

симптоматики, состояния механизмов регуляции ритма сердца и иммунного статуса у больных с цереброваскулярными заболеваниями различной степени тяжести.

Материал и методы. Обследовано 27 больных в возрасте 42–57 лет, мужчин — 12, женщин — 15 человек. С дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) II ст. — 17, с последствиями перенесенного ОНМК (Шст.) — 10. Тяжесть клинического состояния больных оценивалась по выраженности неврологических нарушений и объективизировалась с помощью клинического индекса тяжести (Степаненко И.В. с соавт., 2004). Состояние регуляторных механизмов ритма сердца оценивалось по методике Р.М.Баевского (Попова И.Ю. с соавт., 2004). Из иммунологических показателей оценивались уровни Т- и В-лимфоцитов, иммунорегуляторных лимфоцитов и ИРИ, аутоантител к ОБМ, функциональной активности лимфоцитов (по данным РБТЛ к ФГА и в присутствии индометацина, индекса Инд/ФГА). Оценивался также характер метаболических нарушений по показателям белкового и липидного обмена, КОС.

Результаты. Выделены группы нарушений иммунного статуса по уровню Т- и В-лимфоцитов, снижению функциональной активности лимфоцитов в тесте РБТЛ к ФГА, повышению или снижению активности индометацинчувствительных супрессоров, уровню аутоантител к ОБМ. Отмечено соответствие состояния иммунологических показателей уровню активации механизмов регуляции ритма сердца, оцениваемой по методике Р.М.Баевского, а также получена их статистически достоверная корреляция с показателями состояния метаболических процессов. Выделены возможные 4 группы состояния напряжения регуляторных механизмов, в которых уровень изменения иммунологических показателей коррелировал с показателями напряжения регуляторных механизмов, отражающих степень активации симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Полученные данные позволили индивидуализировать схемы восстановительного лечения. В результате, в динамике лечения отмечено соответствие уровня снижения тяжести клинической симптоматики уровню напряжения регуляторных механизмов ритма сердца и нарушений метаболического и иммунного статуса.

Выводы. Проведенное исследование свидетельствует о целесообразности комплексного изучения состояния регуляторных систем организма, поскольку оно позволяет более четко определять индивидуальные схемы лечения больных с ЦВЗ, что способствует повышению эффективности восстановительного лечения.

Метод оценки тяжести дисциркуляторной энцефалопатии

Степаненко И.В., Попова И.Ю.,
Лихачева Т.А., Бондарь Т.С.

Институт нейрохирургии
им. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины,
м. Київ, 04050, вул. Мануйльського, 32
тел. +380 44 4838219, e-mail: brain@neuro.kiev.ua

Введение. Неоднородность групп больных и выраженности клинической симптоматики у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП), необходимость учета и сложность проблемы оценки

влияния разнообразных сопутствующих факторов в формировании заболевания обуславливает целесообразность применения математических методов оценки тяжести состояния больных.

Материалы и методы. С целью унификации данных истории болезни была разработана специальная карта обследования больных, включающая информацию о выраженности неврологической, психической симптоматики, жалоб больного. Учитывались данные гематологических, биохимических, иммунологических показателей. В блок статистической обработки информации были включены программы, позволяющие оценить достоверность изменения всех изучаемых данных в динамике лечения и в зависимости от ряда факторов. Для построения математической формулы применялся метод ортогональных полиномов с использованием метода наименьших квадратов и вероятностные оценки состояния больных (Марчук Г.И., 1985; Погужев И.Б., 1988).

Результаты. С целью объективизации оценки тяжести заболевания и определения объективных критериев определения стадии ДЭП с использованием математических методов и вероятностных оценок состояния больных был разработан клинический индекс тяжести ДЭП. Для его математического представления использовалась следующая формула:

$$T = \sum_{j=1}^P A_j \cdot X_j,$$

где Т — индекс тяжести; Р — количество информативных симптомов; A_j — весовые коэффициенты; X_j — информативные симптомы.

При решении задачи оценки значений весовых коэффициентов решалась проблема минимизации квадратов отклонения индексов тяжести от соответствующей для данной группы больных клинической оценки тяжести заболевания. В качестве информативных использовались такие симптомы, как головная боль, головокружение, наличие гипоталамических кризов и пароксизмальных состояний, двигательных и чувствительных нарушений, патологических рефлексов, нестабильного АД и др. За количественную оценку точности классификации принималась вероятность ошибочного распознавания состояния больных, определенная как количество ошибок при отнесении больных к различным группам тяжести. Из большого количества клинических симптомов выделен 21 достоверно влияющий на тяжесть течения ДЭП. Экзаменационную выборку для расчета индекса тяжести составили 100 историй болезни, вероятность правильного определения тяжести состояния больных составила 96%. В результате, согласно приведенной формулы, установлены математические критерии оценки тяжести ДЭП, которые имели определенное цифровое отображение (баллы): легкое состояние (I стадия) — 0–10,5 баллов; умеренное, среднее состояние (II ст.) — 10–20,5 баллов; тяжелое состояние (III ст.) — >20 баллов (Степаненко И.В. з співавторами. — Деклар. пат. на винахід №71393 А.- UA. — 2004).

Выводы. Проведенные исследования показали, что предлагаемый индекс тяжести позволяет быстро оценить состояние больного и стадию ДЭП. Его целесообразно использовать для прогноза заболевания и оценки динамики состояния больных в процессе лечения.