

При полушарном ИИ отмечается повышение систолической скорости кровотока в базальной, глубокой средней мозговой, большой вене мозга, прямою синусе ($P < 0,05$).

Изменения венозной гемодинамики значительно более выражены у пациентов с ИИ по сравнению с группой больных с ТИА.

УДК: 616.83-053.2-036.66

Абраменко В. В.

Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України (м. Київ)

МЕТОДИКА ІНТЕГРАЛЬНОЇ ПРОПРІОЦЕПТИВНОЇ НЕЙРОМ'ЯЗОВОЇ КІНЕЗОТЕРАПІЇ ТА СКАЛЬППУНКТУРИ (МІКС) В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОРГАНІЧНИМ УРАЖЕННЯМ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Збільшення патології нервової системи призвело до поглиблення процесу інвалідизації дитячого населення. Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з найбільш частих причин дитячої інвалідності: поширення у Європі становить від 2 до 3 на 1000 живих новонароджених, в Україні — 2,48 на 1000. Серед глибоко недоношених дітей кількість випадків ДЦП зросла до 40—100 на 1000 живих новонароджених. Найбільш частими є спастичні варіанти захворювання, які спостерігаються у 70—85 % дітей.

На сучасному етапі пріоритетним є створення та залучення реабілітаційних, переважно немедикаментозних методик, спрямованих на відновлення функціональних систем організму.

Мета. Впровадження нових альтернативних методів лікування дітей з органічним ураженням центральної нервової системи, на прикладі нейрореабілітації різних форм дитячого церебрального паралічу та розроблення нових схем (методик) патогенетичної терапії.

Лікування проводили за методикою інтегральної пропріоцептивної нейром'язової кінезотерапії та скальппунктури (МІКС) шляхом послідовної та цілеспрямованої стимуляції (враховуючи неврологію розвитку): рухових, мовленнєвих, психічних функцій у немовлят з 3—4 місяців та дітей після одного року життя, в основі якої закладено теоретичні концепції системогенезу та пластичності нервової системи, формування нових мереж міжнейронального зв'язку, що використовує «терапевтичне вікно», тобто вік, до якого можливо отримати задовільний лікувальний ефект та зменшити прошарок дітей-інвалідів.

МІКС поєднує — одночасне проведення скальппунктури з різними видами впливу на периферичний нейром'язовий апарат кінезотерапії, системи масажу, що включає класичний, сегментарний, точковий, періостальний та гуа-ша масаж у поєднанні з елементами постізометричної, антигравітаційної релаксації та мобілізації суглобів кінцівок. За допомогою акупунктурних голок, розташованих під шкірою, здійснюється стимуляція в проекції спеціальних зон скальпу з одночасним впливом на периферичний нейром'язовий апарат.

Під динамічним спостереженням перебували 80 дітей (з 4 місяців до 8 років). Серед них: формування церебрального паралічу — 29 дітей; подвійна геміплегія — 21; спастична диплегія — 20; спастична геміплегія — 8; гіперкінетична форма — 2 дітей.

Вивчали ефективність МІКС на базі Українського медичного центру реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи, за шкалою великих моторних функцій (тестовий бланк GMFM-88), що є стандартизованим та перевіреним інструментом, для визначення змін великих моторних функцій у дітей з церебральними паралічами.

Перші позитивні зміни у руховій сфері дитини спостерігалися вже на перших 2—3 сеансах, а курс 15—20 сеансів дозволяє значно та ефективно скоригувати функціональну діяльність локомоторних центрів, покращити м'язову активність та міжм'язову взаємодію у системі «агоніст — антагоніст», знизити патологічний м'язовий тонус, навчити контролювати цілеспрямовані рухи, збільшити амплітуду активних рухів у суглобах, сформувати рухові навички. Окрім вище зазначеного, поліпшується емоційний стан, пізнавальні функції (інтелектуально-мнестичний розвиток, пам'ять, увага).

Впровадження МІКС дозволяє за відносно короткий термін суттєво покращити стан моторної сфери хворого.

Одночасне застосування пасивно-активної кінезотерапії, системи масажу та скальппунктури дозволяє зменшити кількість дітей із формуванням вторинних коморбідних ускладнень.

Включення МІКС в індивідуальну комплексну програму реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи сприяє і значно розширює можливості реабілітації хворих та їх подальшу соціалізацію. За час впровадження МІКС не було ускладнень та побічних проявів.

УДК 616.831-005.4-036.66

Адонкіна В. Ю., Мищенко О. Я.

Національний фармацевтичний університет (г. Харків)

ФАРМАКОЕКОНОМІЧЕСЬКІ ПРЕИМУЩЕСТВА КОМПЛЕКСНОЇ НЕЙРОПРОТЕКЦІЇ У БОЛЬНИХ С ІШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Ишемический инсульт (ИИ) — одна из важных медико-социальных проблем, которая наносит огромный экономический ущерб системе здравоохранения, государству и семье больного. Среди мероприятий специфической дифференцированной терапии ИИ определены два подхода: реканализация, или восстановление адекватной реперфузии, и нейропротекция. Своевременная механическая ревазуляризация и тромболитическая терапия предупреждают развитие некроза мозга и существенно улучшают выживаемость и качество жизни этих пациентов. К сожалению, эти методы являются малодоступными для пациентов Украины из-за высокой стоимости, поздней диагностики и выхода за пределы терапевтического окна, наличия противопоказаний к тромболитису для определенных пациентов, в частности больных сахарным диабетом. В связи с этим возрастает значимость нейропротекторной терапии. В публикациях украински ведущих специалистов убедительно обосновывается целесообразность комплексной нейропротекции в лечении ИИ, как наиболее эффективной. Однако одновременное применение двух нейропротекторов требует больших затрат на лечение.

Цель исследования — оценить экономическую целесообразность комплексной схемы нейропротекции по сравнению с традиционной.

В процессе исследования был проведен анализ результатов сравнительного клинического исследования трех схем нейропротекторной терапии ИИ среднетяжелой и тяжелой степени тяжести: 1 схема — традиционная + цитиколин; 2 схема — традиционная + цитиколин + актовегин; 3 схема — традиционная (пентоксифиллин, гепарин и/или ацетилсалициловая кислота, маннитол) (С. М. Виничук, О. А. Пустовая, В. А. Мохнач и др., 2008); фармакоэкономический анализ «затраты — эффективность». С использованием дерева решений было проведено сравнение экономического ущерба от ишемического инсульта при применении трех схем нейропротекторной терапии на протяжении одного года.

В качестве критерия эффективности анализируемых схем лечения ИИ было выбрано количество больных, которые полностью выздоровели через три месяца лечения. Показатель эффективности составил 29,6 %, 38,9 % и 23,3 % для 1, 2 и 3 схем соответственно. Прямые затраты на схемы лечения были 8183,19 грн; 9562,61 грн; 4978,00 грн для 1, 2 и 3 схем соответственно. Инкрементальный показатель эффективности затрат (ІСЕК) для первой и второй схемы по сравнению с третьей (традиционной терапией) составил соответственно 50 876,03 грн; 29 388,53 грн. Рассчитанный экономический ущерб (с учетом потерь от преждевременной смертности, потери трудоспособности и выплат по инвалидности) с горизонтом исследования в один год составил 51 696,50 грн; 48 271,80 грн и 50 731,90 грн для 1, 2 и 3 схем соответственно.

Выводы. Применение схем нейропротекторной терапии с использованием цитиколина (1 схема) и комбинации цитиколин + актовегин (2 схема) обеспечивает большую клиническую эффективность (больше количество пациентов в состоянии полного выздоровления через три месяца) и требует больших затрат по сравнению с традиционной схемой лечения. С прогнозом на один год и с учетом непрямых затрат схема лечения с применением комбинации нейропротекторов имеет экономические преимущества.

УДК: 616.711.6:616.71-007.234:615.814.1

Бабінець Л. С., Надкевич А. Л.

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

ДИНАМІКА ПАРАМЕТРІВ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТОВОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ ПОПЕРЕКОВОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ ПІД ВПЛИВОМ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ З ВКЛЮЧЕННЯМ РЕФЛЕКСОТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ

На сьогодні особливо гостро стоїть питання взаємозв'язків остеопорозу та остеохондрозу хребта, які нерідко поєднуються в одного хворого, ускладнюючи його стан. Тому вивчення патогенезу цих захворювань і розроблення патогенетично обґрунтованої терапії є надзвичайно актуальними.

Мета дослідження: проаналізувати динаміку параметрів стану кісткової тканини хворих з рефлекторними проявами поперекового остеохондрозу (РППОХ) і супутнім остеодефіцитом (ОД) під впливом комплексного лікування з введень курсу традиційного дом'язового та акупунктурного введення мелоксикаму.

Було обстежено 46 хворих з РППОХ на тлі ОД, які лікувались в амбулаторних умовах. Дослідження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) проводилось за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра Lunar DPX-A. Групу контролю склали 20 практично здорових людей. Всі розрахунки виконано за допомогою програмного забезпечення Mathcad 14. Для оцінки достовірності відмінностей середніх значень у вибірках використовувалась двовибірковий *t*-критерій Стьюдента. Пацієнти з РППОХ на тлі ОД були поділені на 2 групи. I група (25 хворих) отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ): (селективний НПЗП-інгібітор ЦОГ-2 мелоксикам (моваліс) у дозі 15 мг (1,5 мл) дом'язово 1 раз на день № 5 з переходом на пероральний прийом 15 мг на день № 10, хондропротектори, біостимулятори, ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, масаж, судинні середники, вітаміни групи В). II група пацієнтів (21 хворий) — ЗЛ із курсом фармакопунктури (ФП) мелоксикаму № 5. У ході лікування використовували точки акупунктури попереково-крижового відділу хребта та сідниць, де анатомічно достатньо виражений м'язовий шар для безпеки проведення ФП: V21—25, V50—54, V27—29, V36—40, V55—57. Моваліс вводили по 1 ампулі на сеанс — 1,5 мл (по 0,2—0,3 мл в кожную точку за допомогою інсулінового шприца) протягом 5 днів. Програма корекції II групи хворих на ПОХ відрізнялась від такої у I групі тільки шляхом введення препарату. Побічних ефектів і технічних проблем при проведенні ФП мовалісу не було. Пацієнти позитивно ставилися до проведення процедур, відзначали швидкий клінічний, у першу чергу знеболюючий ефект.

У 25 хворих на ПОХ з початковим рівнем МЩКТ в зоні остеопенії II ст., які отримували ЗЛ з включенням традиційного введення мелоксикаму, через 3 місяці спостерігалась тенденція до стабілізації стану кістки при ПОХ з ОД, точніше навіть наявність незначного збільшення показника Young Adult % ($0,89 \pm 0,90$ %). Однак оскільки отримані показники були статистично недостовірними ($p > 0,05$), дані потребують подальшого уточнення і поглибленого вивчення. Аналіз МЩКТ у хворих на ПОХ з ОД, що отримували ЗЛ, підсилена курсом ФП мелоксикаму, констатував через 3 місяці після початку його наявність достовірної тенденції (достовірність різниці показників в групах до і після лікування $p < 0,05$) до збільшення МЩКТ, тобто був наявний процес відновлення втраченої кісткової маси ($2,46 \pm 0,04$ % за показником Young Adult %).

Підсилення загальноприйнятої терапії курсом фармакопунктури мелоксикаму констатувало через 3 місяці після початку її наявність достовірної тенденції до відновлення втраченої кісткової маси ($2,46 \pm 0,04$ % за показником Young Adult %), що засвідчило високу протизапальну ефективність мелоксикаму взагалі і доцільність введення його у точки акупунктури за запропонованою методикою.

УДК 616.831-005.4-07:612.015

*Балкова Н. Б., Перцева Т. Г., Романова Л. Я., Соколик В. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

ЛАТЕНТНИЙ ЗАПАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ (КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ СПІВСТАВЛЕННЯ)

Зростаюча захворюваність на мозковий інсульт і пов'язана з нею висока інвалідизація визначають актуальність вивчення клінічних особливостей та патогенетичних механізмів розвитку інсульту з метою удосконалення патогенетично обґрунтованого ефективного лікування цієї групи хворих. В останнє десятиріччя активно вивчається роль латентного запального процесу у патології судин і розвитку на його основі артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, серцево-судинних катастроф.

Мета роботи: вивчити динаміку гуморальних запальних факторів (С-реактивний протеїн, цитокини) у хворих на ішемічний інсульт (ІІ) в різних періодах та визначити кореляції з підтипом інсульту (атеротромботичний, гемодинамічний, лакунарний або криптогенний), віком та статтю пацієнтів.

Вміст цитокинів (ІІ-1 β , ІІ-6, ІІ-10 і TNF- α) у сироватці крові визначали методом твердофазного «сандвіч»-варіанту імуноферментного аналізу на мікропланшетному аналізаторі GBG Stat Fax 2100 відповідними наборами реагентів фірми «Вектор-БЕСТ»

(Росія) і виражали у пмоль/л. Вірогідність розбіжностей оцінювали за *t*-критерієм Фішера — Стьюдента ($p \leq 0,05$). Визначення високочутливого С-реактивного протеїну (вчСРП) проводили високочутливим імуноферментним методом ELISA набором фірми «Biomerica» США. Використовували специфічні моноклональні антитіла до саме тих антигенних детермінант молекул С-реактивного протеїну.

Результати дослідження виявили підвищення сироваткового рівня ІІ-1 β (на 39 %), ІІ-6 (на 27 %), ІІ-10 (у 2,6 рази) і TNF- α (на 42 %) у гострому періоді ІІ та синхронність динаміки прозапальних цитокинів (ІІ-1 β , ІІ-6 і TNF- α) в інших періодах ІІ. ІІ-1 β і TNF- α належать до першої фази вивільнення прозапальних маркерів у відповідь на тканинне ушкодження, які запускають наступний каскад імунних реакцій, в результаті чого настає друга фаза цитокінової стимуляції: вивільнення ІІ-6 і ІІ-10 та індукція синтезу гострофазних білків. У відновному періоді і у хворих з наслідками ІІ спостерігали чітку тенденцію до нормалізації рівнів визначених цитокинів.

Аналіз цитокінового статусу хворих з ІІ, який мав атеротромботичний характер, виявив вірогідно вищий рівень ІІ-1 β , порівнюючи до показників пацієнтів з іншими типами ІІ. Отже, ІІ-1 β можна розглядати як уражуючий фактор запалення при атеросклерозі, який супроводжує ІІ на всіх його етапах. Гендерні відмінності були встановлені лише для фактора некрозу пухлин- α (TNF- α), вміст якого виявився нижчим у жінок на 26 %, порівняно з чоловіками. При порівнянні рівнів ІІ-1 β , ІІ-6, ІІ-10 і TNF- α у різних вікових групах пацієнтів з ІІ з'ясували вірогідну активацію цитокінової ланки запалення у старшій віковій групі (від 70 років і старші), що є несприятливим фактором у прогнозі ІІ.

У хворих, що перенесли ішемічний інсульт, у гострому періоді наголошується підвищений рівень вчСРП, який корелює з модифікованими чинниками ризику. Дослідження вчСРП в динаміці виявило його вірогідне зниження з наростанням терміну після гострої ішемічної події (на 14,2 % через 6 місяців та на 46,6 % через 8—12 місяців після інсульту). Більш високі значення вчСРП характерні для хворих, що перенесли атеротромботичний інсульт. Показник вчСРП корелює із запальними змінами крові (СОЕ, абсолютна кількість лімфоцитів); з показниками гемостазу (РФМК, фібриноген).

Проведене дослідження виявило наявність латентного запального процесу у гострому періоді ішемічного інсульту, активність якого зменшується з наростанням терміну після гострої ішемічної події. Більш вираженим є запальний процес у хворих на атеротромботичний процес та у старшій віковій групі.

УДК 616.832.522:614.253.1

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

ЕТИЧНІ ТА МОРАЛЬНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З БОКОВИМ АМІОТРОФІЧНИМ СКЛЕРОЗОМ

Боковий аміотрофічний склероз (БАС) є ідіопатичним хронічним прогресивним нейродегенеративним захворюванням (ЗХ), що характеризується вибірковим поєднанням ураженням центрального і периферичного мотонейронів (МН). БАС належить до найпоширеніших захворювань МН. Етіологія та патогенез БАС залишаються не з'ясованими. Спеціального методу діагностики БАС на нинішній час не існує. Обстеження хворого спрямоване на виключення інших (в т. ч. курабельних) захворювань. Діагноз (ДЗ) БАС встановлюють відповідно до діагностичних критеріїв EL Escorial (1998). Під час прийняття клінічних рішень лікар керується принципами доказової медицини. Враховуючи те, що 80—90 % пацієнтів з БАС помирають упродовж перших 4 р. від початку ЗХ — неврологу доцільно дотримуватися таких етичних і морально-правових аспектів при веденні хворого з БАС.

ДЗ БАС хворому можна повідомити лише після детального клініко-параклінічного обстеження. Відповідно до Гельсінської конвенції по біоетиці (1997), пацієнт з невиліковним ЗХ (в т. ч. з БАС) повинен бути сповіщений лікарем стосовно ДЗ, у зв'язку з необхідністю прийняття рішень, пов'язаних з наближенням смерті.

Про ДЗ БАС хворого повідомляють у делікатній формі. Бесіду проводить особисто лікар, який добре знає пацієнта. Тому рекомендують повідомити ДЗ після встановлення міцних контактів з хворим та його сім'єю. Розмови проводять у присутності рідних та близьких пацієнта, у спокійній та комфортній обстановці, без поспішності, з урахуванням необхідності того, що потрібно не