

ет на постепенное затухание деструктивных процессов в головном мозге. В острейший и острый период инсульта установлены отличия в содержании пептидной и нуклеотидной фракций МСМ. В острейший период уровень нуклеотидной фракций МСМ при длине волны 254 нм составлял  $(0,20 \pm 0,08)$  усл.ед. с последующим снижением на 5—10-е сутки после инсульта до  $(0,13 \pm 0,09)$  усл.ед., тогда как содержание пептидной фракции было примерно одинаковым и составляло  $0,19—0,18$  усл.ед. в оба срока наблюдения.

**Выводы.** Высокий уровень МСМ в сыворотке крови больных инсультом в острый и отдаленный период отражает состояние некро-апоптотических процессов в клетках головного мозга. Основная часть ДНК в клетках головного мозга при инсульте разрушается и попадает в кровь в течение первых 5 дней. Белковые структуры клеток разрушаются достаточно медленно, о чем свидетельствует сохранение повышенного уровня пептидной фракции МСМ через 5 суток после инсульта.

I. С. ЛОБАНОВА

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

## Якість життя пацієнтів з гострим розсіяним енцефаломієлітом

**Мета роботи** — оцінити якість життя (ЯЖ) хворих з гострим розсіяним енцефаломієлітом та визначити сфери життєдіяльності, які страждають найбільше у зв'язку з розвитком захворювання.

**Матеріали і методи.** Оглянуто 45 пацієнтів з діагнозом «гострий розсіяний енцефаломієліт» (10 чоловіків та 35 жінок) віком від 15 до 53 років (середній вік —  $(32,0 \pm 0,4)$  року). Оцінку ЯЖ пацієнтів проводили з використанням опитувальників Functional Limitation Profile і Sickness Impact Profile-68.

**Результати.** У пацієнтів з гострим розсіяним енцефаломієлітом порушення функціонального стану, за даними тесту Functional Limitation Profile, найчастіше реєстрували у 3 категоріях: «робота» (86 % випадків), «відпочинок та розваги» (84 % випадків), «соціальна взаємодія» (82 % випадків), рідше спостерігали зміни у категоріях «ведення домашнього господарства» (80 % випадків), «догляд за тілом і рухи» (78 % випадків), «хода» (74 % випадків), «ясність свідомості» (70 % випадків), «сон та відпочинок» (38 % випадків). Найрідше

зміни фіксували у категоріях «спілкування» (22 % випадків), «емоції» (32 % випадків), «їжа» (32 % випадків). Згідно з результатами тесту Sickness Impact Profile-68 порушення функціонального стану найчастіше реєстрували у категорії «соціальна поведінка» (84 % випадків), рідше — у категоріях «соматична автономія» (70 % випадків), «психічна автономія і комунікація» (60 % випадків). Найрідше фіксували зміни у категоріях «контроль рухів» (50 % випадків), «емоційна стабільність» (44 % випадків), «ступінь мобільності» (44 % випадків). Найбільший рівень змін щодо максимально можливого бала відзначено у категорії «соціальна поведінка», а найменший — у категорії «соматична автономія».

**Висновки.** Результати аналізу ЯЖ пацієнтів з гострим розсіяним енцефаломієлітом свідчать про суттєві зміни їх функціонального стану, зумовлені захворюванням. Наявність захворювання найбільше впливає на соціальну сферу життєдіяльності (зниження якості роботи та відпочинку), найменше — на емоційний стан.

С. А. МЕДВЕДКОВА

Запорожский государственный медицинский университет

## Эффективность комбинированной нейрометаболической терапии в ранний восстановительный период мозгового ишемического полушарного инсульта

Одной из актуальных проблем современной неврологии является диагностика и лечение больных с мозговыми инсультами (МИ). Это обусловлено их большой распространенностью, заболеваемостью, инвалидизацией и смертностью вследствие МИ. Показатели заболеваемости и смертности от МИ отличаются в разных странах. В Украине ежегодно регистрируют около 100—120 тыс. новых случаев инсульта, а смертность от него в 2—3 раза выше, чем в развитых странах мира. Инсульт — основная причина инвалидизации выживших пациентов. К работе возвращаются только 20 % лиц, перенесших инсульт, около 25 % остаются глубокими инвалидами и нужда-

ются в постороннем уходе. Разработка и апробация комплексных реабилитационных мероприятий, включающих фармакологические и нефармакологические методы лечения, способствующих восстановлению нарушенных функций, социальной и медицинской адаптации больных, являются актуальными заданиями современной неврологии.

**Цель работы** — оценить эффективность комбинированной нейрометаболической терапии в ранний восстановительный период мозгового ишемического полушарного инсульта (МИПИ).

**Материалы и методы.** В клинике нервных болезней Запорожского государственного медицинского

университета проведено комплексное клинико-инструментальное обследование и лечение 81 больного (56 (69,1 %) мужчин и 25 (30,9 %) женщин) в ранний восстановительный период МИПИ. Средний возраст больных —  $(57,48 \pm 1,1)$  года. На 10, 30, 90 и 180-е сутки заболевания проводили оценку объективного и неврологического статуса пациента. Оценивали степень тяжести МИПИ по шкале NIHSS, уровень инвалидизации и функциональной независимости по модифицированной шкале Ренкина (МШР), индекс Бартел (ИБ). Применяли компьютерную томографию, ультразвуковую доплерографию магистральных артерий головы, электроэнцефалографию, общеклинические и биохимические анализы.

**Результаты.** У 36 (44,4 %) больных диагностирован атеротромботический подтип инсульта, у 35 (43,2 %) — лакунарный, а у 10 (12,3 %) — невыясненной этиологии. В дебюте заболевания у большинства (88,9 %) больных был только очаговый дефицит, у остальных имело место сочетание общемозгового дефицита с очаговым. Темп развития заболевания у 66,7 % пациентов был постепенным с дебютом в активное время суток (77,8 % случаев). При скрининговом тестировании на 10-е сутки заболевания выявлено, что средний суммарный балл по шкале NIHSS составил 5,44 балла, по МШР — 2,81 балла, ИБ — 69,14. Пациенты путем корректной рандомизации по степени тяжести (NIHSS), функциональной независимости (МШР) и уровню самообслуживания

(ИБ) были распределены на две клинические группы в зависимости от схемы терапии. В 1-ю группу вошли 60 пациентов, у которых в сочетании с другими препаратами и методами лечения согласно стандартов использовали комбинацию Цераксона в дозе 2000 мг/сут и Актовегина в дозе 1000 мг/сут, а во 2-ю группу — 21 пациент, которым назначали Актовегин в дозе 1000 мг/сут в течение 20 дней. Отмечена достоверная динамика восстановления клинико-неврологических нарушений по шкале NIHSS на 30, 90 и 180-е сутки заболевания в обеих группах (в 1-й —  $(3,75 \pm 0,31)$ ,  $(2,48 \pm 0,27)$  и  $(1,80 \pm 0,23)$  балла, во 2-й —  $(3,57 \pm 0,56)$ ,  $(2,86 \pm 0,43)$  и  $(2,71 \pm 0,44)$  балла соответственно). В группе применения комбинации Цераксона и Актовегина, эти показатели были лучше ( $p < 0,05$ ). Выявлена положительная динамика уровня инвалидизации (МШР) и функциональной независимости (ИБ) в обеих группах: средний суммарный балл по МШР в 1-й группе уменьшился с  $(2,83 \pm 0,11)$  до  $(1,07 \pm 0,13)$ , а во 2-й — с  $(2,76 \pm 0,18)$  до  $(1,62 \pm 0,21)$ . На 180-е сутки в 1-й группе показатели были достоверно лучше ( $p < 0,05$ ). Различий между группами по ИБ не было ( $p > 0,05$ ).

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют об эффективности комбинированной нейрометаболической терапии (Цераксон и Актовегин) и позволяют рекомендовать ее для включения в комплекс реабилитационных мероприятий в ранний восстановительный период МИПИ.

В. С. МЕЛЬНИК

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

## Потенційні ризики та переваги застосування низькомолекулярного гепарину в гострий період ішемічного інсульту

**Мета роботи** — за результатами аналізу даних щодо застосування надропарину кальцію для профілактики тромботичних ускладнень у хворих на ішемічний інсульт установити вплив такої терапії на смертність та динаміку неврологічного дефіциту впродовж перших 14 днів захворювання.

**Матеріали і методи.** Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження 82 пацієнтів (43 жінок та 39 чоловіків; середній вік —  $(73,24 \pm 10,20)$  року) у гострий період ішемічного інсульту в басейні середньої мозкової артерії (СМА). Пацієнтів розподілили на дві групи: основну ( $n = 42$ ), в якій з метою профілактики тромботичних ускладнень застосовували надропарину кальцій по 2850 МО анти-Ха-фактора підшкірно двічі на добу в період з 1-ї до 10-ї доби захворювання, та контрольну ( $n = 40$ ), в якій застосовували немедикаментозні методи профілактики тромботичних ускладнень. Програма дослідження передбачала визначення неврологічного дефіциту в 1-шу, на 7-му та 14-ту добу захворювання за шкалою NIHSS, проведення транскраніальної доплерографії та загальноприйнятого клініко-неврологічного обстеження. За результатами аналізу отриманих даних обидві групи розподілили на дві підгрупи залежно від наявності чи відсут-

ності гемодинамічно значущого стенозу іпсилатеральної СМА. Для статистичної обробки отриманих результатів використовували  $\chi^2$ -тест Пірсона та однофакторний дисперсійний аналіз.

**Результати.** Вихідний неврологічний дефіцит у групах достовірно не відрізнявся та становив в основній групі  $(10,7 \pm 0,6)$  бала, в групі контролю —  $(10,9 \pm 0,7)$  бала ( $p = 0,925$ ). Протягом перших 14 днів захворювання в основній групі померли 6 (14,3 %), а в групі контролю — 8 (20 %) хворих ( $p = 0,492$ ). На 14-ту добу захворювання середній бал неврологічного дефіциту хворих, які вижили, достовірно не відрізнявся та становив  $(5,0 \pm 0,4)$  і  $(5,4 \pm 0,7)$  бала відповідно у хворих основної та контрольної групи ( $p = 0,659$ ). Серед пацієнтів, які отримували антикоагулянтну терапію, у 8 (19 %) діагностовано гемодинамічно значущий стеноз СМА, з них 1 (12,5 %) хворий помер. У групі контролю у 8 (20 %) хворих діагностовано стеноз СМА, з них померло 3 (62,5 %) ( $p = 0,039$ ). Геморагічних ускладнень у групах не спостерігали.

**Висновки.** Застосування низькомолекулярного гепарину впродовж перших 10 днів ішемічного інсульту з метою профілактики тромботичних ускладнень супроводжується летальністю та відновленням невро-