

УДК 616.831-005.1-036.1-085.21.015.2

КОЗЕЛКИН А.А., НОВИКОВА Л.В.

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра нервных болезней
69035, г. Запорожье, проспект Маяковского, 26

E-mail: Novikova_med@rambler.ru

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД ОСТРОГО ПЕРИОДА МОЗГОВОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ПОЛУШАРНОГО ИНСУЛЬТА

Цель: изучить эффективность комбинированной нейрометаболической терапии у больных первичным и повторным мозговым ишемическим полушарным инсультом (МИПИ) в остром периоде заболевания.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 186 пациентов (95 женщин и 91 мужчина, средний возраст — $68,03 \pm 1,53$ года) с первичным и повторным МИПИ в остром периоде заболевания. Основная группа включала 75 пациентов (38 мужчин и 37 женщин, средний возраст — $68,30 \pm 1,54$ года) с повторным МИПИ, а контрольная — 111 пациентов (53 мужчины и 58 женщин, средний возраст — $66,70 \pm 1,51$ года) с первичным МИПИ. Пациенты основной и контрольной групп были разделены на подгруппы в зависимости от применяемой терапии: первая подгруппа включала пациентов с первичным и повторным МИПИ, которые получали в дополнение к базисной терапии комбинацию препаратов цераксон и актовегин, а вторая подгруппа состояла из пациентов, которым был назначен дополнительно к базисной терапии цераксон.

Результаты. На фоне комбинированной терапии препаратами цераксон и актовегин отмечалось уменьшение среднего суммарного балла по шкале NIHSS в среднем на 49,8 и 28,7 % по сравнению с пациентами второй подгруппы, где соответствующие показатели составили 26,7 и 15,1 %. В структуре когнитивного дефицита у пациентов с первичным МИПИ на фоне приема мононейропротекторной терапии были предметные и легкие когнитивные нарушения (КН) и предметные КН — при применении комбинированной нейропротекторной терапии. В основной группе наблюдения у пациентов, получавших комбинированную нейропротекторную терапию, были выявлены легкие КН в отличие от больных второй подгруппы, структура когнитивного дефицита которых соответствовала умеренным КН. Благоприятный медико-социальный исход острого периода заболевания отмечался у всех пациентов на фоне комплексного лечения препаратами цераксон и актовегин.

Вывод. Комбинация цераксона и актовегина оказалась более эффективной по сравнению с мононейропротекторной терапией цераксоном при лечении пациентов в остром периоде как первичного, так и повторного

МИПИ, что подтверждалось лучшим восстановлением неврологического, когнитивного дефицита и медико-социальным исходом заболевания.

616.839-008.331.4-092-06:616.12-008.331.1

КОШМАН С.К., ШПОРТЬКО О.В.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии № 1
61022, г. Харьков, пр. Правды, 13,
КУЗ «ОКБ-ЦЭМП и МК»

Научные руководители:

д.м.н., профессор И.А. Григорова, доц. В.И. Сало

E-mail: koshman.animys@gmail.com

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСФОРМАЦИИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ В ГИПЕРТОНИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ

Цель: изучить и проанализировать количественные показатели патологической трансформации нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу в гипертоническую болезнь.

Проблема трансформации нейроциркуляторной дистонии в гипертоническую болезнь является крайне актуальной на данный момент, так как данная форма артериальной гипертензии плохо поддается лечению при использовании стандартной схемы консервативной терапии нозологической единицы, что, соответственно, требует более точной формулировки патогенетических особенностей для коррекции плана медикаментозного лечения.

Для исследования количественных показателей были отобраны 50 пациентов, которые в настоящее время имеют гипертоническую болезнь, а в анамнезе — нейроциркуляторную дистонию по гипотоническому типу. После тщательного анализа различных показателей были получены следующие результаты:

— 45 % женщин на момент изменения диагноза состояли на учете в медицинских учреждениях с диагнозом «нейроциркуляторная дистония» на протяжении от 5 до 10 лет;

— смена диагноза при наличии дистонии в сроки менее 5 лет произошла у 25 % мужчин и 30 % женщин.

При нейроциркуляторной дистонии по гипотоническому типу, помимо преобладания парасимпатического тонуса, отмечается превалирование процессов торможения в коре и подкорковых отделах головного мозга над процессами возбуждения, зачастую в сочетании с гипоталамической дисфункцией, что, в свою очередь, тормозит компенсаторно-адаптационные реакции организма, зависящие от координации основных регуляторных систем организма — нейроиммуноэндокринного взаимодействия.

При этом перестройка жизненно важных органов (головного мозга, сердца, почек) и их сосудистых систем у наблюдаемых пациентов, адаптированных к более низким показателям артериального давления,

протекает тяжелее, чем у нормотоников, что указывает на необходимость постоянного динамического наблюдения для раннего выявления симптомов и профилактики гипертонической болезни при первоначальных нейроциркуляторных расстройствах.

Соответственно факторами риска развития гипертонической болезни можно считать функциональные нарушения центральной нервной системы с вегетативными сдвигами при повышенной реактивности симпатической нервной системы, в частности нейроциркуляторную дистонию по гипотоническому типу.

УДК 616-005.8+616.831

ЛИЧКО В.С., МАЛАХОВ В.О.

Медичний інститут Сумського державного університету

40018, м. Суми, вул. Санаторна, 31

E-mail: vladlychko@ya.ru

ОЦІНКА АКТИВНОСТІ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІНФАРКТУ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Одним із можливих механізмів реалізації церебрального пошкодження, що призводить до збільшення летальності в гострому періоді інфаркту головного мозку (ІМ), може вважатися розлад вегетативної регуляції. Численні дослідження вегетативної нервової системи (ВНС) при гострій цереброваскулярній патології продемонстрували, що висока активність симпатичної нервової системи, яка супроводжується підвищенням рівня катехоламінів, призводить до розвитку різних дисфункцій в організмі.

Відхилення, що виникають у регулюючих відділах ВНС, передують гемодинамічним, метаболічним, енергетичним порушенням і, таким чином, можуть бути найбільш ранніми прогностичними ознаками неблагополуччя пацієнта. Зміна діяльності, у першу чергу як серцево-судинної, так і центральної нервової систем, є одним із інформативних індикаторів цих відхилень.

У ході дослідження була продемонстрована інформативність методу надзвичайно високочастотної (НВЧ) діелектрометрії при визначенні адренергічної активності еритроцитів, що заснований на виявленні індукованих біологічно активними речовинами (адреналін, дофамін) змін комплексної діелектричної проникності (КДП) в умовах гострого періоду ІМ.

Встановлено, що зменшена чутливість мембранно-рецепторного комплексу еритроцитів до адренергічних речовин у гострому періоді ІМ проявляється в зниженні реактивності еритроцитів, яка реєструється за змінами КДП. Так, індуковані адренергічними засобами зміни КДП еритроцитів контрольної групи досягали в середньому 10 % від вихідних значень і мали негативний знак, тоді як у групі хворих на ІМ виявлені зміни не перевищували 1,5 %.

Таким чином, НВЧ-діелектрометрія дозволяє на молекулярно-клітинному рівні моніторувати зміни функціонального стану симпатоадреналової системи під впливом гіпоксії, будь-яких ендо- та екзогенних чинників, індивідуально контролювати ефективність лікування і прогнозувати ризик розвитку гострої цереброваскулярної патології.

УДК 616.853-02:616.89.46/.47

МАР'ЄНКО Л.Б.

Кафедра неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, Львівський обласний протиепілептичний центр

79010, м. Львів, вул. Некрасова, 6

E-mail: lepileo@i.ua

КОГНІТИВНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З ЕПІЛЕПСІЄЮ ТА МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ

До психіатричної коморбідності при епілепсії (Е) відноситься широкий спектр психічних порушень (афективних, особистісних, когнітивних, психотичних), які у частини хворих з часом набувають навіть більшого значення, ніж власне епілептичні напади. При епілепсії характер і ступінь когнітивного дефіциту може варіювати в широких межах від пацієнта до пацієнта, а в одного і того ж хворого — і в періодах між нападами.

Протягом тривалого спостереження (у середньому $8,5 \pm 3,0$ року) 404 пацієнтів з епілепсією (середній вік — $36,8 \pm 8,4$) був проаналізований зв'язок розвитку когнітивних розладів (КР) із етіологією Е, віком її початку і тривалістю, статтю пацієнтів, відповіддю на лікування.

Серед усіх хворих дослідження, згідно з короткою шкалою оцінки психічного стану (MMSE), КР різного ступеня були зазначені у 85 осіб (21,0 %). За статистикою, КР вірогідно частіше виникали у пацієнтів із симптоматичною Е (у 30,9 % осіб), а хворим на криптогенну та ідіопатичну Е вони були невластиві, тобто для реалізації когнітивних порушень важливою складовою була наявність структурної патології головного мозку. Когнітивний дефіцит спостерігався переважно у чоловіків, особливо при судинній, післятравматичній, алкогольній симптоматичній епілепсії. Вірогідно частіше зниження когнітивних функцій відбувалось зі збільшенням віку пацієнтів, тривалістю Е і при більш ранньому віці її початку. Важливим чинником розвитку когнітивних порушень був фармакорезистентний перебіг захворювання. КР не утворили статистично вірогідного зв'язку із частотою нападів, але він був зазначений при поліморфізмі нападів (поєднанні складних вогнищевих і генералізованих судомних нападів). Особам із КР були притаманні однібічні, переважно скроневі, епілептогенні вогнища з більш частою їх локалізацією у правій півкулі головного мозку.

Для профілактики когнітивних розладів у перебігу епілепсії першочерговим завданням є підбір адекватного ліку-