

Мета дослідження: проаналізувати динаміку параметрів стану кісткової тканини хворих з рефлекторними проявами поперекового остеохондрозу (РППОХ) і супутнім остеодефіцитом (ОД) під впливом комплексного лікування з введень курсу традиційного дом'язового та акупунктурного введення мелоксикаму.

Було обстежено 46 хворих з РППОХ на тлі ОД, які лікувались в амбулаторних умовах. Дослідження мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) проводилось за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра Lunar DPX-A. Групу контролю склали 20 практично здорових людей. Всі розрахунки виконано за допомогою програмного забезпечення Mathcad 14. Для оцінки достовірності відмінностей середніх значень у вибірках використовувалась двовибірковий *t*-критерій Стюдента. Пацієнти з РППОХ на тлі ОД були поділені на 2 групи. I група (25 хворих) отримувала загальноприйняте лікування (ЗЛ): (селективний НПЗП-інгібітор ЦОГ-2 мелоксикам (моваліс) у дозі 15 мг (1,5 мл) дом'язово 1 раз на день № 5 з переходом на пероральний прийом 15 мг на день № 10, хондропротектори, біостимулятори, ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, масаж, судинні середники, вітаміни групи В). II група пацієнтів (21 хворий) — ЗЛ із курсом фармакопунктури (ФП) мелоксикаму № 5. У ході лікування використовували точки акупунктури попереково-крижового відділу хребта та сідниць, де анатомічно достатньо виражений м'язовий шар для безпеки проведення ФП: V21—25, V50—54, V27—29, V36—40, V55—57. Моваліс вводили по 1 ампулі на сеанс — 1,5 мл (по 0,2—0,3 мл в кожену точку за допомогою інсулінового шприца) протягом 5 днів. Програма корекції II групи хворих на ПОХ відрізнялась від такої у I групі тільки шляхом введення препарату. Побічних ефектів і технічних проблем при проведенні ФП мовалісу не було. Пацієнти позитивно ставилися до проведення процедур, відзначали швидкий клінічний, у першу чергу знеболюючий ефект.

У 25 хворих на ПОХ з початковим рівнем МЩКТ в зоні остеопенії II ст., які отримували ЗЛ з включенням традиційного введення мелоксикаму, через 3 місяці спостерігалась тенденція до стабілізації стану кістки при ПОХ з ОД, точніше навіть наявність незначного збільшення показника Young Adult % ($0,89 \pm 0,90$ %). Однак оскільки отримані показники були статистично недостовірними ($p > 0,05$), дані потребують подальшого уточнення і поглибленого вивчення. Аналіз МЩКТ у хворих на ПОХ з ОД, що отримували ЗЛ, підсилена курсом ФП мелоксикаму, констатував через 3 місяці після початку його наявність достовірної тенденції (достовірність різниці показників в групах до і після лікування $p < 0,05$) до збільшення МЩКТ, тобто був наявний процес відновлення втраченої кісткової маси ($2,46 \pm 0,04$ % за показником Young Adult %).

Підсилення загальноприйнятої терапії курсом фармакопунктури мелоксикаму констатувало через 3 місяці після початку її наявність достовірної тенденції до відновлення втраченої кісткової маси ($2,46 \pm 0,04$ % за показником Young Adult %), що засвідчило високу протизапальну ефективність мелоксикаму взагалі і доцільність введення його у точки акупунктури за запропонованою методикою.

УДК 616.831-005.4-07:612.015

Балкова Н. Б., Перцева Т. Г., Романова Л. Я., Соколик В. В.
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
 НАМН України» (м. Харків)

ЛАТЕНТНИЙ ЗАПАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ (КЛІНІКО-БІОХІМІЧНІ СПІВСТАВЛЕННЯ)

Зростаюча захворюваність на мозковий інсульт і пов'язана з нею висока інвалідизація визначають актуальність вивчення клінічних особливостей та патогенетичних механізмів розвитку інсульту з метою удосконалення патогенетично обґрунтованого ефективного лікування цієї групи хворих. В останнє десятиріччя активно вивчається роль латентного запального процесу у патології судин і розвитку на його основі артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, серцево-судинних катастроф.

Мета роботи: вивчити динаміку гуморальних запальних факторів (С-реактивний протеїн, цитокіни) у хворих на ішемічний інсульт (ІІ) в різних періодах та визначити кореляції з підтипом інсульту (атеротромботичний, гемодинамічний, лакунарний або криптогенний), віком та статтю пацієнтів.

Вміст цитокінів (ІІ-1 β , ІІ-6, ІІ-10 і TNF- α) у сироватці крові визначали методом твердофазного «сандвіч»-варіанту імуноферментного аналізу на мікропланшетному аналізаторі GBG Stat Fax 2100 відповідними наборами реагентів фірми «Вектор-БЕСТ»

(Росія) і виражали у пмоль/л. Вірогідність розбіжностей оцінювали за *t*-критерієм Фішера — Стюдента ($p \leq 0,05$). Визначення високочутливого С-реактивного протеїну (вчСРП) проводили високочутливим імуноферментним методом ELISA набором фірми «Biomerica» США. Використовували специфічні моноклональні антитіла до саме тих антигенних детермінант молекул С-реактивного протеїну.

Результати дослідження виявили підвищення сироваткового рівня ІІ-1 β (на 39 %), ІІ-6 (на 27 %), ІІ-10 (у 2,6 рази) і TNF- α (на 42 %) у гострому періоді ІІ та синхронність динаміки прозапальних цитокінів (ІІ-1 β , ІІ-6 і TNF- α) в інших періодах ІІ. ІІ-1 β і TNF- α належать до першої фази вивільнення прозапальних маркерів у відповідь на тканинне ушкодження, які запускають наступний каскад імунних реакцій, в результаті чого настає друга фаза цитокінової стимуляції: вивільнення ІІ-6 і ІІ-10 та індукція синтезу гострофазних білків. У відновному періоді і у хворих з наслідками ІІ спостерігали чітку тенденцію до нормалізації рівнів визначених цитокінів.

Аналіз цитокінового статусу хворих з ІІ, який мав атеротромботичний характер, виявив вірогідно вищий рівень ІІ-1 β , порівнюючи до показників пацієнтів з іншими типами ІІ. Отже, ІІ-1 β можна розглядати як уражувачий фактор запалення при атеросклерозі, який супроводжує ІІ на всіх його етапах. Гендерні відмінності були встановлені лише для фактора некрозу пухлин- α (TNF- α), вміст якого виявився нижчим у жінок на 26 %, порівняно з чоловіками. При порівнянні рівнів ІІ-1 β , ІІ-6, ІІ-10 і TNF- α у різних вікових групах пацієнтів з ІІ з'ясували вірогідну активацію цитокінової ланки запалення у старшій віковій групі (від 70 років і старші), що є несприятливим фактором у прогнозі ІІ.

У хворих, що перенесли ішемічний інсульт, у гострому періоді наголошується підвищений рівень вчСРП, який корелює з модифікованими чинниками ризику. Дослідження вчСРП в динаміці виявило його вірогідне зниження з наростанням терміну після гострої ішемічної події (на 14,2 % через 6 місяців та на 46,6 % через 8—12 місяців після інсульту). Більш високі значення вчСРП характерні для хворих, що перенесли атеротромботичний інсульт. Показник вчСРП корелює із запальними змінами крові (СОЕ, абсолютна кількість лімфоцитів); з показниками гемостазу (РФМК, фібриноген).

Проведене дослідження виявило наявність латентного запального процесу у гострому періоді ішемічного інсульту, активність якого зменшується з наростанням терміну після гострої ішемічної події. Більш вираженим є запальний процес у хворих на атеротромботичний процес та у старшій віковій групі.

УДК 616.832.522:614.253.1

Башикірова Л. М.
 Національна медична академія післядипломної освіти
 імені П. Л. Шупика (м. Київ)

ЕТИЧНИ ТА МОРАЛЬНО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ НЕВРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З БОКОВИМ АМІОТРОФІЧНИМ СКЛЕРОЗОМ

Боківий аміотрофічний склероз (БАС) є ідіопатичним хронічним прогресивним нейродегенеративним захворюванням (ЗХ), що характеризується вибірковим поєднанням ураженням центрального і периферичного мотонейронів (МН). БАС належить до найпоширеніших захворювань МН. Етіологія та патогенез БАС залишаються не з'ясованими. Спеціального методу діагностики БАС на нинішній час не існує. Обстеження хворого спрямоване на виключення інших (в т. ч. курабельних) захворювань. Діагноз (ДЗ) БАС встановлюють відповідно до діагностичних критеріїв EL Escorial (1998). Під час прийняття клінічних рішень лікар керується принципами доказової медицини. Враховуючи те, що 80—90 % пацієнтів з БАС помирають упродовж перших 4 р. від початку ЗХ — неврологу доцільно дотримуватися таких етичних і морально-правових аспектів при веденні хворого з БАС.

ДЗ БАС хворому можна повідомити лише після детального клініко-параклінічного обстеження. Відповідно до Гельсінської конвенції по біоетиці (1997), пацієнт з невиліковним ЗХ (в т. ч. з БАС) повинен бути сповіщений лікарем стосовно ДЗ, у зв'язку з необхідністю прийняття рішень, пов'язаних з наближенням смерті.

Про ДЗ БАС хворого повідомляють у делікатній формі. Бесіду проводить особисто лікар, який добре знає пацієнта. Тому рекомендують повідомити ДЗ після встановлення міцних контактів з хворим та його сім'єю. Розмови проводять у присутності рідних та близьких пацієнта, у спокійній та комфортній обстановці, без поспішності, з урахуванням необхідності того, що потрібно не