

женні метгемоглобінотворювачами, гіпоксичними та гемолітичними отрутами: токсична дія речовин, переважно немедичного призначення (Т51–Т65); токсична дія монооксиду вуглецю (Т58); токсична дія інших газів, димів і випарів (Т59); токсична дія інших і неуточнених речовин (Т65). У пацієнтів із гострими інфекційними захворюваннями в таких групах: герпес (В00); хвороба Лайма (А69.2); грип і пневмонія (J09–J18). При хронічних захворюваннях у групах: псоріаз (L40); цукровий діабет (Е10–Е14), ускладнений периферичною ангіопатією (I79.2\*); гіпертонічна хвороба (I10) і гіпертонічна енцефалопатія (дисциркуляторна енцефалопатія, хронічна ішемія головного мозку) (I67.4). При гострій хірургічній патології озонотерапію застосовували в таких групах захворювань: термічні та хімічні опіки (Т20–Т32); фурункульоз (L02.9); трофічні виразки нижніх кінцівок різного генезу (L98.4.) та інші окремі захворювання. Ускладнень при проведенні лікування не зареєстровано. **Висновки.** Наш досвід застосування озонотерапії дозволяє стверджувати, що метод має значні перспективи застосування в лікуванні широкого спектра гострих і хронічних захворювань та невідкладних станів. Незважаючи на той факт, що озонотерапія призводить до значних позитивних змін в організмі людини, метод потребує подальшого вивчення з метою удосконалення та стандартизації.

УДК 617.51-08-039.72(07)

Бабак С.І.<sup>1</sup>, Дяченко С.П.<sup>1</sup>, Юрків В.В.<sup>1</sup>,  
Галушко О.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>КЗ КОР «Київська обласна клінічна лікарня»,  
м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної  
освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

### Результати проведення нейропротекторної терапії у хворих на гострий ішемічний інсульт

**Вступ.** Для лікування гострого ішемічного інсульту (ГІ) досліджено понад 1000 речовин з можливою нейропротекторною дією, однак їх ефективність вважають недостатньо переконливою [1]. Для зменшення неврологічного дефіциту та поліпшення результатів лікування ГІ на сьогодні широко використовують такі нейропротектори, як цитиколін (нейроцитин) і препарати магнію. Ефективність цієї комбінації була показана у діабетичних хворих на ГІ при розвитку респіраторних та електrolітичних порушень [2, 3]. Проте пошук оптимального нейропротектора продовжується. Зокрема, у 2018 році в Україні розпочався випуск нейропротектора ксаврону (діюча речовина — едаравон), який з 2001 року успішно призначається в Японії для лікування ГІ та входить до Японського національного протоколу лікування

ГІ. **Мета:** дослідити ефективність застосування нового нейропротекторного препарату ксаврон (едаравон) в комплексі терапії хворих на ГІ. **Матеріали та методи.** Було проведено проспективне обстеження 28 хворих (13 жінок та 15 чоловіків), які перенесли ГІ. Діагноз ішемічного інсульту та його локалізацію верифіковано за допомогою комп'ютерної (КТ) та/або магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку. Хворих розподілили на дві групи, що не відрізнялися між собою за основними характеристиками та проведеним лікуванням. Проте хворим першої групи (n = 18) призначали ксаврон (30 мг едаравону) двічі на добу. У групі контролю (n = 10) препарати з нейропротекторною дією не використовували. Як критерії ефективності церебропротекторної терапії оцінювалися: рівень свідомості за шкалою коми Глазго (ШКГ) та шкалою FOUR, кількість балів за шкалою NIHSS, індекс Бартел, рівень нейронспецифічної енолази (NSE); показники церебральної оксиметрії (rSO<sub>2</sub>). Ці параметри визначалися у пацієнтів протягом усього періоду лікування, наприкінці лікування проводили контрольне нейровізуалізаційне дослідження (КТ або МРТ). **Результати.** Аналіз оцінок за ШКГ показав наявність позитивної динаміки у пацієнтів без суттєвої статистичної різниці між групами (p > 0,05). Проте аналіз оцінок за шкалою FOUR показав, що у групі ксаврону починаючи з 5-ї доби рівень свідомості відновлювався більш швидко, ніж в групі контролю. Так, до 9–10 днів лікування різниця між 1-ю групою та контролем стала вірогідною (p < 0,05). На 3-тю добу лікування у хворих контрольної групи рівень нейронспецифічної енолази зріс у 10 разів (з 9,2 до 96,4 нг/мл). В подальшому спостерігалось швидке зниження рівня NSE, який в основній групі хворих до 10-ї доби лікування нормалізувався, а в контрольній групі до 10-го дня лікування рівень NSE не досяг референтних значень (p < 0,05). **Висновки.** Введення ксаврону (едаравону) у хворих на ГІ виявилось вірогідно ефективним за показниками неврологічного статусу (рівень свідомості за шкалою FOUR) та динамікою рівнів неврологічних маркерів (NSE). Потрібні подальші дослідження для з'ясування ролі ксаврону (едаравону) в комплексі інтенсивної терапії ГІ.

### Список літератури

1. Moretti A., Ferrari F., Villa R.F. Neuroprotection for ischemic stroke: current status and challenges // *Pharmacol. Ther.* — 2015. Feb. — 146. — P. 23-34.
2. Галушко О.А. Синдром апное сну при гострому інсульті у хворих на цукровий діабет: особливості перебігу та лікування // *Медицина неотложных состояний.* — 2016. — № 2(73). — С. 133-136.
3. Галушко О.А. Гіпофосфатемія у пацієнтів відділень інтенсивної терапії: огляд літератури і власний досвід // *Зб. наук. праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика.* — 2014. — Вип. 23, кн. 2. — С. 602-613.