

А. А. КОЗЬЛКИН, А. А. КУЗНЕЦОВ

Запорожский государственный медицинский университет

Клинико-электроэнцефалографические аспекты прогнозирования летального исхода в острый период мозгового ишемического супратенториального инсульта в дебюте заболевания

Цель работы — разработать математическую модель для прогнозирования летального исхода в острый период (ОП) мозгового ишемического супратенториального инсульта (МИСИ) на основании клинических данных и параметров спектрального анализа биоэлектрической активности (СА БЭА) головного мозга (ГМ) в дебюте заболевания.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное проспективное когортное исследование, которое предусматривало комплексное клинико-параклиническое обследование 120 больных (71 мужчина и 49 женщин, средний возраст — $(67,8 \pm 0,8)$ года) в ОП МИСИ в каротидном бассейне. Диагноз МИСИ устанавливали на основании клинических критериев и результатов компьютерной томографии ГМ. Всем пациентам проводили оценку по шкале ком Глазго, шкале ком Full Outline of UnResponsiveness (FOUR), шкале инсульта NIH в 1-е, на 3, 5, 10, 21-е сутки заболевания. Функциональное состояние ГМ оценивали на 2-е—3-и сутки МИСИ с помощью компьютерной электроэнцефалографии, при этом отдельно для пораженного и интактного полушарий рассчитывали параметры СА БЭА ГМ. Для разработки математических моделей использовали бинарную логистическую регрессию и ROC-анализ.

Результаты. Летальный исход зафиксирован у 13 (10,8%) больных в ОП МИСИ. Наибольшая точность прогнозирования (Concordant — 98,2%) выявлена у математической модели, которая включает следующие предикторы: значение суммарного балла по шкале ком FOUR на 3-и сутки МИСИ и относительную спектральную мощность ритмов δ -диапазона интактного полушария на 2-е—3-и сутки заболевания. Уровень значимости (p) критерия Хосмера — Лемешова составил 0,9396, показатель площади под ROC-кривой — 0,982, что свидетельствует о высоком соответствии полученной математической модели с реальными данными. Определена точка отсечения (cut-off) значения β -уравнения бинарной логистической регрессии, которая позволяет прогнозировать летальный исход в ОП МИСИ с оптимальным соотношением параметров чувствительности (92,3%) и специфичности (94,4%).

Выводы. Применение разработанной математической модели позволяет достоверно идентифицировать пациентов с неблагоприятным витальным прогнозом исхода в ОП МИСИ, что способствует своевременному принятию обоснованных лечебно-тактических решений у данного контингента больных.

Т. В. КОЛОСОВА, Е. И. АСАУЛЕНКО

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

Применение нестероидных противовоспалительных препаратов в комплексной терапии вертеброгенных болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации

Цель работы — изучить эффективность и безопасность ацеклофенака в комплексном лечении пациентов с вертеброгенными рефлекторными болевыми синдромами пояснично-крестцового отдела позвоночника по сравнению с терапией диклофенаком натрия.

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов (31 женщина, 17 мужчин) с вертеброгенной люмбагией/люмбоишиалгией, сопровождающейся умеренным болевым синдромом. Средний возраст пациентов — $(53,8 \pm 3,9)$ года. В I группе (28 больных) на фоне традиционной терапии (дегидратирующей, витаминотерапии, физиотерапии) назначали ацеклофенак перорально в дозе 200 мг/сут, во II группе (20 пациентов) — диклофенак натрия перорально в дозе 150 мг/сут. Для оценки болевого синдрома использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), для изучения объема активных движений — шкалу оценки вертебро-неврологической симптоматики (А.И. Белова и соавт., 2002), выраженности рефлек-

торного сколиоза — пробы Шобера и Томайера. Влияние боли на самообслуживание определяли по опроснику Освестри. Оценивали переносимость и профиль безопасности. Исследования проводили до лечения, через 5 и 14 дней наблюдения.

Результаты. После курса лечения (в среднем — $(14,7 \pm 0,2)$ койко-дня) болевой синдром был купирован. Достоверно снизились показатели ВАШ до уровня «слабого» болевого синдрома: $(2,0 \pm 0,3)$ и $(1,9 \pm 0,3)$ см в I и II группе соответственно ($p < 0,05$). Увеличился объем движений в поясничном отделе позвоночника: в I группе показатели пробы Шобера повысились с $(2,3 \pm 0,3)$ до $(4,1 \pm 0,3)$ см ($p < 0,05$), во II группе — с $(2,7 \pm 0,3)$ до $(4,2 \pm 0,3)$ см ($p < 0,05$), показатели пробы Томайера понизились соответственно с $(26,5 \pm 2,6)$ до $(12,7 \pm 1,4)$ см ($p < 0,05$) и с $(25,7 \pm 2,2)$ до $(14,2 \pm 1,4)$ см ($p < 0,05$). По данным опросника Освестри качество жизни пациентов повысилось — показатель самообслуживания снизился до уровня «легких» нарушений —

соответственно ($13,7 \pm 2,3$) и ($3,3 \pm 2,5$) балла ($p < 0,05$). Эффективность терапии с использованием ацеклофенака была оценена по шкале общего клинического впечатления ($2,5 \pm 0,1$) балла (при максимальном значении 3 балла). «Значительное улучшение» отметили 43 % пациентов, «улучшение» — 52 %, «незначительное улучшение» — 5 %. Эффективность терапии во II группе — ($2,4 \pm 0,1$) балла. «Значительное улучшение» наблюдали в 40 %, «улучшение» — в 55 %, «незначительное улучшение» — в 5 % случаев. Таким образом, в

I и II группах «улучшение» и «значительное улучшение» составило 95 % случаев. У 5,2 % пациентов I группы и 6,4 % — II зафиксированы побочные реакции (диарея, абдоминальные боли, тошнота), которые не привели к отмене препаратов.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о сопоставимой клинической эффективности ацеклофенака и диклофенака натрия в лечении вертеброгенных люмбалгий/люмбоишалгий при клинически лучшем профиле переносимости ацеклофенака.

Т. В. КОЛОСОВА¹, Е. И. АСАУЛЕНКО¹, Ю. И. ГОЛОВЧЕНКО¹, Е. В. ХАРИТОНОВА²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины, Киев

²Поликлиника № 2 Святошинского района г. Киева

Сравнение клинической эффективности и безопасности препаратов ацеклофенака и ибупрофена в комплексной терапии головной боли напряжения

Цель работы — сравнить клиническую эффективность и безопасность препаратов ацеклофенака и ибупрофена в комплексной терапии головной боли напряжения.

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов (27 женщин, 13 мужчин) с частой эпизодической головной болью напряжения. Средний возраст пациентов — ($39,8 \pm 3,9$) года. Диагноз устанавливали согласно критериям Международной ассоциации головной боли (2004). Количество приступов головной боли у пациентов составляло от 5 до 14 в месяц (в среднем — ($9,8 \pm 2,2$) приступа). Длительность заболевания — от 1 года до 7 лет, в 37 % случаев — более 3 лет. На фоне традиционной терапии (миорелаксанты, антидепрессанты, физиотерапевтические методы, лечебная гимнастика, направленная на расслабление мышц шеи и головы, аутогенная тренировка) в 1-й группе ($n = 22$) для купирования приступа головной боли назначали ацеклофенак в дозе 100 мг (при необходимости доза могла быть увеличена до 200 мг/сут); во 2-й ($n = 18$) — ибупрофен в дозе 400 мг (суточная доза могла быть увеличена до 1200 мг). Пациентам проводили неврологическое, общие лабораторные, в ряде случаев — инструментальные исследования (спондилография шейного отдела позвоночника, магнитно-резонансная томография головного мозга). Для оценки болевого синдрома использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), для характеристики психоэмоционального состояния — шкалу Спилбергера—Ханина. Эффективность терапии определяли с помощью шкалы общего клинического впечатления. Оценивали также безопасность указанных препаратов. Обследование пациентов проводили в 1-е и на 30-е сутки наблюдения.

Результаты. До начала лечения пациентов беспокоили двусторонние головные боли сжимающего характера умеренной интенсивности: ($5,5 \pm 2,2$) см по ВАШ в 1-й группе, ($5,2 \pm 2,2$) см — во 2-й. Большинство пациентов находились в состоянии тревоги, о чем свидетельствовали показатели шкалы Спилбергера—Ханина: ситуационная тревожность в 1-й группе — ($38,6 \pm 2,4$) балла, во 2-й — ($36,3 \pm 2,4$) балла, личност-

ная тревожность — соответственно ($51,4 \pm 2,5$) и ($53,1 \pm 2,5$) балла. В конце курса лечения (на 30-е сутки) отмечены положительные результаты у пациентов с головной болью напряжения в обеих группах: уменьшились частота, выраженность и продолжительность приступов головных болей, а также тревожность. При этом пациенты 1-й группы реагировали на лечение, включающее ацеклофенак, значительно лучше — динамика показателей используемых шкал была достоверно выше. В 1-й группе показатели ВАШ достоверно снизились в среднем до ($1,8 \pm 2,2$) см ($p < 0,05$), а во 2-й — до ($2,8 \pm 2,2$) см ($p < 0,05$). После курса лечения у пациентов обеих групп выявлено снижение тревожности, о чем свидетельствуют результаты тестирования с использованием шкалы Спилбергера—Ханина, однако только в 1-й группе показатель ситуационной тревожности достоверно снизился до ($33,7 \pm 2,4$) балла ($p < 0,05$). Эффективность терапии в группе с использованием ацеклофенака была оценена по шкале общего клинического впечатления в ($2,7 \pm 0,1$) балла (при максимальном значении 3 балла). «Значительное улучшение» отметили 41 % пациентов (9 больных), «улучшение» — 54 % (12 пациентов), «незначительное улучшение» — 5 % (1 пациент). Эффективность терапии, включающей ибупрофен, составила ($2,5 \pm 0,1$) балла, при этом «значительное улучшение» отмечено в 34 % случаев (6 пациентов), «улучшение» — в 55 % (10 пациентов), «незначительное улучшение» — в 11 % (2 пациента). Таким образом, в 1-й группе «значительное улучшение» и «улучшение» составило 95 % случаев и превысило показатели 2-й группы — 89 %, при этом в 1-й группе показатели «незначительное улучшение» были ниже, чем во 2-й, — 5 и 11 % соответственно. За период лечения у 8,2 % пациентов 1-й группы и у 7,4 % 2-й примененные исследуемые препараты вызвали побочные реакции в виде тошноты, изжоги, абдоминальных болей.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о более высокой клинической эффективности препарата ацеклофенака в комплексном лечении головных болей напряжения. Профиль безопасности ацеклофенака сопоставим с таковым ибупрофена.