

При в/гіп введенні кіоторфіну (КТ; 2,5, 5,0 та 10 нмоль) було зареєстроване дозозалежне пригнічення ЕпА, яке було виразне у значному зниженні інтенсивності судорожних реакцій та подовженні їх латентного періоду. Такі ж самі, але більш виразні протисудомні ефекти були зареєстровані при в/гіп застосуванні неокіоторфіну та d-ser-2-неокіоторфіну. Найбільш виразна протипілептична дія КТ була при його в/нігр введенні у дозі 10 нмоль.

В/шлун введення ЦСР, отриманої від котів з епілептичним статусом (ЕС), спричиняє протисудомну дію в щурів-реципієнтів, в яких потім відтворювали ЕС. Важливо, що саме пептиди надають провідну протисудомну роль у ЦСР, отриманій після судомних епізодів (Годлевський Л. С., 1992).

Систематизація результатів, отриманих в лабораторії кафедри фізіології ОНМедУ, дозволяє припустити провідну роль ендогенної нейропептидної системи в регуляції процесів реактивності мозку. Ймовірно, що саме пептиди є індукторами активності «антиепілептичної системи мозку», активація якої є неодмінним чинником протисудомного ефекту будь-якої лікувальної фармакологічної схеми через показане посилення секреторної активності тканини мозку в разі індукції судом (Shandra A. et al., 2008). Отже, маємо підґрунтя для формулювання концепції «нейропептидного пригнічення» ЕпА, враховуючи протисудомні ефекти багатьох пептидів, внутрішньомозкове введення яких підвищує тону ендогенної пептидної системи.

УДК 616.831-005.1-08

*Височанська Т. Г., Кривенко Г. О.,
Костенко Т. В., Бородій С. О., Гельман Г. Г.
Вінницька обласна психоневрологічна лікарня
ім. акад. О. І. Ющенка (м. Вінниця)*

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТУ ПРОВЕДЕНОЇ ПРОЦЕДУРИ ТРОМБОЛІЗИСУ В УМОВАХ ІНСУЛЬТНОГО ВІДДІЛЕННЯ ВОПНЛ ім. акад. О. І. ЮЩЕНКА

Мета: оцінка результатів процедури тромболізу за 2011 р., проведеної в умовах інсультного відділення ВОПНЛ ім. акад. О. І. Ющенка.

Інсульт — поширена причина первинної інвалідності, тимчасової і/або стійкої непрацездатності. У Росії та Україні рівень інвалідизації через 1 рік після перенесеного інсульту становить від 76 % до 85 %, тоді ж як у країнах Західної Європи — 20—30 % (Kalra L., 1994; Шахпаронова Н. В., Кадьков А. С., 2006), що свідчить про недостатній рівень організації лікувального та реабілітаційного процесу.

В інсультному відділенні Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О. І. Ющенка вперше процедура тромболізу була проведена в 2007 р. В наступні роки прогресивно збільшувалась кількість пацієнтів, в лікуванні яких була застосована тромболітична терапія, що суттєво вплинуло на відновлення втрачених функцій, ступінь незалежності в побуті, рівень фізичної активності, і зменшило інвалідизацію пацієнтів після перенесеного ішемічного інсульту.

Проведено аналіз історій хвороб пацієнтів з ішемічним інсультом, яким було проведено тромболізіс протягом 2011 р. Після проведення нейровізуалізації/верифікації ішемічного інсульту та відбору згідно з протоколом пацієнтам застосовано введення препарату «Актилізе». Процедуру тромболітичної терапії в 2011 р. — 18 хворих (12 чол., 6 жін.). Стан пацієнтів оцінювали за шкалами NIHSS/Rankin при надходженні та за шкалами NISS/Bartel/Rankin через 7 днів після проведення процедури. Також стан пацієнтів оцінювався за шкалою загальної оцінки після проведення тромболізу в першу добу після введення тромболітика, на 5 добу, при виписці та через 3 місяці після виписки із інсультного відділення (інформація була отримана при безпосередньому огляді пацієнта у відділенні або за допомогою телефонного інтерв'ю).

Для оцінки отриманих результатів тромболізу при гострому ішемічному інсульті була застосована шкала семибальної оцінки, яка розроблена лікарями інсультного відділення під керівництвом професора Московко С. П. — завідувача кафедри нервових хвороб ВНМУ ім. М. І. Пирогова.

Серед 18 пацієнтів, яким в лікуванні було застосовано процедуру тромболізу, 1 пацієнт помер на шосту добу через геморагічну трансформацію ішемічного вогнища (дуже значне погіршення, що склало 5,5 %), 1 пацієнт був переведений для подальшого лікування в кардіологічне відділення міської лікарні з приводу гострого коронарного синдрому.

З 18 пацієнтів після проведення процедури тромболізу не мали явних ознак інвалідності на момент виписки 6 чол. (35,3 %), за даними катамнезу через 3 міс. — 11 чол. (69 %).

Серед пацієнтів працездатного віку (до 60 р. — 6 пацієнтів) 1 пацієнт (17 %) помер (геморагічна трансформація), 5 пацієнтів (83 %) через 3 міс., за даними катамнезу, стали повністю незалежними в побуті.

Запорукою успішного лікування пацієнтів з ішемічним інсультом є застосування процедури тромболізу з дотриманням єдиних загальних рекомендацій та виконання її в умовах спеціалізованого відділення. Суттєве значення мають рання вертикалізація та активізація пацієнтів, що сприяє більш повному відновленню порушених функцій. Варто оцінювати результат проведеної процедури тромболізу при виписці та через 90 днів, що дозволяє відмітити суттєву позитивну різницю в стані пацієнтів. Аналіз отриманих даних диктує необхідність більш широкого впровадження сучасного методу лікування ішемічного інсульту — застосування тромболізу, що дозволяє позитивно вплинути на ступінь інвалідизації, та покращити якість життя пацієнтів після перенесеного інсульту та їх найближчого оточення.

УДК: 616.831-009.1-053.2/6+616-009.12+616-003.

Власенко С. В., Кушир Г. М.***

*Евпаторийский Центральный детский клинический
санаторий Министерства обороны Украины (г. Евпатория)*;
Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)***

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСНОВАНИЯ ТАКТИКИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ДЦП

Детский церебральный паралич (ДЦП) в структуре детской неврологической инвалидности занимает одну из ведущих позиций. Развитие движений у больного с ДЦП осложняется различными патологическими факторами, совокупность которых формирует уникальную картину патологии движения, постоянно изменяющаяся с ростом ребенка и под влиянием различных методов лечения, что требует постоянного динамического контроля над состоянием ребенка. Однако для формирования адекватной тактики лечения рутинного клинического обследования бывает недостаточно, так как с его помощью невозможно оценить состояние мышц, их возможности формирования физиологического движения. Без данной объективизации прогнозирования эффективности того или иного метода терапии двигательных расстройств невозможно, что, соответственно, может принести вред пациенту, привести к необоснованным затратам.

Разработана методика ультразвуковой диагностики состояния мышц у больных ДЦП с вычислением индексов, совокупность которых характеризует реабилитационный потенциал мышц (декларационный патент № 61005, авторське право на твір № 42282). Сравнительная оценка полученных индексов с аналогичными показателями в двух контрольных группах (здоровых детей и детей с грубыми явлениями перерождения мышц) и данными электромиографии показали объективность данной методики, что в сочетании с доступностью и незначительной ценой обследования делает данный метод оценки структурных изменений мышц привлекательным для широкого использования в практике реабилитации. Полученные данные на группе из 196 больных ДЦП (форма спастическая диплегия) позволили распределить всех больных в зависимости от их реабилитационного потенциала на 4 группы. Отсутствие патологических изменений в мышцах и выраженных контрактур в сегментах конечностей, достигающих 4—5 степени, у ребенка является показанием к проведению сугубо консервативных методов лечения (первая группа), прежде всего ботулинотерапия препаратом «Диспорт», лечебная гимнастика. Наличие соединительнотканного перерождения мышцы при сохранности ее поперечнополосатой исчерченности и отсутствие контрактур 4—5 степени ограниченный движений также является показанием к проведению консервативных методов реабилитации (вторая реабилитационная группа). Однако снижение спастичности ботулотоксином в данном случае не целесообразно. Выраженные контрактуры являются показанием к хирургическому лечению, направленному на их устранение (третья группа). Грубая степень перерождения и отсутствие характерной исчерченности характеризуют низкий реабилитационный потенциал восстановления движений (четвертая группа). Необходимо обеспечение ребенка ортопедическими изделиями, позволяющими передвигаться (при высоком уровне интеллектуального развития) или обеспечение полноценного постороннего ухода. Хирургическое лечение в данной группе должно проводиться по социальным показаниям, для