тиск двічі (до і після витягування 3 - 5мл ліквора) з подальшим вираховуванням індексу зниження лікворного тиску (ІЗЛТ) за формулою

$$\text{ІЗЛТ} = \frac{P_1 - P_2}{V}, \text{ де}$$

P_1 - початковий лікворний тиск,

P_2 - залишковий лікворний тиск,

V - об'єм витягнутого ліквора,

і при значенні ІЗЛТ менше 5 прогнозують розвиток гідроцефалії, при значенні більше 7 - набряк-набухання головного мозку, а при коливанні в межах від 5 до 7 - відсутність ліквородинамічних розладів

Використання сібазону в терапії алкогольного делірію відомо, але невідомо його додаткове використання шляхом внутрішньом'язового введення перед визначенням лікворного тиску та подальшим вираховуванням ІЗЛТ Сібазон виявляє центральну міорелаксуючу дію, виявляє гальмівний вплив на лімбічну систему, пригнічує спинальні рефлексі і знижує тонус скелетних м'язів Разом з цим препарат ліквідує почуття страху, внутрішньої напруги, подразливості, полегшує засипання та виявляє противосудомну дію Все це дозволяє усувати можливості виникнення ускладнень у зв'язку з психомоторним збудженням

Заявлений спосіб здійснюється наступним чином

Хворого в лежачому положенні укладають на кушетку, додатково внутрішньом'язово вводять 2,0 мл 0,5% розчину сібазону і через 30 - 40хв ноги хворого підтягують до черева, голову згинають вперед Попереково-крижову область обробляють спочатку ефіром, йодом, а потім спиртом Люмбалъну пункцію проводять в проміжку між остистими відростками 3 - 4 або 4 - 5 поперекових хребців спеціальною голкою з мандреном Перед пункцією у згаданій області проводять місцеву анестезію 1 - 3мл 0,5% розчином новокаїну (інфільтрація шкіри, підшкірної клітковини і м'язів) Після проколу тиск витікаючого ліквора вимірюють водним манометром (Г-подібна грубка з внутрішнім діаметром 1мм) Отриманий лікворний тиск рахують початковим Потім витягують 3 - 5мл ліквора і повторно вимірюють величину лікворного тиску Дану величину рахують залишковим

лікворним тиском Вираховування ІЗЛТ проводять згідно згаданої вище формули

Спосіб використаний нами у 42 хворих з різними клінічними проявами ускладнених форм перебігу алкогольного делірію

Результати дослідження представлені в таблиці

Таблиця

ІЗЛТ	Гідроцефалія	Набряк-набухання мозку	Без ліквородинамічних розладів
1 - 3	1	-	-
3 - 5	6	2	1
5 - 7	1	4	13
7 - 9	-	10	1
9 і більше	-	3	-

Зниження ІЗЛТ нижче 5 спостерігають переважно у хворих з ознаками гідроцефалії, підвищення більше 7 - у хворих з набряком-набуханням головного мозку ІЗЛТ в межах від 5 до 7 вказував на відсутність ліквородинамічних розладів

Подальша верифікація діагнозу набряку-набухання головного мозку і гідроцефалії базувались на ретельних клінічних та параклінічних (реоенцефалографія, ехоенцефалографія) дослідженнях хворих В 9 випадках після настання смерті хворих проводилась патологоанатомічна верифікація діагнозу

Клінічна діагностика набряку-набухання головного мозку і гідроцефалії ставала можливою тільки на етапі розвинутого патологічного стану і базувалась на оцінці ступеня порушення свідомості, а також неврологічних симптомів і прогресуючій дислокації мозкового стовбура Дані симптоми дозволяють досить точно діагностувати ці стани, які проявляються у хворих з ускладненими формами алкогольного делірію на фінальній стадії перебігу захворювання

Із параклінічних методів найбільше підходили для діагностики набряку-набухання головного мозку і гідроцефалії з внутрішньочерепною гіпертензією, що розвивалась, методи реоенцефалографії (РЕГ) і ехоенцефалографії (ЕхоЕГ)

При дослідженні з допомогою РЕГ спостерігалось прогресуюче зниження пульсового кровонаповнення, явища утрудненого венозного відтоку з порожнини черепа у вигляді зменшення систолічної хвилі і різкого збільшення діастолічної хвилі з підвищенням її над систолічною, а також поява венозних хвиль ЕхоЕГ дозволяла виявити на етапі повного розвитку захворювання гідроцефалію з лікворною гіпертензією, про що свідчили збільшення амплітуди латеральних ехо-сигналів, розширення М-ехо від III-го шлуночка вище 9 - 10мм, збільшення швидкості і амплітуди пульсації ехо-сигналів

Клінічні та параклінічні методи дослідження дозволили діагностувати на етапі розгорнутого алкогольного делірію у 19 хворих набряк-

набухання головного мозку, у 8 - гідроцефалію з явищами ліквородинамічних розладів і у 15 - відсутність ліквородинамічних розладів, що досить повно співпало з прогнозом перебігу психозу за допомогою запропонованого способу

Із 9 випадків патологоанатомічної верифікації у 6 виявлено набряк-набухання головного мозку і у 3 - гідроцефалію з лікворною гіпертензією. Дані попереднього обстеження хворих з допомогою запропонованого способу повністю співпадають з висновком, котрий отриманий при патологоанатомічних розтинках.

Приклад 1. Хворий Ц., 39 років, поступив в стаціонар в стані вираженого депіріозного розпаду свідомості з порушенням орієнтації в просторі і часі, зоровими і слуховими галюцинаціями. При проведенні люмбальної пункції, через 30 - 40 хв після додаткового внутрішньом'язового введення 2,0 мл 0,5% розчину сібазона, початковий лікворний тиск становив 190 мм вод ст., залишковий - 100 мм вод ст., ІЗЛТ - 18. Висновок: Алкогольний делірій з імовірністю розвитку набряку-набухання головного мозку і несприятливим перебігом захворювання. При РЕГ обстеженні виявлено помірковане підвищення кровонаповнення і судинного тону, при ЕхоЕГ - признаков зміщення М-ехо не зареєстровано, ширина ІІІ-го шлуночка 7 - 8 мм. Подальший перебіг психозу був важкий. Через 3 доби після госпіталізації з'явилися явища муситуючого делірію. На РЕГ - кровонаповнення знизилось, більше в вертебро-базиллярному басейні, реєструвались хвилі аркоподібної форми та венозні хвилі, на ЕхоЕГ - М-ехо не зміщене, ширина ІІІ-го шлуночка 6 мм, підсилена пульсація М-ехо. Потім розвивався коматозний стан і на 5 добу перебування в стаціонарі у хворого наступила смерть.

Діагноз патологоанатомічний: Біла гарячка (клінічно), хронічний алкоголізм, алкогольна дегенерація внутрішніх органів, набряк-набухання головного мозку.

Приклад 2. Хворий Х., 59 років, поступив в стаціонар в стані мовнорухомого збудження, відчував страх, "бачив" кругом себе багато чортиків, гадюк, намагався кудись бігти. При люмбальній пункції, зробленій після додаткового внутрішньом'язового введення сібазону, що виконувались за методиками описаними в прикладі 1, початковий лікворний тиск становив 210 мм вод ст., залишковий - 195 мм вод ст., ІЗЛТ - 3. Висновок: Алкогольний делірій з гідроцефалією, що супроводжується лікворною гіпертензією і несприятливим перебігом захворювання. Стан хворого різко погіршився після госпіталізації, наросли симптоми оглушення, з'явилось

поверхнєве дихання, брадикардія до 44 в хв, в'ялий тонус м'язів, розширення зіниць та відсутність їх реакції на світло. На даному етапі РЕГ реєструвала різке зниження кровонаповнення, ЕхоЕГ - М-ехо не зміщено, сигнал від ІІІ-го шлуночка роздвоєний, ширина 12 мм. Через 3 доби після поступлення в стаціонар у хворого наступила смерть.

Діагноз патологоанатомічний: Хронічний алкоголізм, біла гарячка (клінічно), внутрішня гідроцефалія з оклюзією і дислокацією мозкового стовбура.

Приклад 3. Хвора С., 52 років, поступила в стаціонар в стані психомоторного збудження, не спала, відчувала різкий страх, тривогу, була дезорієнтована в просторі, стверджувала, що "мене оточили погані люди", "хочуть мене вбити, напускають на мене щурів, собак". При люмбальній пункції початковий лікворний тиск становив 190 мм вод ст., залишковий - 180 мм вод ст., ІЗЛТ - 6. Висновок: Алкогольний делірій без ліквородинамічних розладів і сприятливим перебігом захворювання. При РЕГ обстеженні дещо підвищились кровонаповнення і судинний тонус мозку, при ЕхоЕГ - М-ехо не зміщено, ширина ІІІ-го шлуночка - 7 - 8 мм. Стан хворої значно покращився після критичного сну. На другу добу свідомість ясна, дещо астенизована, психоз купювався.

Таким чином, в порівнянні зі способом-прототипом, заявлений спосіб діагностики дозволяє на початковому етапі хвороби діагностувати ліквородинамічні розлади у хворих з ускладненими формами перебігу алкогольного делірію, зокрема гідроцефалію, набряк-набухання головного мозку або відсутність цих розладів, що дає можливість вибирати оптимальну тактику лікування, скорочувати його термін і зменшувати частоту летальних наслідків, а також усуваються можливості виникнення ускладнень у зв'язку з психомоторним збудженням.

Спосіб-прототип дозволяє досягти позитивних результатів в діагностиці сприятливого і несприятливого перебігів алкогольного делірію тільки у 58% хворих, заявлений спосіб діагностики дав більш точніший позитивний результат у 67% хворих.

Таким чином, заявлений спосіб в порівнянні зі способом-прототипом підвищує точність і ефективність діагностики на 9%, що дає можливість вибирати оптимальну тактику лікування, скорочувати його термін і зменшувати частоту летальних наслідків, а також усувати можливості виникнення ускладнень у зв'язку з психомоторним збудженням.

