

при швидкому темпі прогресування хвороби (клас II, рівень B). Внутрішньовенно імуноглобулін при міастенії використовують за тими ж показаннями, що й плазмаферез. Вважається, що ефективність цих методів однакова (клас II, рівень B).

**4. Хірургічне лікування — тимектомія** — один з методів лікування міастенії, що найбільш часто застосовується.

Тимектомію зазвичай проводять за наявності доведеної тим-оми, а також пацієнтам з генералізованою міастенією при виявленні у них AchR-Ab (у віці до 50—60 років), клас II, рівень B).

УДК 616.831-005.4-036.66

*Школьник В. М., Погорелов О. В., Кальбус О. І., Бараненко О. М., Юдіна Т. В., Погорелова С. А.*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

## ОСНОВНІ НАПРЯМКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТАХ З ПОЗИЦІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ

Найбільш тяжкою та загрозовою формою серед цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) є гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК), біля 80 % яких складають ішемічні інфаркти мозку (ІІМ). Актуальність реабілітаційних заходів у пацієнтів з ГПМК визначається їх тяжкими наслідками: високою смертністю та частотою інвалідності. Базуючись на метааналізах відомих багаточисельних досліджень, на сьогодні можна сформулювати основні організаційні, фармакологічні та нефармакологічні реабілітаційні рекомендації. Для всіх пацієнтів з інсультом рекомендується направлення у спеціалізовані відділення для одержання координованої мультидисциплінарної реабілітації (клас дослідження I, рівень A). Доведено, що продовження реабілітації протягом 1 року після інсульту знижує ризик функціональних погіршень і поліпшує активність у повсякденному житті (клас II, рівень A), при цьому ранній початок реабілітації є ключовим компонентом (клас III, рівень C). Рання виписка пацієнта зі спеціалізованого відділення у випадку інсульту легкого або середнього ступеня важкості повинна супроводжуватись подальшим продовженням реабілітації мультидисциплінарно в амбулаторних умовах (клас дослідження I, рівень A). Реабілітація показана для всіх пацієнтів з інсультом, але доказова база недостатня для вибору методів терапії, особливо для найважчих пацієнтів (клас II, рівень B). Доцільно збільшувати тривалість і інтенсивність реабілітації (клас II, рівень B). Показана лікувальна фізкультура, однак оптимальний спосіб терапії неясний (клас II, рівень A), також рекомендована ерготерапія, але оптимальний спосіб проведення не є уточненим (клас II, рівень A).

Також рекомендується оцінка комунікативного дефекту, при цьому немає переконливих даних для обґрунтування специфічного лікування (клас I, рівень A). Фармакологічна терапія може використовуватися для лікування постінсультної емоційної лабільності (клас I, рівень B), в комплексі з немедикаментозною терапією також рекомендується для поліпшення настрою (клас I, рівень A).

У деяких пацієнтів проблемою є виникнення більшого синдрому центрального походження. Для лікування постінсультного невропатичного болю з певним рівнем доказовості (клас III, рівень B) показане застосування трициклічних антидепресантів. Постінсультна спастичність займає значне місце у структурі постінсультних розладів, рекомендації щодо використання препаратів, що вміщують ботулотоксин, такі: застосування можливе для лікування постінсультної спастичності, однак функціональна користь неочевидна (клас III, рівень B).

Продовжує вивчатися роль у системі реабілітаційних заходів методів активації, активізації хворих, підвищення загального рівня їх фізичної активності. Досить перспективними видаються результати застосування спеціальних лікувальних пристроїв, механотерапії, спеціальних систем, що тренують координаторні, вестибулярні аналізатори, транскраніальної та інших видів електростимуляції, магнітотерапії, рефлексотерапії. Використання більш нетрадиційних методів нейрональної ритмокорекції, ароматерапії, методів аеробного тренування, музичної терапії та інших дозволяє характеризувати їх як високоефективні, при цьому доказової бази ефективності їх застосування поки не існує.

Таким чином, за результатами огляду основних напрямків реабілітації при ІІМ можливо зробити узагальнення щодо наявності активних наукових програм розробки нових та удосконалення відомих реабілітаційних заходів у пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу.

УДК: 616.831-005.4-06:577.11

*Шкробот С. І., Мисула М. С.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет» ім. І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)*

## ВМІСТ СТАБІЛЬНОГО МЕТАБОЛІТУ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІШЕМІЧНОГО ПІВКУЛЬНОГО ІНСУЛЬТУ

Розлади мозкового кровообігу перебігають на фоні змін ендотелію. Найбільш вірогідною ланкою ендотеліальної дисфункції є система синтезу важливого ендотеліального чинника — оксиду азоту. Оксид азоту — газоподібний месенджер, що грає роль універсального модулятора різноманітних функцій організму, включаючи регуляцію дихання, підтримку імунного статусу організму, серцево-судинного гомеостазу, активності макрофагів, експресії генів, пластичності нервової тканини, пам'яті, вивільнення нейротрансмітерів. Аналіз літературних джерел показує наявність різноспрямованих змін показників ендотеліальної дисфункції у пацієнтів з ішемічним інсультом.

Мета. Оцінити вміст стабільного метаболіту оксиду азоту у хворих, що перенесли ішемічний півкульний інсульт (ІПІ).

Обстежено 60 хворих після перенесеного ІПІ. Усім хворим проведено загальноклінічне, неврологічне (шкала Ренкіна, індекс Бартеля), нейровізуалізаційне (КТ головного мозку), лабораторне (спектрофотометричний метод Гріна для визначення вмісту нітрит-аніонів у сироватці крові) дослідження. Контрольну групу склали 20 здорових осіб репрезентативних за віком і статтю з основною групою.

Середній вік пацієнтів склав  $55 \pm 2,5$  роки (від 39 до 75 років), причому, 6 (10 %) хворих було молодого віку (до 45 років), 36 (60 %) — середнього (45—59 років), та 18 (30 %) — похилого (понад 59 років). Серед обстежуваних було 40 (66,7 %) чоловіків та 20 (33,3 %) жінок. За тривалістю післяінсультного періоду хворі підрозділялися таким чином: до 6 міс. — 19 (31,7 %), від 6 до 12 міс. — 13 (21,7 %), від 1 до 3 років — 21 (35 %), більше 3 років — 7 (11,6 %) хворих. Вперше перенесли інсульт 88,3 %, повторно — 11,7 % хворих. Інсульти лівопівкульної локалізації спостерігалися у 35 (58,3 %) пацієнтів, правопівкульної — у 25 (41,7 %). У хворих, що перенесли ІПІ спостерігалось достовірне зниження вмісту нітрит-аніону у сироватці крові у порівнянні з групою контролю. При цьому було встановлено, що з віком функція ендотелію зазнає достовірне ( $p < 0,01$ ) пригнічення у пацієнтів після перенесеного ІПІ. Проте, вміст стабільного метаболіту оксиду азоту у пацієнтів залежно від статі практично не відрізнявся ( $2,27 \pm 0,28$  проти  $2,29 \pm 0,37$  відповідно). Під час аналізу вмісту нітрит-аніонів в залежності від термінів після перенесеного ІПІ було встановлено, що нижчий рівень даних показників зафіксовано у групах хворих, які перенесли ІПІ до 6 місяців тому та в термін 6—12 місяців, проте без значної різниці між ними. Найвищий рівень нітрит-аніонів було виявлено у групах хворих, які мали ІПІ 1—3 роки тому і більше, але були нижчі у порівнянні з групою контролю. У хворих з наявними супутніми захворюваннями концентрація стабільних метаболітів NO в сироватці крові була вищою на 5 % ( $2,36 \pm 0,39$ ), проти ( $2,23 \pm 0,25$ ).

Отже, у хворих, що перенесли ішемічний півкульний інсульт, встановлено достовірне ( $p < 0,01$ ) пригнічення вмісту стабільного метаболіту оксиду азоту. Встановлено зменшення цього показника зі збільшенням віку пацієнтів, та у ранні терміни після перенесеного ІПІ.

УДК: 614.2 + 616.8 (477)

*Шкробот В. В., Колеснікова Л. І., Шкробот С. І., Кородюк В. В., Насалик Р. Б.*

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського», КЗОЗ «Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» (м. Тернопіль)*

## ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ОРГАНІЗАЦІЇ НЕВРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

В 2011 р. у Тернопільській області захворюваність на хвороби нервової системи (НС) дещо знизилась — з 2151,2 до 2138,9 на 100 тис. населення (Україна — 1516,9), поширеність зросла з 5455,0 до 5460,3 (Україна — 4594,7).

Перше місце серед неврологічних захворювань посідають цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ). Захворюваність на ЦВЗ збільшилася з 1074,3 до 1108,7 на 100 тис. населення,