

Мета дослідження: проаналізувати динаміку параметрів стану кісткової тканини хворих з рефлекторними проявами поперекового остеохондрозу (РППОХ) і супутнім остеодефіцитом (ОД) під впливом комплексного лікування з введенням курсу традиційного дом'язового та акупунктурного введення мелоксикаму.

Було обстежено 46 хворих з РППОХ на тлі ОД, які лікувались в амбулаторних умовах. Дослідження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) проводилось за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра Lunar DPX-A. Групу контролю склали 20 практично здорових людей. Всі розрахунки виконано за допомогою програмного забезпечення Mathcad 14. Для оцінки достовірності відмінностей середніх значень у вибірках використовувалась двовибірковий *t*-критерій Стьюдента. Пацієнти з РППОХ на тлі ОД були поділені на 2 групи. I група (25 хворих) отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ): (селективний НПЗП-інгібітор ЦОГ-2 мелоксикам (моваліс) у дозі 15 мг (1,5 мл) дом'язово 1 раз на день № 5 з переходом на пероральний прийом 15 мг на день № 10, хондропротектори, біостимулятори, ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, масаж, судинні середники, вітаміни групи В). II група пацієнтів (21 хворий) — ЗЛ із курсом фармакопунктури (ФП) мелоксикаму № 5. У ході лікування використовували точки акупунктури попереково-крижового відділу хребта та сідниць, де анатомічно достатньо виражений м'язовий шар для безпеки проведення ФП: V21—25, V50—54, V27—29, V36—40, V55—57. Моваліс вводили по 1 ампулі на сеанс — 1,5 мл (по 0,2—0,3 мл в кожную точку за допомогою інсулінового шприца) протягом 5 днів. Програма корекції II групи хворих на ПОХ відрізнялась від такої у I групі тільки шляхом введення препарату. Побічних ефектів і технічних проблем при проведенні ФП мовалісу не було. Пацієнти позитивно ставилися до проведення процедур, відзначали швидкий клінічний, у першу чергу знеболюючий ефект.

У 25 хворих на ПОХ з початковим рівнем МЩКТ в зоні остеопенії II ст., які отримували ЗЛ з включенням традиційного введення мелоксикаму, через 3 місяці спостерігалась тенденція до стабілізації стану кістки при ПОХ з ОД, точніше навіть наявність незначного збільшення показника Young Adult % ( $0,89 \pm 0,90$  %). Однак оскільки отримані показники були статистично недостовірними ( $p > 0,05$ ), дані потребують подальшого уточнення і поглибленого вивчення. Аналіз МЩКТ у хворих на ПОХ з ОД, що отримували ЗЛ, підсилена курсом ФП мелоксикаму, констатував через 3 місяці після початку його наявність достовірної тенденції (достовірність різниці показників в групах до і після лікування  $p < 0,05$ ) до збільшення МЩКТ, тобто був наявний процес відновлення втраченої кісткової маси ( $2,46 \pm 0,04$  % за показником Young Adult %).

Підсилення загальноприйнятої терапії курсом фармакопунктури мелоксикаму констатувало через 3 місяці після початку її наявність достовірної тенденції до відновлення втраченої кісткової маси ( $2,46 \pm 0,04$  % за показником Young Adult %), що засвідчило високу протизапальну ефективність мелоксикаму взагалі і доцільність введення його у точки акупунктури за запропонованою методикою.

УДК 616.831-005.4-07:612.015

*Балкова Н. Б., Перцева Т. Г., Романова Л. Я., Соколик В. В.  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
НАМН України» (м. Харків)*

#### ЛАТЕНТНИЙ ЗАПАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ (КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ СПІВСТАВЛЕННЯ)

Зростаюча захворюваність на мозковий інсульт і пов'язана з нею висока інвалідизація визначають актуальність вивчення клінічних особливостей та патогенетичних механізмів розвитку інсульту з метою удосконалення патогенетично обґрунтованого ефективного лікування цієї групи хворих. В останнє десятиріччя активно вивчається роль латентного запального процесу у патології судин і розвитку на його основі артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, серцево-судинних катастроф.

Мета роботи: вивчити динаміку гуморальних запальних факторів (С-реактивний протеїн, цитокини) у хворих на ішемічний інсульт (ІІ) в різних періодах та визначити кореляції з підтипом інсульту (атеротромботичний, гемодинамічний, лакунарний або криптогенний), віком та статтю пацієнтів.

Вміст цитокинів (ІІ-1 $\beta$ , ІІ-6, ІІ-10 і TNF- $\alpha$ ) у сироватці крові визначали методом твердофазного «сандвіч»-варіанту імуноферментного аналізу на мікропланшетному аналізаторі GBG Stat Fax 2100 відповідними наборами реагентів фірми «Вектор-БЕСТ»

(Росія) і виражали у пмоль/л. Вірогідність розбіжностей оцінювали за *t*-критерієм Фішера — Стьюдента ( $p \leq 0,05$ ). Визначення високочутливого С-реактивного протеїну (вчСРП) проводили високочутливим імуноферментним методом ELISA набором фірми «Biomerica» США. Використовували специфічні моноклональні антитіла до саме тих антигенних детермінант молекул С-реактивного протеїну.

Результати дослідження виявили підвищення сироваткового рівня ІІ-1 $\beta$  (на 39 %), ІІ-6 (на 27 %), ІІ-10 (у 2,6 рази) і TNF- $\alpha$  (на 42 %) у гострому періоді ІІ та синхронність динаміки прозапальних цитокинів (ІІ-1 $\beta$ , ІІ-6 і TNF- $\alpha$ ) в інших періодах ІІ. ІІ-1 $\beta$  і TNF- $\alpha$  належать до першої фази вивільнення прозапальних маркерів у відповідь на тканинне ушкодження, які запускають наступний каскад імунних реакцій, в результаті чого настає друга фаза цитокінової стимуляції: вивільнення ІІ-6 і ІІ-10 та індукція синтезу гострофазних білків. У відновному періоді і у хворих з наслідками ІІ спостерігали чітку тенденцію до нормалізації рівнів визначених цитокинів.

Аналіз цитокінового статусу хворих з ІІ, який мав атеротромботичний характер, виявив вірогідно вищий рівень ІІ-1 $\beta$ , порівнюючи до показників пацієнтів з іншими типами ІІ. Отже, ІІ-1 $\beta$  можна розглядати як уражувачий фактор запалення при атеросклерозі, який супроводжує ІІ на всіх його етапах. Гендерні відмінності були встановлені лише для фактора некрозу пухлин- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), вміст якого виявився нижчим у жінок на 26 %, порівняно з чоловіками. При порівнянні рівнів ІІ-1 $\beta$ , ІІ-6, ІІ-10 і TNF- $\alpha$  у різних вікових групах пацієнтів з ІІ з'ясували вірогідну активацію цитокінової ланки запалення у старшій віковій групі (від 70 років і старші), що є несприятливим фактором у прогнозі ІІ.

У хворих, що перенесли ішемічний інсульт, у гострому періоді наголошується підвищений рівень вчСРП, який корелює з модифікованими чинниками ризику. Дослідження вчСРП в динаміці виявило його вірогідне зниження з наростанням терміну після гострої ішемічної події (на 14,2 % через 6 місяців та на 46,6 % через 8—12 місяців після інсульту). Більш високі значення вчСРП характерні для хворих, що перенесли атеротромботичний інсульт. Показник вчСРП корелює із запальними змінами крові (СОЕ, абсолютна кількість лімфоцитів); з показниками гемостазу (РФМК, фібриноген).

Проведене дослідження виявило наявність латентного запального процесу у гострому періоді ішемічного інсульту, активність якого зменшується з наростанням терміну після гострої ішемічної події. Більш вираженим є запальний процес у хворих на атеротромботичний процес та у старшій віковій групі.

УДК 616.832.522:614.253.1

*Башикірова Л. М.  
Національна медична академія післядипломної освіти  
імені П. Л. Шупика (м. Київ)*

#### ЕТИЧНІ ТА МОРАЛЬНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З БОКОВИМ АМІОТРОФІЧНИМ СКЛЕРОЗОМ

Боківий аміотрофічний склероз (БАС) є ідіопатичним хронічним прогресивним нейродегенеративним захворюванням (ЗХ), що характеризується вибірковим поєднанням ураженням центрального і периферичного мотонейронів (МН). БАС належить до найпоширеніших захворювань МН. Етіологія та патогенез БАС залишаються не з'ясованими. Спеціального методу діагностики БАС на нинішній час не існує. Обстеження хворого спрямоване на виключення інших (в т. ч. курабельних) захворювань. Діагноз (ДЗ) БАС встановлюють відповідно до діагностичних критеріїв EL Escorial (1998). Під час прийняття клінічних рішень лікар керується принципами доказової медицини. Враховуючи те, що 80—90 % пацієнтів з БАС помирають упродовж перших 4 р. від початку ЗХ — неврологу доцільно дотримуватися таких етичних і морально-правових аспектів при веденні хворого з БАС.

ДЗ БАС хворому можна повідомити лише після детального клініко-параклінічного обстеження. Відповідно до Гельсінської конвенції по біоетиці (1997), пацієнт з невиліковним ЗХ (в т. ч. з БАС) повинен бути сповіщений лікарем стосовно ДЗ, у зв'язку з необхідністю прийняття рішень, пов'язаних з наближенням смерті.

Про ДЗ БАС хворого повідомляють у делікатній формі. Бесіду проводить особисто лікар, який добре знає пацієнта. Тому рекомендують повідомити ДЗ після встановлення міцних контактів з хворим та його сім'єю. Розмови проводять у присутності рідних та близьких пацієнта, у спокійній та комфортній обстановці, без поспішності, з урахуванням необхідності того, що потрібно не

менше ніж 45—60 хв. часу. Рекомендують почати із з'ясування того, що хворий вже знає і думає про свій ДЗ. Далі лікар повідомляє пацієнту ДЗ і продовжує обговорення ДЗ з хворим поетапно, перевіряючи, чи пацієнт все зрозумів. У відповідях на запитання хворого слід передбачити його емоційну реакцію. Не можна говорити пацієнту, що йому нічим вже не допомогти. Навпаки, потрібно запевнити хворого, що він повинен спостерігатися у невролога амбулаторно та періодично лікуватися у стаціонарі (бажано кожні 3—6 місяців). Доцільно підкреслити, що БАС є варіабельним за перебігом. Необхідно акцентувати увагу пацієнта, що окремі симптоми БАС добре піддаються лікуванню. Можна вказати і на те, що при атиповому перебігу ЗХ з часом або ж при появі атипових симптомів є можливим перегляд ДЗ БАС. Потрібно уникати: 1) повідомлення інформації черство і формально, не залишаючи надії хворому; 2) обмеження інформації про ЗХ. Доцільно наголосити, що метою терапії є: 1) уповільнення прогресування БАС і подовження періоду, упродовж якого пацієнт не потребуватиме стороннього нагляду; 2) зменшення вираженості окремих симптомів та підтримка стабільного рівня якості життя. Потрібно підкреслити, що незважаючи на те, що ефективного лікування БАС до цього часу не існує, проведення паліативного лікування, яке спрямоване на усунення окремих симптомів БАС і ускладнень ЗХ, поліпшить стан пацієнта та подовжить тривалість його життя. Перед закінченням бесіди необхідно обговорити час наступної консультації (оптимально через 2—4 дні). Необхідно передбачити наявність надрукованих матеріалів про БАС для хворого та його родичів, де розглядаються можливості лікування і допомоги пацієнту.

У подальших бесідах, з урахуванням форми, варіанту і стадії БАС, слід вказати на те, що хворий та його родичі повинні: 1) знати основні клінічні ознаки БАС; 2) знати про прогресивний перебіг ЗХ; 3) навчитися проведенню реабілітаційної гімнастики, ентального харчування, неінвазивної вентиляції легень і загальному нагляду за пацієнтом, не здатним до самообслуговування.

Таким чином, етичні та морально-правові аспекти надання медичної допомоги хворим з БАС ґрунтуються на безпосередній і активній участі у лікувальному процесі пацієнта та його родичів, що дозволяє неврологу визначитися зі стратегією і тактикою лікування, прийняттям оптимального клінічного рішення. Отже, якість неврологічної допомоги при БАС, насамперед, залежить від взаємовідносин і узгодженої діяльності між хворим, його сім'єю та лікарем.

УДК 616.831:612.014.426

*О. М. Биневская, О. Ю. Алексева, Ю. В. Аристов*  
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
 НАМН Украины» (г. Харьков)

#### **ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕОМАГНИТНЫХ УСЛОВИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ РАВНОВЕСИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ПО ДАННЫМ СТАБИЛОГРАФИИ**

Поддержание вертикальной позы является важным аспектом жизнедеятельности человека. Известно, что система равновесия чутко реагирует на целый ряд факторов внешней и внутренней среды, отражая общий уровень адаптации организма.

Проводился ежедневный мониторинг состояния функции равновесия в группе больных (30 человек) при помощи компьютерной стабیلлографии. Всего было проведено 263 стабیلлографических исследования (СТГ) с применением стандартных функциональных проб. Оценивали изменения коэффициента качания (Кк), которые сопоставлялись с данными возмущения геомагнитного поля Земли (Кр-индекс). Как магнитнеблагоприятные события были отмечены: а) сутки с суммарным значением Кр-индекса более 20; б) сутки, в течение которых фиксировались значения 3-часового Кр-индекса свыше 5,67; в) геомагнитные «штильи» — сутки, в течение которых значения 3-часового Кр-индекса не превышали 2.

У каждого больного нами были выделены по два наибольших показателя Кк в позе Ромберга с вытянутыми до уровня плеч руками (КкПР), а также по два наибольших усредненных Кк по всем прогам в рамках каждого исследования (здесь — КкСр), которые характеризовали моменты наихудшего состояния функции равновесия за весь период обследования. Было отмечено, что в 100 % случаев эти показатели Кк были связаны с магнитнеблагоприятными днями.

Большинство случаев пониженной устойчивости (ухудшения поддержания равновесия) у обследованных нами больных

непосредственно совпадало с магнитнеблагоприятными днями, причем преимущественно с периодами геомагнитного «штиля». Так, 40 % вышеописанных наблюдений ухудшения функционального состояния системы равновесия по результатам КкПР и 53 % — по результатам КкСр приходилось на дни геомагнитного «штиля». На дни геомагнитного возмущения приходилось 25 % и 23 % случаев соответственно. Итого, непосредственно на магнитнеблагополучные дни приходилось 65 % случаев ухудшения показателя КкПР и 76 % — КкСр. Запаздывающие реакции (на один день) отмечались соответственно в 6 % и 5 % случаев, а опережающие (на один день) — в 8 % и 12 % случаев. Следует отметить, что моменты ухудшения статики у больных могли приходиться также на особые «промежуточные» магнитоспокойные дни, до и после которых в течение суток регистрировались магнитнеблагоприятные события. На такие дни приходилось 10 % и 18 % случаев ухудшения устойчивости по значениям КкПР и КкСр соответственно. Значимых различий между реакциями больных с различными формами энцефалопатий не выявлено.

Степень ухудшения функционального состояния системы равновесия при магнитнеблагоприятных ситуациях у обследованных больных была достаточно выраженной (в среднем Кк увеличивался на 52,2 %).

Полученные нами результаты позволяют утверждать, что система равновесия у больных с энцефалопатиями различного генеза имеет высокую геомагнитотропную реактивность, что необходимо учитывать при коррекции проводимой терапии, с учетом напряжения адаптационных механизмов, обусловленного, в том числе, и изменениями геомагнитной ситуации.

УДК 616.8/89.001.8

*Биттерлих Л. Р.*

*КУ «Сумская областная детская клиническая больница»  
 (г. Сумы)*

#### **КОМПЬЮТЕРНАЯ БАЗА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МОНОТЕРАПИИ В НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ**

Доказательная медицина открывает возможность сравнительной количественной оценки действия отдельных лекарств на отдельные болезненные признаки. Вместе с тем, растущий объем информации превышает возможности долговременной памяти врача, а реализация накопленных данных при выборе лечения ограничена оперативными возможностями человеческого мозга.

Несмотря на большое количество справочных компьютерных программ по фармакотерапии, отсутствуют программы по подбору лечения сочетания болезней у конкретных больных. Нами создана и постоянно пополняется компьютерная база данных «Нейрофарм». На момент подготовки публикации программа содержит информацию об использовании 465 лекарств для лечения 352 неврологических и психических синдромов и болезненных признаков. Кроме того, в базу данных введены данные о действии этих нейрофармакологических препаратов на 178 соматических болезней и синдромов.

Данные доказательной медицины позволяют оценивать действие отдельного лекарства на отдельный болезненный признак с помощью используемой нами 8-балльной шкалы. Также в базу данных вводятся противопоказания (абсолютные и относительные) для использования лекарств.

Практическая реализация информационного массива, накопленного мировой медициной и введенного в базу данных, осуществляется врачом путем просмотра на дисплее систематизированного по рубрикам списка синдромов и болезней. При этом врач отмечает болезненные признаки, диагностированные у конкретного пациента, оценивая их значимость для выбора лечения по двухбалльной шкале. После этого, по команде врача, программа выдает список лекарств, показанных для лечения сочетания болезненных признаков у данного больного. Список ранжирован по баллам от наиболее эффективных лекарств к менее эффективным у данного больного. Врач при выборе препарата из списка может воспользоваться дополнительной информацией в программе о дозах и возрастных ограничениях, стоимости и доступности различных препаратов одного лекарства. Пациенту на руки выдается распечатка подобранного лечения с указанием об ожидаемом эффекте выбранного лекарства на предъявленные им жалобы, что обеспечивает комплаенс и экономит время врача.

Было проведено сравнение между двумя группами детей, пролеченных в неврологическом отделении. Выбор лекарств