

университета проведено комплексное клинико-инструментальное обследование и лечение 81 больного (56 (69,1 %) мужчин и 25 (30,9 %) женщин) в ранний восстановительный период МИПИ. Средний возраст больных — $(57,48 \pm 1,1)$ года. На 10, 30, 90 и 180-е сутки заболевания проводили оценку объективного и неврологического статуса пациента. Оценивали степень тяжести МИПИ по шкале NIHSS, уровень инвалидизации и функциональной независимости по модифицированной шкале Ренкина (МШР), индекс Бартел (ИБ). Применяли компьютерную томографию, ультразвуковую доплерографию магистральных артерий головы, электроэнцефалографию, общеклинические и биохимические анализы.

Результаты. У 36 (44,4 %) больных диагностирован атеротромботический подтип инсульта, у 35 (43,2 %) — лакунарный, а у 10 (12,3 %) — невыясненной этиологии. В дебюте заболевания у большинства (88,9 %) больных был только очаговый дефицит, у остальных имело место сочетание общемозгового дефицита с очаговым. Темп развития заболевания у 66,7 % пациентов был постепенным с дебютом в активное время суток (77,8 % случаев). При скрининговом тестировании на 10-е сутки заболевания выявлено, что средний суммарный балл по шкале NIHSS составил 5,44 балла, по МШР — 2,81 балла, ИБ — 69,14. Пациенты путем корректной рандомизации по степени тяжести (NIHSS), функциональной независимости (МШР) и уровню самообслуживания

(ИБ) были распределены на две клинические группы в зависимости от схемы терапии. В 1-ю группу вошли 60 пациентов, у которых в сочетании с другими препаратами и методами лечения согласно стандартов использовали комбинацию Цераксона в дозе 2000 мг/сут и Актовегина в дозе 1000 мг/сут, а во 2-ю группу — 21 пациент, которым назначали Актовегин в дозе 1000 мг/сут в течение 20 дней. Отмечена достоверная динамика восстановления клинико-неврологических нарушений по шкале NIHSS на 30, 90 и 180-е сутки заболевания в обеих группах (в 1-й — $(3,75 \pm 0,31)$, $(2,48 \pm 0,27)$ и $(1,80 \pm 0,23)$ балла, во 2-й — $(3,57 \pm 0,56)$, $(2,86 \pm 0,43)$ и $(2,71 \pm 0,44)$ балла соответственно). В группе применения комбинации Цераксона и Актовегина, эти показатели были лучше ($p < 0,05$). Выявлена положительная динамика уровня инвалидизации (МШР) и функциональной независимости (ИБ) в обеих группах: средний суммарный балл по МШР в 1-й группе уменьшился с $(2,83 \pm 0,11)$ до $(1,07 \pm 0,13)$, а во 2-й — с $(2,76 \pm 0,18)$ до $(1,62 \pm 0,21)$. На 180-е сутки в 1-й группе показатели были достоверно лучше ($p < 0,05$). Различий между группами по ИБ не было ($p > 0,05$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности комбинированной нейрометаболической терапии (Цераксон и Актовегин) и позволяют рекомендовать ее для включения в комплекс реабилитационных мероприятий в ранний восстановительный период МИПИ.

В. С. МЕЛЬНИК

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

Потенційні ризики та переваги застосування низькомолекулярного гепарину в гострий період ішемічного інсульту

Мета роботи — за результатами аналізу даних щодо застосування надропарину кальцію для профілактики тромботичних ускладнень у хворих на ішемічний інсульт установити вплив такої терапії на смертність та динаміку неврологічного дефіциту впродовж перших 14 днів захворювання.

Матеріали і методи. Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження 82 пацієнтів (43 жінок та 39 чоловіків; середній вік — $(73,24 \pm 10,20)$ року) у гострий період ішемічного інсульту в басейні середньої мозкової артерії (СМА). Пацієнтів розподілили на дві групи: основну ($n = 42$), в якій з метою профілактики тромботичних ускладнень застосовували надропарину кальцій по 2850 МО анти-Ха-фактора підшкірно двічі на добу в період з 1-ї до 10-ї доби захворювання, та контрольну ($n = 40$), в якій застосовували немедикаментозні методи профілактики тромботичних ускладнень. Програма дослідження передбачала визначення неврологічного дефіциту в 1-шу, на 7-му та 14-ту добу захворювання за шкалою NIHSS, проведення транскраніальної доплерографії та загальноприйнятого клініко-неврологічного обстеження. За результатами аналізу отриманих даних обидві групи розподілили на дві підгрупи залежно від наявності чи відсут-

ності гемодинамічно значущого стенозу іпсилатеральної СМА. Для статистичної обробки отриманих результатів використовували χ^2 -тест Пірсона та однофакторний дисперсійний аналіз.

Результати. Вихідний неврологічний дефіцит у групах достовірно не відрізнявся та становив в основній групі $(10,7 \pm 0,6)$ бала, в групі контролю — $(10,9 \pm 0,7)$ бала ($p = 0,925$). Протягом перших 14 діб захворювання в основній групі померли 6 (14,3 %), а в групі контролю — 8 (20 %) хворих ($p = 0,492$). На 14-ту добу захворювання середній бал неврологічного дефіциту хворих, які вижили, достовірно не відрізнявся та становив $(5,0 \pm 0,4)$ і $(5,4 \pm 0,7)$ бала відповідно у хворих основної та контрольної групи ($p = 0,659$). Серед пацієнтів, які отримували антикоагулянтну терапію, у 8 (19 %) діагностовано гемодинамічно значущий стеноз СМА, з них 1 (12,5 %) хворий помер. У групі контролю у 8 (20 %) хворих діагностовано стеноз СМА, з них померло 3 (62,5 %) ($p = 0,039$). Геморагічних ускладнень у групах не спостерігали.

Висновки. Застосування низькомолекулярного гепарину впродовж перших 10 днів ішемічного інсульту з метою профілактики тромботичних ускладнень супроводжується летальністю та відновленням невро-

логічного дефіциту, які порівнянні у хворих, котрі вижили, та групи контролю. Серед пацієнтів з гемодинамічно значущими стенозами іпсилатеральної СМА на тлі застосування надропарину кальцію по 2850 МО

двічі на добу в період з 1-ї до 10-ї доби захворювання зареєстровано достовірно нижчий рівень летальності ($p = 0,039$). Підвищення ризику геморагічних ускладнень не відзначено.

Т. М. МЕЛЬНИК

Донецкий национальный медицинский университет им. Максима Горького

Спектральный анализ variability ритма сердца у больных сахарным диабетом с ранними цереброваскулярными осложнениями

Цель работы — изучить показатели спектрально-го анализа variability сердечного ритма (ВСР) у больных сахарным диабетом (СД) с ранними цереброваскулярными осложнениями.

Материалы и методы. Обследован 81 пациент с СД, из них у 33 (18 мужчин и 15 женщин, средний возраст — $(26,3 \pm 4,2)$ года) диагностирован СД с синдромом вегетативной дистонии (СВД), у 48 (26 мужчин и 22 женщины, средний возраст — $(46,9 \pm 8,5)$ года) — диабетическая энцефалопатия (ДБЭ) I стадии. Диагностику цереброваскулярной патологии осуществляли на основании классификации, утвержденной на пленуме научного совета по неврологии РАМН (1984), СД — согласно классификации ВОЗ (1999). У 17 (51,5%) пациентов с СВД диагностирован СД 1 типа, у остальных — СД 2 типа. Средний уровень гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) составлял $(7,6 \pm 0,2)\%$. Среди пациентов с ДБЭ I стадии СД 1 типа был выявлен у 28 (58%), у остальных — СД 2 типа. Средний уровень HbA_{1c} — $(8,3 \pm 0,7)\%$. Контрольную группу здоровых лиц составили 22 мужчины и 28 женщин, средний возраст — $(36,1 \pm 11,2)$ года. Самооценку клинических проявлений поражения вегетативной нервной системы выражали в баллах соответственно тестовой карте, включавшей основные субъективные признаки, характерные для больных с СВД (Вейн, 1998). ВСР исследовали с использованием системы «Кардиотехника-4000» (ИНКАРТ, РФ). Вычисляли спектральные показатели ритма сердца: TP (Total Power) — общую спектральную мощность, VLF — мощность спектра с частотой меньше 0,05 Гц, LF — мощность спектра с частотой 0,05—0,15 Гц, HF — мощность спектра с частотой 0,15—0,4 Гц, LF/HF —

показатель баланса симпатической и парасимпатической частей вегетативной нервной системы.

Результаты. Все больные СД имели достоверно ($p < 0,05$) более высокие баллы по анкете вегетативных нарушений (в среднем — $(41,6 \pm 2,4)$ балла) по сравнению с контрольной группой ($(20,3 \pm 2,1)$ балла), пациенты с СВД — $(31,8 \pm 3,3)$ балла, с ДБЭ — $(44,5 \pm 2,1)$ балла. По данным спектрального анализа ВСР у больных СД с СВД выявлены признаки вегетативной дисфункции: значительно более низкие, чем у здоровых лиц, значения TP, VLF, LF и HF, повышение симпатовагального индекса (LF/HF). У больных с ДБЭ I стадии в отличие от больных с СВД и лиц контрольной группы отмечены более низкие значения упомянутых показателей, величина индекса LF/HF не изменялась. Выявленные изменения свидетельствовали о высокой степени активизации автономного (синусового) контура регулирования сердечного ритма. Установлена корреляционная взаимосвязь между TP и уровнем HbA_{1c} ($r = -0,84$; $p < 0,05$), LF/HF и уровнем HbA_{1c} ($r = +0,68$; $p < 0,05$).

Выводы. Показатели ВСР объективно отображали нарастание вегетативных нарушений с постепенным снижением общей спектральной мощности и мощности ее компонентов. Отмечено нарушение симпатовагального баланса с увеличением величины индекса LF/HF у больных СД с СВД и снижением — у пациентов с ДБЭ I стадии. Изменения показателей ВСР характеризовали постепенное снижение симпатического и парасимпатического тонуса и активации церебральных систем надсегментарного уровня вегетативной регуляции. Вегетативные расстройства являются интегральным осложнением, наличие которого свидетельствует о глубоких системных изменениях в организме.

О. Ю. МЕРКУЛОВА¹, В. И. ПОНОМАРЕВ¹, Е. Н. СЛЕПАК²

¹Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина

²Центральная клиническая больница ГП «Укрзалізниця», Харьков

Первичная лимфома головного мозга (случай из практики)

Первичная лимфома центральной нервной системы (ЦНС) является формой экстрадуральной высокодифференцированной неходжкинской В-клеточной опухоли, распространяющейся в пределах ЦНС и редко вне её. Ее доля составляет менее 2% в структу-

ре новообразований ЦНС и 7% — в структуре злокачественных новообразований.

Цель — изучить особенности клиники, диагностики, течения первичной лимфомы ЦНС в практике клинициста.