

И. А. ГРИГОРОВА, А. Р. ЕСКИН, Л. В. ТИХОНОВА, О. А. ТЕСЛЕНКО, М. А. ТКАЧОВ
Харьковский национальный медицинский университет

Клинико-патогенетические и гемодинамические аспекты ишемического инсульта

Цель работы — изучить клинико-диагностические аспекты у больных, перенесших ишемический инсульт (ИИ) 1—3 года назад.

Материалы и методы. Изучены клинико-гемодинамические и биохимические показатели 100 больных, перенесших ИИ 1—3 года назад. Первую группу составили 50 больных с кардиогенным инсультом, вторую — 50 больных с атеротромботическим ИИ. Возраст больных — от 55 до 80 лет. Полученные данные сравнивали с показателями 30 лиц идентичного возраста без цереброваскулярных событий, составивших контрольную группу. Методы исследования: компьютерная и магнитно-резонансная томография головного мозга, ультразвуковая доплерография. Биохимические методы включали исследования плазменных показателей липидного обмена, количества липидосодержащих лейкоцитов с определением среднего гистохимического коэффициента по методу Байлифа и Кимброу (1967), показателей оксидантно-антиоксидантной системы с использованием хроматографической методики (Прохорова, 1982) и спектрофотометра (Стальная, 1977, Гаришвили, 1977).

Результаты. В 1-й группе у 85% обследованных выявили ремиттирующий вариант течения заболевания, из них у 15% больных имела место тенденция к прогрессированию неврологической симптоматики при увеличении срока заболевания, во 2-й группе — соответственно у 79,0 и 12,5%. В обеих группах более выраженными были проявления вертебробазилярной недостаточности, мнестических расстройств (более выраженные во 2-й группе). Пирамидно-сенсорные нарушения у больных обеих групп к 3-му году заболе-

вания уменьшались. У пациентов обеих групп, особенно 2-й группы, отмечены гемодинамические нарушения в виде снижения линейной скорости кровотока в области поражения сосудов как каротидного, так и вертебробазилярного бассейна, а также нарушения эласто-тонических характеристик сосудистой стенки (более выраженные во 2-й группе). У больных 2-й группы была более выражена асимметрия церебрального кровотока, а также изолированное и множественное стенозирование. У пациентов 1-й группы обнаружили атеромы. У пострадавших обеих групп выявлено стойкое нарушение липидного обмена: повышение уровня холестерина, особенно липопротеинов низкой плотности, коэффициента атерогенности, снижение холестерина липопротеинов высокой плотности. Отмечено также изменение среднего гистохимического коэффициента у больных обеих групп, больше выраженное у лиц, перенесших ИИ 1 год тому назад (на 50,5% ниже, чем в контрольной группе). У больных обеих групп выявлено нарушение соотношения концентрации оксидантов и антиоксидантов. Так, уровень глутатиона в 1-й группе был снижен в 2,0 раза, во 2-й — в 1,6 раза. Изменение содержания оксидантов в обеих группах было обратно пропорционально длительности периода после ИИ.

Выводы. У больных, перенесших 1—3 года назад кардиогенный и атеротромботический ИИ, выявлены изменения когнитивных нарушений, гемодинамики и оксидантно-антиоксидантной системы, что обосновывает необходимость включения в комплекс традиционных реабилитационных мероприятий антиоксидантов, метаболических препаратов, антиагрегантов и статинов.

Т. А. ДОВБОНОС¹, Т. О. КОБИТЬ², Ю. ХИЖНЯК¹

¹Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

²Київська міська клінічна лікарня № 4, Київський центр розсіяного склерозу

Особенности побочной діи препаратов интерферону β-1а та интерферону β-1b у хворих на розсіяний склероз

Мета роботи — дослідити поширеність і вираженість побічних реакцій під час проведення превентивного лікування розсіяного склерозу засобами інтерферонотерапії.

Матеріали і методи. Обстежено 75 хворих на розсіяний склероз з ремітивним перебігом, які отримували терапію інтерфероном-β (ІФН-β): 30 пацієнтів — Аванекс (30 мг), 25 — Бетфер 1b (0,3 мг), 20 — Бетфер 1a (12 млн МО) за стандартними схемами. До контрольної групи, порівнянної за гендерними і віковими характеристиками, ввійшли 30 хворих, які проходили курс судинно-метаболическої терапії. Наявність побічної дії

(ПД) препаратів визначали на підставі оцінки клініко-параклінічних даних, а також даних реєстраційної карти з переліком можливих побічних реакцій. Оцінку проводили відповідно до Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) 4.02 (2009).

Результати. ПД інтерферонів виявлено у 53,3% обстежених. Цей показник був вірогідно вищим порівняно з контрольною групою ($p < 0,05$). У пацієнтів основної групи виявлено 17 побічних реакцій, що вдвічі перевищувало аналогічний показник судинно-метаболических препаратів. Серед ПД у хворих основної групи домінувала гіпертермія (37,3%), яка у 3 випад-

ках потребувала додаткового застосування парацетамолу і у 1 хворої була причиною відмови від подальшого лікування. З однаковою частотою (30,7 %) траплялися втома, біль і місцеві шкірні реакції. Ймовірність виникнення змін у місці введення була більшою у разі порушення меж рекомендованих для уколів 8 ділянок шкіри, повторного протягом 1 міс використання місця введення або за наявності дерматологічної патології. У разі виникнення еритеми її ділянка не перевищувала 10 % площі поверхні тіла людини. У 2 хворих відзначено ущільнення у місці ін'єкції, які розцінювалися як легкі (ділянка ураження зберігала здатність до зміщення і могла бути взята у складку). Виразних шкірних реакцій у вигляді абсцесу, виразки або некрозу шкіри не спостерігали. У більшості (94,7 %) випадків виявлена ПД була асимптомною або легкою з ізольованим клінічним чи параклінічним виявом, що відповідало легкому ступеню тяжкості. У решті випадків ПД було розцінено як помірну, що потребувало застосування мінімальної або локальної симптоматичної терапії, але зміни стану хворих були нетривалими або суттєво не впливали на їх повсякденну активність. Застосування Бетферу 1b вірогідно частіше асоціювалося з появою грипоподібного син-

дрому (лихоманка (68 %), загальна слабкість (52 %), відчуття жару на обличчі (32 %)), що спостерігали при кожному введенні препарату. У цих хворих виявлено вірогідно більшу тривалість і вираженість зазначених ПД порівняно з терапією Аванексом. У разі введення останнього переважали місцеві шкірні реакції: біль (35 %), почервоніння (10 %), ущільнення шкіри (%), які виникали переважно лише після першого введення. За умов дії Бетферу 1a поширеність місцевої і загальної ПД суттєво не відрізнялася. Використання препаратів було припинено внаслідок розвитку ПД у 5,3 % пацієнтів: у 2 випадках застосування Бетферу 1b (колапс, гіпертермія) і у 2 — Аванексу (порушення поведінки (ажитація)).

Висновки. Незважаючи на відносну поширеність і широкий спектр виявленої ПД ІФН- β , ступінь її тяжкості відповідає легкому та помірному, що свідчить про достатню безпечність досліджуваних препаратів як засобів першої лінії превентивної терапії розсіяного склерозу. ПД у разі застосування ІФН- β -1a (Аванексу) характеризується переважно розвитком місцевих шкірних реакцій на початку лікування, а у разі використання ІФН- β -1b (Бетферу 1b) — грипоподібним синдромом.

З. І. ЗАВОНОВА, М. Г. МАТЮШКО, Ю. В. ХИЖНЯК

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Діабетична полінейропатія та методи її корекції

За даними різних досліджень, частота полінейропатій серед хворих на цукровий діабет (ЦД) варіює в широкому діапазоні — від 10 до 90 % залежно від методів обстеження та критеріїв діагностики.

Мета роботи — вивчити перебіг діабетичної полінейропатії (ДП) та обґрунтувати підхід до лікування ДП.

Матеріали і методи. Діагностику ДП проводили згідно з переліком обов'язкових досліджень, наведеним у «Протоколі надання медичної допомоги хворим з діабетичною полінейропатією» (Наказ МОЗ України № 356 від 22 травня 2009 р.): огляд нижніх кінцівок для виявлення сухості шкіри, порушення стану нігтів; оцінка сухожилкових рефлексів (колінного, ахілового); оцінка тактильної чутливості; оцінка больової чутливості; оцінка температурної чутливості; оцінка пропріоцептивної чутливості (сенситивна атаксія); визначення вібраційної чутливості; ортостатична проба. Застосовували також додаткові методи дослідження: електроміографію, ЕКГ, огляд окуліста, ендокринолога. Консервативна відновна терапія при ДП передбачає усунення больових феноменів, корекцію психоневрологічних порушень, створення умов для ремієлінізації, регенеративного та колатерального спраутинга нейронів, а також стимуляції цих процесів. Обстежено 32 хворих на ЦД 1 і 2 типу, в яких діагностовано ДП. Пацієнтів розподілено на дві групи: у першу групу залучили 14 хворих на ЦД 1 типу (8 жінок та 6 чоловіків; середній вік — $(38,2 \pm 2,4)$ року, середня тривалість захворю-

вання — $(11,6 \pm 1,8)$ року), у другу — 18 хворих на ЦД 2 типу (10 жінок та 8 чоловіків; середній вік — $(55,0 \pm 3,2)$ року, середня тривалість захворювання — $(10,2 \pm 1,6)$ року). Основні скарги хворих на ДП: відчуття затерпання та спонтанні болі в стопах та гомілкях; біль, що пече, пульсує та супроводжується затерпанням. Для лікування ДП застосовували спершу ін'єкційну форму комплексу вітамінів групи В (жиророзчинну форму тіаміну — бенфотіамін (100 мг), піридоксин (100 мг) та ціанокобаламін (1000 мг)). Для подальшого лікування використовували таблетовану форму вітамінів групи В (бенфотіамін (100 мг) та піридоксин (100 мг)).

Результати. На тлі терапії комплексом вітамінів групи В поліпшився стан уже на 10-ту добу лікування: у 26 хворих зменшився біль у стопах, у 12 — пекучий біль у стопах та гомілкях. На 14-ту добу терапії у 20 обстежених виявлено зниження відчуття оніміння у стопах. Статистично значущої різниці результатів лікування між групами не було ($p > 0,05$).

Висновки. Отримані результати засвідчили, що препарати комплексу вітамінів групи В є ефективними засобами лікування ДП, їх призначення зменшує вираженість змін різних видів чутливості, больові вияви, що сприяє поліпшенню сну хворого, підвищує його функціональні можливості. Препарати можуть бути рекомендовані для використання в комплексній терапії у хворих із сенсомоторною формою ДП, що супроводжується болем.