нарушенных двигательных паттернов. Для объективизации которых был применен метод поверхностной интерференционной миографии с измерением амплитуд максимальной произвольной активации паретичных мышц, вычислением коэффициентов адекватности (КА) и реципрокности (КР).

Оценка адекватности активации мышц позволяет характеризовать мышцу при различных формах ее активации — произвольной и непроизвольной. Оценка координационных отношений мышц позволяет оценить взаимоотношения между произвольно активируемыми и находящимися в относительном покое мышцами. Так, в период произвольного напряжения мышцы-разгибателя, мышца-сгибатель непроизвольно реципрокно активируется. Эта амплитуда сгибателя минимальна по сравнению с амплитудой активности мышцы в период ее произвольного максимального напряжения. Отношение амплитуды мышцы в период ее непроизвольной активации (при активном максимальном напряжении антагониста) к амплитуде этой же мышцы в режиме максимального произвольного напряжения называют коэффициентом адекватности. Координационные отношения мышц выражают с помощью коэффициента реципрокности. КР характеризует взаимодействие мышц-антагонистов, рассчитывается для мышцы, находящейся в режиме антагонистического напряжения, и показывает степень ее активации в процентах по отношению к величине активности мышцы-агониста. Коэффициент реципрокности и адекватности в норме не превышает 15 %. В разгибателях коэффициент синергии и реципрокности выше, чем в сгибателях, как рук, так и ног.

Нами был исследован 31 больной в раннем восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта с синдромом спастического гемипареза. У всех больных на стороне пареза амплитуда максимальной произвольной активации была около уровня нижней границы нормы (300 мкВ для передней малоберцовой, икроножной мышц и мышц разгибателей и сгибателей кисти; 600 мкВ для трицепса и 1000 мкВ для бицепса), преобладали насыщенный и гиперсинхронный типы ЭМГ.

Также у всех больных наблюдалось выраженное повышение коэффициентов реципрокности и асинергии мышц для групп разгибателей (39,1 ± 7,4 %) и сгибателей (42,3 ± 9,5 %) кисти и для разгибателей (56,5 ± 11,4 %) и сгибателей стопы (47,1 ± 11,3 %) на стороне центрального пареза.

Таким образом, значение КР и КА в диапазоне 40—50 % у больных с постинсультыми гемипарезами, несмотря на относительно сохранные амплитудные значения максимальной произвольной активации исследованных групп мышц паретичных конечностей, можно считать грубым нарушением их реципрокности и синергии.

УДК 616.006.446:615.28-08-084

Головченко Ю. І., Асауленко О. І.
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика (м. Київ)

НЕЙРОТОКСИЧНИЙ ВПЛИВ ХІМІОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ЛЕЙКЕМІЮ: ПРОФІЛАКТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ ЗАХОДИ

Хіміотерапія злоякісних пухлин — це використання з лікувальною метою лікарських засобів, що гальмують проліферацію або незворотньо пошкоджують клітини пухлин. В клінічній практиці використовують більше 100 протипухлинних засобів, але їх використання можливе тільки після підтвердження діагнозу гістологічним дослідженням. У дорослих 75—80 % серед всіх лейкемій складають гострі нелімфобластні лейкози (ГНЛЛ), 20—25 % припадає на долю гострих лімфобластних лейкемій (ГЛЛ). Сучасна терапія ГНЛЛ складається з двох етапів: індукція ремісії та її консолідація. В нашій практиці найчастіше використовувалась схема з цитозина-арабінозидом 100 мг/м в/в 1-годинна інфузія 2 рази на добу в 1 та 7 день, антрацикліном (мітоксантрон) 12 мг/м 1 раз на добу короткою в/в інфузією в 1—3 день. У хворих з високим лейкоцитозом при всіх варіантах, а при М4 (мієломоноцитарний лейкоз) та М5 (монобластний лейкоз) незалежно від рівня лейкоцитозу, вже при встановленні діагнозу, як правило, в період ремісії, розвивається ураження центральної нервової системи (нейролейкемія) — ураження оболонок головного мозку з картиною специфічного менінгіту, рідше у вигляді інфільтрації окремих черепних нервів, спинного мозку. В таких випадках проводилось інтратекальне введення препаратів: метотрексат 12,5—15 мг, цитозин-арабінозид 20 мг (40 мг), преднізолон 30 мг або дексаметазон 4 мг. Інтратекальне введення проводили з інтервалом в 3 дні до отримання послідовно трьох нормальних показників складу ліквору. Після розвитку нейролейкемії, як правило, виникає розгорнутий рецидив захворювання, тому після ліквідації ознак ураження ЦНС хворому обов'язково проводили повний курс індукційної та консолідуючої терапії. Використання протипухлинних препаратів часто супроводжується розвитком побічних ефектів. Нейротоксичні прояви виникають у 20—25 % хворих.

Під нашим спостереженням перебували 56 хворих на ГНЛЛ. Периферична нейротоксичність у них була виражена периферичними вегетативними порушеннями (запор — 9 хворих, холінергічний синдром — 2 хворих, синдром Рейно у 1 хворого), сенсомоторною полінейропатією (у 35 хворих), нейропатією черепно-мозкових нервів (у 2 хворих). Центральна нейротоксичність проявлялась порушенням свідомості (сонливість, сопор у 5 хворих), психовегетативними розладами (депресія, тривожні стани, астенія, емоційна лабільність у 25 хворих), головним болем, порушенням когнітивних функцій (у 39 хворих). Для оцінки стану хворих використовували шкали та тести: шкалу MMSE, ADAS-Cog, шкалу Хачінського, NPI, CSDD опитувальник, для невропатичного болю використовували опитувальник DN4, а також оцінювальну шкалу невропатичних симптомів та ознак університету м. Лідс, візуальну аналогову шкалу болю (ВАШ) від 1 до 10 см, вербальна оціночна 4-бальна шкала використовувалась для оцінки загального стану пацієнтів, ефективності лікування. 25 хворим проводили профілактичне введення1000 мг сомаксону (цитіколіну) в/в протягом 10 діб. Контрольне обстеження через 3 тижні показало достовірне зниження вираженості нейротоксичних проявів в групі хворих, які отримували сомаксон. Лікування хворих з ознаками полінейропатії включало в себе α-ліпоєву кислоту протягом 14 діб комбінацію в/в та таблетованої форми (24 мл один раз на добу, берлітіон 600 в/в та капсула або таблетка берлітіона 300), нуклео Ц.М.Ф. 2 мл 2 рази на добу, габапентин в дозі 300 мг на ніч з поступовим збільшенням дози до 1,8 г на добу в 3 прийоми. Хворі з виявленими ознаками центральної нейротоксичності отримували 1000 мг сомаксону в/в протягом 10 діб.

Перспектива подальших досліджень полягає у пошуку методів достовірної діагностики, прогнозування, виникнення нейротоскичного впливу хіміотерапії та підбору чітких лікувальних та профілактичних заходів.

УДК 616.853-053.2 (083.74) (477.72)

Горб А. Л.
КЗ «Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня» (м. Херсон)

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕГІОНАЛЬНОГО ЗАПРОВАДЖЕННЯ ЗАГАЛЬНОЄВРОПЕЙСЬКИХ СТАНДАРТІВ ДОПОМОГИ ПРИ ЕПІЛЕПСІЯХ

За даними Комісії міжнародної ліги боротьби з епілепсією (ILAE) кожен 20-й житель планети 1 раз в житті зазнає нападу судом. У європейських країнах на 1 млн населення 10 тис. страждають на епілепсії, щорічно реєструється 20 тис. фебрильних судом, 5 тис. епілепсій, 20 тис. пароксизмів, що реєструються вперше. Кількість хворих, котрі мали один напад, становить 5—7 %. Ефективність лікування складає 75—80 %, у деяких випадках епілепсії з резистентним перебігом можуть призводити до стійких обмежень здоров'я (інвалідності).

Аналіз статистичних показників поширеності епілепсій за період 1980—2011 рр. у Херсонській області свідчить про прогресивне зростання цієї патології: захворюваність збільшилася у 4 рази (на 1 тис. дітей) — 0,14 у 1980 році, 0,56 у 2011 році; поширеність — майже в 7 разів — 0,51 у 1980 році та 3,25 у 2011 році.

З метою покращання якості лікування епілепсій у 1992 році в КЗ «Херсонська дитяча обласна клінічна лікарня» створено «Протипароксизмальний центр». У 2000 році за методологічну основу було прийнято Загальноєвропейські стандарти допомоги при епілепсії M. J. Brodia, D. Shorvon, S. Johannessen, P. Halasz, A. Raynolds, H. G. Wilf. 1998 р. ILAE.

Показання до оформлення інвалідності з приводу епілепсій регламентовано наказом МОЗ — це випадки неефективного використання комбінованої терапії, включаючи «новітні» антиконвульсанти у максимальних дозах та у хворого зберігаються «… один та більше генералізованих чи парціальних нападів на місяць, або абсанси 2—3 на тиждень».

Мета. Щодо ефективності застосування Стандартів ILAE провести аналіз статистичних показників відносно дитячих епілепсій за період 1992—2011 рр. та вивчити нозологічну структуру резистентних епілепсій.

Матеріали дослідження: статистичні звіти, історії хвороб, картки розвитку дітей.