

При дослідженні викликаної активності мозку в обстежених пацієнтів на тлі подовженої латентності основного піку P100 визначені принципові відмінності в патернах ЗВП в залежності від статі. Деформація та слабка виділяємість основного негативно-позитивного комплексу спостерігалася тільки у чоловіків, причому в значній кількості випадків (53,3 %). Крім того у чоловіків виявлені зниження амплітуди основного піку P100 та подовження міжпікової латентності, що свідчило про більш суттєві структурні (органічні) зміни демієлінізуючого та аксонального (нейродегенеративного) характеру вже на етапі рецидивуючого перебігу РС, у порівнянні з жінками. На відміну від чоловіків, у жінок з РП РС на тлі загалом збереженого основного негативно-позитивного комплексу частіше спостерігалися збільшення амплітуди піку P100 (в 40,5 % випадків) та екзальтація пізніх компонентів ЗВП — більше, ніж у половини хворих (56,7 %), що відображало гіперергічний патерн регуляції надсегментарних вегетативних апаратів з домінацію процесів дестабілізації в системі. Відомо, що ЗВП на спалаховий патерн відображає рівень активації, а його пізні компоненти — умови оброблення мозком стимулу, що подається. Таким чином, у жінок з РП РС за даними ЗВП виявлено пригнічення неспецифічних церебральних гомеостатичних механізмів та недостатність активуючих впливів ретикулярної формації стовбура мозку на тлі певних психологічних особливостей.

УДК 616.8-022.6-07-08

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ НЕЙРОІНФЕКЦІЙ

І. Л. Левченко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: хронічні персистуючі нейроінфекції, діагностика, лікування

Власний досвід та аналіз літературних даних показав, що лікування хронічних нейроінфекцій становить дуже складне завдання, що обумовлено особливостями патогенезу інфекційного процесу, зокрема такими факторами як внутрішньоклітинне розташування інфекційного агента, в більшості випадків з вбудованою у геном клітини власною ДНК, здатністю гальмувати імунологічні реакції, впливати на апоптоз та клітинну сигналізацію та тим самим уникати дії імунної системи макроорганізму; зниження імунологічної реактивності організму внаслідок вторинної імуносупресії завдяки персистуючій інфекції; здатність інфекційних агентів інфікувати імунні клітини макроорганізму, спотворюючи імунну відповідь; схильність до вторинних імунопатологічних (аутоімунних, інфекційно-алергічних) реакцій в ЦНС внаслідок перехресних антигенів інфекційного агента та мозку; частий розвиток атрофічних процесів внаслідок недостатньої нейротрофічної підтримки; здатність інфекційних агентів до існування в різних формах, наявність фаз загальноінфекційного процесу (латентна, персистуюча або активна (реплікативна) інфекція).

Усі вищенаведені чинники роблять неможливим повністю позбутися внутрішньоклітинної інфекції, тому метою терапії повинно стати переведення активної інфекції в латентну фазу. Оскільки інфекційний агент навіть у латентній фазі зберігає потенційну можливість до реактивації, у даній фазі інфекційного процесу потрібна підтримка імунної системи в функціонально активному і адекватному стані, що досягається використанням неспецифічних природних імуномодуляторів та вітамінів, збереженням активного способу життя, корекцією режиму дня, тощо.

Адекватним підходом до лікування хронічних нейроінфекцій, на наш погляд, є чітке визначення фази інфекційного процесу та імунологічної реактивності організму. Перехід хронічної нейроінфекції в активну (реплікативну) фазу інфекційного процесу повинен підтверджуватися не лише лабораторними методами (наявність ДНК збудника в лікворі та крові, високі титри специфічних антитіл класів

IgM та IgG, особливо з низьким індексом авідності), а і відповідними клінічними критеріями рецидиву (Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, І. Л. Левченко, 2009). Виділені нами критерії дозволяють визначити диференційно-діагностичні відмінності рецидивів від декомпенсацій, які можуть виникати під впливом різноманітних екзацербаций, але за відсутності реактивації вірусної та/або бактеріальної інфекції. Застосування етіотропної терапії в персистентну, але неактивну фазу, яка характеризується виділенням інфекційного агента в навколишнє середовище, синтезом специфічних імуноглобулінів без відповідних клінічних проявів рецидиву (загострення) не тільки не ефективно, але й може призвести до розвитку фармакорезистентності.

Таким чином, напрямками лікування хронічних нейроінфекцій є:

— етіотропна терапія — пригнічення вірусної реплікації (противірусна терапія), антибактеріальна терапія; переведення інфекційних агентів, що активно реплікуються в латентній неактивній стан;

— адекватна та диференційована імунокорекція — відновлення та підтримка адекватного функціонування імунної системи (усунення або зниження ступеня тяжкості індукованої інфекційним агентом імуносупресії) для попередження реактивації інфекції;

— попередження вторинних імунопатологічних реакцій в ЦНС;

— нейропротекція для запобігання розвитку атрофічних процесів в ЦНС (нейротрофічні фактори, метаболічна та антиоксидантна терапія);

— симптоматична терапія (протианабрякова, розсмоктуюча, протиепілептична, антиспастична, протибольова, тощо).

УДК 616-073.48:616.831-005.1

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИШЕМИЧЕСКОГО МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

А. В. Линская

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», г. Харків

Ключевые слова: ишемический инсульт, ультразвуковое дуплексное исследование, комплекс интима-медиа, стено-окклюзирующие поражения магистральных артерий, жесткость сонных артерий, скорости пульсовой волны

Ишемический мозговой инсульт является одной из наиболее частых причин инвалидизации и смерти. Ежегодно в Украине происходит от 100 до 120 тыс. новых случаев инсульта. Поэтому разработка методов прогнозирования сосудистых катастроф вообще, и мозгового инсульта в частности, выявление соответствующих факторов риска является одной из наиболее актуальных задач современности.

Цель работы: разработка метода комплексной оценки вероятности мозгового инсульта на основании комплексного использования ультразвукографических признаков поражения магистральных артерий головы (МАГ) по результатам ультразвукового дуплексного исследования.

Обследовано 120 человек в возрасте $61,81 \pm 2,39$ лет: из них 70 человек с ишемическим инсультом в анамнезе и 50 человек — практически здоровых лиц. Все пациенты подвергались комплексному ультразвукографическому исследованию с использованием аппарата Ultima PA (РАДМИР) линейным датчиком 5—12 МГц. При этом для выявления предикторов мозгового инсульта изучали степень стено-окклюзирующих поражений МАГ, а также состояние комплекса интима-медиа и жесткость сонных артерий. Оценку прогностических свойств выявленных предикторов осуществляли путем расчета соответствующих диагностических коэффициентов и мер информативности Кульбака (по Е. В. Гублеру).

Установлено, что у здоровых, по сравнению с пациентами, имевшими в анамнезе ишемический инсульт, достоверно меньше средние значения толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) ($0,64 \pm 0,02$ мм против $1,08 \pm 0,06$ мм при $p < 0,001$);