

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, ентерального 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 пробам 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 (ухудшение 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

для лечения комбинированной неврологической, психической и соматической патологии в первой группе из 140 детей в 2006 году был проведен в обычном порядке, а во второй группе из 105 детей в 2008 году — с помощью компьютерной программы «Нейрофарм». Показатель «общее число заболеваний (диагнозов) / количество пациентов» не отличался в двух группах (2,60 и 2,56 соответственно). В 2006 году среднее количество лекарств, принимаемых одним больным на протяжении курса лечения, равнялось 6,3. Внедрение компьютерной программы «Нейрофарм» позволило снизить этот показатель в 2008 году до 4,6 без ухудшения эффективности лечения. Исследование показало значительную разницу между двумя группами в количестве принятых лекарств (27 %).

Таким образом, компьютеризация позволяет нивелировать полипрагмазию, неизбежную при формулярном подходе в случае лечения сочетания болезней у конкретного больного, и является научной альтернативой эрзац-медицине протоколов в неврологии и психиатрии.

УДК 616.858-008.6:612.398.12-07

Богданова І. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

ОЦІНКА ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ КРОВІ ПРИ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Важливе значення у формуванні функціональної активності білків належить просторовій структурі поліпептидних ланцюгів, утвореної за допомогою водневих зв'язків, електростатичних сил та Ван-дер-Ваальсової взаємодії. Це дає змогу білкам згортатися в унікальну компактну, високоорганізовану та функціонально-активну структуру. Різноманітні фактори ендогенної та екзогенної природи можуть змінювати конформаційні властивості білкових молекул. Перспективним методичним підходом для ранньої діагностики функціональної активності білків сироватки крові може стати вимірювання інтенсивності фосфоресценції. Відомо, що природними хромофорами білків є тирозини та триптофани залишки амінокислот, які оголюються за умов втрати компактної структури білкової молекули. Тобто, підвищення інтенсивності фосфоресценції спостерігається, коли білки перебувають в інактивованому стані, при значному розгортанні компактних структур.

Проведена оцінка інтенсивності фосфоресценції сироватки крові у хворих на хворобу Паркінсона (ХП) та в групі контролю (умовно здорових). Інтенсивність фосфоресценції сироватки крові контрольної групи була при довжині хвилі збудження 297 нм в межах від 3000 до 3500 імп/с, при 313 нм — від 280 до 350 імп/с, при 334 нм — від 600 до 700 імп/с, при 365 нм — від 1700 до 1800 імп/с, при 404 нм — від 450 до 550 імп/с, при 434 нм — від 550 до 650 імп/с. У хворих на ХП найбільш суттєвим збільшення інтенсивності фосфоресценції було виявлено при довжині хвилі 297 нм, 404 нм та 434 нм. Так, інтенсивність фосфоресценції сироватки перебігу ХП статистично значуще ($p < 0,001$) збільшувалася відповідно на 32 %, 51 % та 28 %; при середній тяжкості — на 47 %, 76 % та 56 %; при тяжкому перебігу — на 98 %, 117 % та 99 % порівняно з контролем. Отримані результати свідчать про наявність у хворих на ХП реакційно-здатних молекул з високими рівнями електронних збуджених станів. При легкому перебігу ХП відбувається, ймовірно, часткова вільнорадикальна модифікація білків, при середній тяжкості — розгортання цього процесу, а при тяжкому — його значний напружений стан з глибокою перебудовою структури білків, вивільненням фосфоресцюючих амінокислотних залишків тирозину та триптофану. Виникнення значної кількості молекул у триплетному стані може вказувати на гальмування процесів біоенергетики, неефективне використання організмом енергії (її значне розсіювання у вигляді тепла), зниження продукції АТФ, що є характерним для мітохондріальної патології. Динамічне збільшення інтенсивності фосфоресценції сироватки крові в процесі формування тяжкості перебігу хвороби свідчить про порушення конформаційної структури білків, наявність мембранної патології завдяки розгортанню вільнорадикальних процесів.

Для з'ясування впливу леводопатерапії на активність процесів окисної модифікації білків проведено аналіз результатів інтенсивності фосфоресценції сироватки крові при її наявності та відсутності. Достовірно значуща ($p < 0,001$) різниця між показниками груп з наявністю та відсутністю леводопатерапії виявилася лише для довжини хвилі збудження 297 нм, тобто леводопатерапія практично не знімає напруженого стану процесів вільнорадикальної модифікації білків.

Таким чином, хвороба Паркінсона характеризується підвищенням вільнорадикальної модифікації білків крові з порушенням їх компактної високоорганізованої структури та біологічної активності, що підтверджується суттєвим підвищенням інтенсивності фосфоресценції сироватки крові. Визначення інтенсивності фосфоресценції дозволяє діагностувати наявність протеїнопатії вже на ранній стадії ХП.

УДК 616.831-005.1:616.1-071

Бокатуєва В. В.

Центральна клінічна лікарня «Укрзалізниця»

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ «ФАТАЛЬНЫХ» КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

Болезни сердца после артериальной гипертензии занимают второе место в структуре факторов риска развития мозгового инсульта. Среди заболеваний сердца, которые приводят к развитию мозговых инсультов, наиболее значимой является фибрилляция предсердий (ФП). Около 25—30 % всех ишемических инсультов (ИИ) вызваны ФП. Несмотря на большое количество исследований, посвященных кардиоэмболическому инульту (КЭИ), многие вопросы клинико-патогенетических особенностей остаются не до конца ясными.

Цель настоящего исследования — изучить клинические особенности фатальных КЭИ.

В исследование было включено 18 фатальных случаев КЭИ, вызванных ФП. Среди больных преобладали мужчины — 11 (61,2 %), женщины — 7 случаев (38,8 %). Возраст пациентов варьировал от 54 до 86 лет и в среднем составил 69,3 года. Причем, средний возраст женщин составлял 77,5 лет, мужчин 70,2 года. Всем пациентам проводили общеклиническое обследование, включающее в себя сбор анамнеза с учетом факторов риска возникновения инсульта, учет времени появления и динамику первых симптомов заболевания, объективную оценку степени нарушения сознания по шкале Глазго, определение степени тяжести инсульта по шкале NIHSS. Проводили кардиологическое обследование: ЭКГ, эхокардиография, осмотр кардиолога; УЗДГ. Всем больным проведены МРТ или КТ головного мозга (спиральный компьютерный томограф SELECT). Всем больным проведено патологоанатомическое исследование. Наши исследования показали, что средняя продолжительность жизни женщин при «фатальных» КЭИ — 11 дней, мужчин — 10 дней. По нашим данным женщины чаще страдали постоянной формой ФП, чем мужчины (соответственно 6 и 5 случаев). Исходный уровень нарушения сознания по шкале ком Глазго при пароксизмальной форме ФП варьировал от 4 до 15 баллов и в среднем составил 8,71 балла. Исходный уровень нарушения сознания по шкале ком Глазго при постоянной форме ФП так же варьировал от 4 до 15 баллов и в среднем составил 10,9 балла. Более тяжелое начало ишемического инсульта наблюдалось у больных с пароксизмальной формой ФП. При проведении нейровизуализации наиболее часто выявляемые локализации патологического очага: субтотальный инфаркт левого полушария — 7; бассейн правой средней мозговой артерии (ПСМА) — 4; бассейн левой СМА — 3; субтотальный инфаркт правого полушария — 2; бассейн правой ЗМА — 1; мост — 1.

Таким образом выявлено, что левая средняя мозговая артерия (ЛСМА) при КЭИ, обусловленном ФП, поражается чаще, чем у больных без ФП. ЛСМА в равной степени эмболизировалась как мелкими, так и крупными эмболическими фрагментами, в то время как правая СМА эмболизировалась меньшими эмболическими частицами. Это объясняет наличие более выраженного неврологического дефицита при локализации ишемии в этом бассейне, однако существенных различий в размерах ишемического очага между бассейнами средних мозговых артерий левой и правой сторон не выявлено.

В проведенном исследовании при сравнительном анализе нарушения ритма сердечной деятельности наиболее тяжелое течение заболевания наблюдалось у больных с постоянной ФП, хотя позиция пароксизмальной формы ФП в возникновении КЭИ лидирующая. Очевидно, что среди имеющегося многообразия нарушений сердечного ритма только при ФП создаются условия для тромбообразования в полости левого предсердия. Более высокая смертность среди больных, перенесших инульт, отмечается при постоянной форме мерцательной аритмии.

Следовательно, частота возникновения КЭИ по мере старения популяции возрастает. Наиболее частая локализация ишемического очага в бассейне ЛСМА и наличие нарушения сердечного ритма, особенно постоянной ФП, являются прогностически