

даные препараты учитывают механизмы эпилептогенеза, по-прежнему остается вопрос о повышении их эффективности. Известно, что ряд важных противосудорожных средств (фенитоин, карбамазепин и др.) повышает уровень серотонина в мозге (Elaine Wyllie). Речь идет о целесообразности применения триптофана как метаболитического предшественника дофамина. Большое количество триптофана организм получает с пищей. Важно обеспечить серотониновый путь его метаболизма (а не кинурениновый), для чего необходимо добавление пиридоксина и никотинамида.

Наш 19-летний опыт показал, что кроме основных базовых противосудорожных средств, больным показан прием лекарств, которые не являются классическими антиэпилептиками, но значительно снижают пароксизмальную активность мозга. К этим препаратам относятся триптофан, никотинамид, витамин В<sub>6</sub>, антиоксиданты (мексиприм и др.), антагонисты кальция, глицин (в эпилептогенных очагах отмечен дефицит данного тормозного нейромедиатора), а также группа препаратов, повышающих ГАМК мозга, способствующих симпатико-адреналовой активации, улучшающих гемодинамику мозга. Указанный комплекс может значительно повысить эффективность основных противосудорожных препаратов, улучшить память, настроение и общее состояние больных, качество их жизни. Следует подчеркнуть, что данные препараты не вызывают привыкания, появления лекарственной зависимости и существенных побочных эффектов.

Применение этого направления лечения вызывает активацию антипароксизмального механизма мозга, повышает порог судорожной активности и особенно целесообразно при фармакорезистентных формах эпилепсии.

УДК 616.831-005.1-07-06:616.857

*Дмитрієва О. В.*

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

### **Клініко-патофізіологічні механізми формування та прогресування постінсультних больових синдромів**

Мета дослідження: вивчення епідеміології, факторів ризику, клініко-патофізіологічних та нейробіологічних механізмів при больових синдромах, що виникли після перенесеного ішемічного або геморагічного інсульту.

Методи дослідження: клінічний, психодіагностичний, нейровізуалізаційний, ультразвукове дуплексне сканування, статистичний.

В процесі дослідження нами були виокремлені такі типи хронічного болю після перенесеного мозкового інсульту в обстежених хворих: центральний постінсультний біль (12,9%), больовий синдром, пов'язаний з ураженням суглобів (переважно артропатії плечового суглоба) та кістково-м'язового апарату (72,2%), головний біль (11,1%) та больова спастичність (50,0%). У одного хворого може бути кілька видів хронічного постінсультного болю, найчастіше це поєднання артралгій з больовою спастичністю, та головний біль. У хворих здебільшого (79,6%) больовий синдром виникав протягом перших 3-х місяців після перенесеного мозкового інсульту. Постінсультний біль (ПІБ) виникає поза залежністю від розміру вогнища, періоду інсульту, дещо частіше з локалізацією вогнища в таламусі та у басейні правої середньої мозкової артерії. У хворих, які перенесли інсульт з больовими синдромами, було виявлено збільшення товщини інтима — медіа, реакція на функціональне навантаження мала позитивний характер. Когнітивні порушення у цих хворих спостерігалися частіше (76,6% проти 70,0%), ніж у хворих без ознак

постінсультного больового синдрому та досягали ступеня легких і помірних розладів. Хворі з ПІБ мають вираженіший ступінь депресивних порушень порівняно з хворими без ознак ПІБ. Поєднання хронічного болю та депресивних розладів в післяінсультному періоді призводить до формування особливого стану, в основі якого лежить «хибне коло», де біль та депресія потенціюють один одного. З урахуванням різних патогенетичних механізмів формування ПІБ розроблені лікувально-профілактичні заходи, спрямовані на усунення больового синдрому та запобігання прогресуванню захворювання. Препарат Мідостад комбі під час лікування показав свою високу безпечність, добру переносимість та ефективність. Включення препарату Мідостад комбі до базової терапії 1,0 мл внутрішньом'язово 1 раз на день протягом 14 днів, а при виражених геміпарезах — 1,0 мл двічі на день значно знижує ступінь спастичності, у хворих в поєднанні з больовим синдромом крупних суглобів досить швидко знижує больовий синдром та покращує обсяг рухів в плечі, коліні завдяки міорелаксуючій та анальгезуючій дії. Застосування препарату Мідостад комбі значно поліпшує денну активність хворих з ПІБ, та зменшує ступінь інвалідності хворих за шкалою Бартеля. Мідостад комбі дозволяє застосувати комбінації з препаратами інших груп (Раптен 3,0 в/м 10 днів). Включення цієї комбінації препаратів в комплексне лікування больового синдрому у плечі у постінсультних пацієнтів приводило до досить швидкого зменшення больового синдрому з наростанням обсягу рухів у плечі внаслідок міорелаксуючого, протизапального та анальгезуючого ефектів. Можна рекомендувати комбінацію препарату Мідостад комбі та Раптен для досягнення кращого клінічного ефекту у постінсультних хворих з больовим синдромом у плечовому суглобі.

УДК 616.831.2-089.5-31.81

*С. С. Дубівська*

*Харківський національний медичний університет  
(м. Харків)*

### **Визначення способу корекції когнітивних змін у післяопераційному періоді у хворих з ургентною хірургічною патологією**

Метою цього дослідження є оцінення впливу загальної анестезії на стан когнітивної функції хворих хірургічного профілю різного віку з подальшим розробленням методів її корекції шляхом удосконалення методів інтенсивної терапії. Дослідження було проведено у хірургічних відділеннях на базі Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова. Оперативне втручання проводили в умовах загальної багатокomпонентної анестезії з штучною вентиляцією легень з використанням пропофолу та фентанілу, тіопенталу натрію та фентанілу.

Для досягнення цієї мети нами було проведено дослідження когнітивної сфери у 75 хворих молодого віку та 80 хворих похилого та старечого віку з гострою хірургічною патологією — до операції та на 1, 7, 30 добу після операційного втручання порівняно з передопераційним періодом. Дослідження когнітивної сфери: шкала MMSE, тест малювання годинника, тест А. Р. Лурія, шкала FAB, метод Шульце.

В передопераційний період у хворих молодого віку, за даними MMSE, показник був нижче норми на 9,0%, у хворих похилого віку — на 23,3%. Показники тесту малювання годинника у пацієнтів молодого віку були у межах норми, у пацієнтів похилого віку — нижчими на 10,0%. За шкалою FAB у пацієнтів молодого віку показники нижче на 5,5%, похилого віку — на 16,6% від норми. За методикою А. Р. Лурія ре-