

## **Тещук Віктор Йосипович**

*кандидат медичних наук, доцент, полковник медичної служби,  
начальник ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії і неврології  
Військово-медичного клінічного центру Південного регіону України  
[lnedova@sona-pharm.com.ua](mailto:lnedova@sona-pharm.com.ua)*

## **Тещук Назар Вікторович**

*студент VI курсу I-го медичного факультету  
Одеського національного медичного університету, Україна*

### **ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ АРАХНОЇДИТ**

**Анотація.** У тезах доводиться, що комплексне лікування хворих на церебральний арахноїдит необхідно проводити з визначенням етіологічного фактора, станом імунної системи і стадіями захворювання в кожному конкретному випадку.

**Ключові слова:** церебральний арахноїдит, етіологічний чинник, комплексне лікування.

Церебральний арахноїдит (ЦА) – своєрідне серозне запалення переважно арахноїдальної оболонки головного мозку (ГМ) зі змінами проліферативного та гіперпластичного характеру з тривалим та торпідним перебігом. Останнім часом, особливо в період російсько-української війни 2014-2016рр. їх кількість значно зросла, та прослідковується тенденція до подальшого зростання їх кількості. А це в свою чергу, обумовлює актуальність вивчення ЦА, що визначається соціальною важливістю проблеми (захворюваність переважно осіб молодого віку, яка викликає в більшості випадків значне обмеження або втрату працездатності), так і труднощі у вирішенні багатьох питань етіології, патогенезу, діагностики, лікування та соціальної адаптації в умовах сучасної України.

Нами в умовах ангіоневрологічного відділення (АНВ) Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону України (ПРУ) з 2014 року до 01 травня 2016р. обстежено 112 пацієнтів з ЦА, працездатного віку (від 20 до 60 років), переважно учасників АТО, котрі проходили стаціонарне лікування в умовах ВМКЦ ПРУ. Розвиток ЦА визначався не тільки характером патологічної дії на ГМ і його оболонки, але і особливостями реактивності організму, в тому числі і його імунної системи. Вивчення цих особливостей за комплексом імунологічних показників потребує нових підходів до лікування даного захворювання.

ЦА – поліетіологічне захворювання. Причиною його найчастіше була травматична дія на ГМ у 76 обстежених (67,9%); інфекційна патологія у 28 (25,0%); у 8 (7,1%) пацієнтів вроджені мальформації арахноїдальної оболонки, за цього провідний етіологічний чинник виявити важко.

Виділення тонзилогенних, отогенних, одонтогенних, синусогенних ЦА вказує тільки на локальний осередок інфекції, але не виявляє характеру інфекційного збудника захворювання. Переважно дослідження за клінічними проявами, підтвердженими інструментальними методами дослідження (Ехо ЕС, ББГ, КТГМ, МРТ ГМ, РЕГ, офтальмологічне обстеження) дозволило нам об'єднати наших пацієнтів в наступні гурти: пацієнтів з конвексимальним ЦА було 72 (64,3%); з мосто-мозочковим – 19 (17,0%); 8 (7,1%) - з базальним ЦА; 3 (2,7%) – з оптико-хізмальним арахноїдитом; 10 (8,9%) з дифузним ЦА.

Використання ББГ дозволило нам виявити значні зміни біоелектричної активності мозку, наявність поліморфної активності. В переважній більшості випадків спостерігалася значно виражена десинхронізація, дезорганізація основних ритмів з проявами іризації, посиленням повільних компонентів.

РЕГ дозволяла діагностувати церебрально-судинну гіпертонію, частіше всього реєструвався «гіпертонічний», «спастичний» тип кривої.

Ехо ЕС відіграла більше значення в діагностиці гіпертензивного синдрому, що проявлялося розширенням та розщепленням серединного комплексу, появою додаткових ЕХО- сигналів.

Важливу роль відіграло офтальмологічне обстеження, яке дозволяло виявляти ознаки на очному дні (набряк та збільшення розмірів ДЗН, розмивання його меж, розширення вен, звуження артерій).

В свій час, в своїй клінічній практиці (з 1994р. до 2007 р.), для діагностики ЦА ми активно використовували метод пневмоенцефалографії (ПЕГ). При проведенні ПЕГ у пацієнтів з ЦА в більшості випадків ми відмічали поєднання внутрішньої гідроцефалії з перерваним контрастуванням цистерн і субарахноїдальних просторів. Використання ПЕГ вирішувало питання діагностики рівня оклюзії лікворопровідних шляхів.

Паралельно з цим дослідженням вивчалася спинно-мозкова рідина, котра, як правило, була прозорою, незабарвленою, та витікала під підвищеним тиском.

З часом на зміну вищевказаним методам діагностики прийшли КТГМ і МРТ ГМ. Відмічено дуже високу їх інформативність особливо для ранньої діагностики ЦА. Проте, надаючи важливого значення КТГМ та МРТ ГМ, треба пам'ятати, що вони показують тільки наявність або відсутність кистозних та злуквинних змін - відображають морфологічну статистику, а не динаміку, що не дозволяє резидуальний стабільний стан від динамічного процесу арахноїдиту.

Динамічні зміни ми виявляли при застосуванні в наших пацієнтів УЗДГ +ТКДГ, вони проявлялися наявністю вазоспазму в басейнах ПМА, ЗМА, СМА, ВА. При застосуванні відповідної комплексної терапії (проти набрякові, нейротрансмітери, церебропротектори, антигіпоксанти, антиоксиданти) в комплексі з резонансною магніто-квантовою терапією (РМКТ) за багаторівневою методикою явища вазоспазму при повторному дослідженні УЗДГ + ТКДГ зникали на протязі тижня, а разом з ними і дифузний головний біль, «приливи жару», «страх смерті», нудота, задуха та інші вегетативно-судинні прояви.

Більш точним діагностичним дослідженням, особливо у пацієнтів з ЦА інфекційного генезу, було вивчення показників імунної реактивності організму, з цією метою визначали - абсолютний вміст лімфоцитів периферійної крові, абсолютну та відносну наявність Т-лімфоцитів, В-лімфоцитів, вміст імуноглобулінів А,М,Г в сироватці крові. В процесі лікування спостерігається підвищення абсолютного вмісту лімфоцитів периферійної крові, відносного та абсолютного вмісту Т-лімфоцитів до нормалізації вмісту імуноглобулінів основних класів.

Таким чином, комплексне лікування хворих на ЦА потрібно проводити з визначенням етіологічного чинника, стану імунної реактивності організму і стадії захворювання в кожному конкретному випадку.

В гострому періоді та при загостренні захворювання позитивний і стійкий ефект дає прийом антибіотиків широкого спектру дії, санація хронічних осередків інфекції, дезінтоксикаційна терапія. За наявності гіпертензивного синдрому показано застосування діуретиків. За синдрому вегетативно-судинної дистонії (ВСД) необхідно брати до уваги характер перманентних і пароксизмальних вегетативних розладів. Треба відмітити, що пацієнти з ЦА часто страждають вегетативними, емоційними, когнітивними розладами, які за нашими даними, усуваються в результаті поєданого застосування ноофену і ламікталу. Використання лідази, скловидного тіла, екстракту алое перешкоджає подальшому розвитку злуквинного процесу. Для стимуляції імунних процесів в АНВ ВМКЦ ПРУ широко використовується терапія пірогеналом, поліоксидонієм, альфа-рекіном. Внутрішньом'язові ін'єкції проводять один раз на добу, через 24 години. Курс лікування - 10-15 ін'єкцій.

Покращення стану здоров'я відмічає, за нашими даними, 87 (77,7%) пацієнтів, у 14 (12,5%) хворих відмічався незначний позитивний результат; 11 (9,8%) пацієнтів ефекту не відмічали – це переважно були потатори, а ЦА в них був поєднаний з гіпертонічною хворобою (ГХ) та цукровим діабетом (ЦД) .

У пацієнтів зі стійкими змінами даних імунограм у вигляді значного зниження показників клітинної ланки імунної системи та виразного дисбалансу вмісту основних класів імуноглобулінів у відділенні користуються вживанням імуналу, аміксину тощо. Спочатку щодня на протязі двох діб, а потім по 1 табл. Х 2 рази на тиждень протягом місяця, гідазепаму по 0,02 по 1 табл. під язик при хвилюваннях (але не більше 3 табл. на добу) на протязі місяця. Для покращення обмінних процесів в субстанції головного мозку використовують ноотропи, мікроциркулянти.

Таким чином, вчасне використання етіотропної, патогенетично обумовленої терапії забезпечує позитивний результат у лікуванні пацієнтів з ЦА, зменшує терміни стаціонарного лікування, покращує умови соціальної адаптації учасників АТО в сучасних умовах, та відновлює і продовжує працездатність пацієнтів даного гурту.

**Тещук Виктор Иосифович**, кандидат медицинских наук, доцент, полковник медицинской службы, начальник ангионеврологического отделения клиники нейрохирургии и неврологи Военно-медицинского клинического центра Южного региона Украины.

#### **Церебральный арахноидит.**

**Аннотация.** В тезисах доказывается, что комплексное лечение больных церебральным арахноидит необходимо проводить с определением этиологического фактора, состоянием иммунной системы и стадиями заболевания в каждом конкретном случае.

**Ключевые слова:** церебральный арахноидит, этиологический фактор, комплексное лечение.

**Teschuk Victor I.**, PhD, Associate Professor, Colonel of Medical Service, Head of department anhionevrolohichnoho Clinic of Neurosurgery and Neurology Military Medical Center of South Region of Ukraine.

**Teschuk Nazar V.**, VI year student of the first medical faculty Odessa National Medical University, Ukraine.

#### **Cerebral Arachnoiditis.**

**Abstract.** In theses proved that the treatment of patients with cerebral arachnoiditis should be carried out with determination etiological factor, as the immune system and disease stages in each case.

**Keywords:** cerebral arachnoiditis, etiological factor comprehensive treatment.

**Опубліковано:** Тещук В., Тещук Н. Церебральний арахноїдит // Гуманітарний та інноваційний ракурс професійної майстерності: пошуки молодих вчених: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених (Одеса, 27 жовтня 2016 р.). – Одеса: Фенікс, 2016. – С. 242 – 244.