

менше ніж 45—60 хв. часу. Рекомендують почати із з'ясування того, що хворий вже знає і думає про свій ДЗ. Далі лікар повідомляє пацієнту ДЗ і продовжує обговорення ДЗ з хворим поетапно, перевіряючи, чи пацієнт все зрозумів. У відповідях на запитання хворого слід передбачити його емоційну реакцію. Не можна говорити пацієнту, що йому нічим вже не допомогти. Навпаки, потрібно запевнити хворого, що він повинен спостерігатися у невролога амбулаторно та періодично лікуватися у стаціонарі (бажано кожні 3—6 місяців). Доцільно підкреслити, що БАС є варіабельним за перебігом. Необхідно акцентувати увагу пацієнта, що окремі симптоми БАС добре піддаються лікуванню. Можна вказати і на те, що при атиповому перебігу ЗХ з часом або ж при появі атипових симптомів є можливим перегляд ДЗ БАС. Потрібно уникати: 1) повідомлення інформації черство і формально, не залишаючи надії хворому; 2) обмеження інформації про ЗХ. Доцільно наголосити, що метою терапії є: 1) уповільнення прогресування БАС і подовження періоду, упродовж якого пацієнт не потребуватиме стороннього нагляду; 2) зменшення вираженості окремих симптомів та підтримка стабільного рівня якості життя. Потрібно підкреслити, що незважаючи на те, що ефективного лікування БАС до цього часу не існує, проведення паліативного лікування, яке спрямоване на усунення окремих симптомів БАС і ускладнень ЗХ, поліпшить стан пацієнта та подовжить тривалість його життя. Перед закінченням бесіди необхідно обговорити час наступної консультації (оптимально через 2—4 дні). Необхідно передбачити наявність надрукованих матеріалів про БАС для хворого та його родичів, де розглядаються можливості лікування і допомоги пацієнту.

У подальших бесідах, з урахуванням форми, варіанту і стадії БАС, слід вказати на те, що хворий та його родичі повинні: 1) знати основні клінічні ознаки БАС; 2) знати про прогресивний перебіг ЗХ; 3) навчитися проведенню реабілітаційної гімнастики, ентерального харчування, неінвазивної вентиляції легень і загальному нагляду за пацієнтом, не здатним до самообслуговування.

Таким чином, етичні та морально-правові аспекти надання медичної допомоги хворим з БАС ґрунтуються на безпосередній і активній участі у лікувальному процесі пацієнта та його родичів, що дозволяє неврологу визначитися зі стратегією і тактикою лікування, прийняттям оптимального клінічного рішення. Отже, якість неврологічної допомоги при БАС, насамперед, залежить від взаємовідносин і узгодженої діяльності між хворим, його сім'єю та лікарем.

УДК 616.831:612.014.426

*О. М. Биневская, О. Ю. Алексева, Ю. В. Аристов*  
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
 НАМН Украины» (г. Харьков)

#### **ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ГЕОМАГНИТНЫХ УСЛОВИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ РАВНОВЕСИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА ПО ДАННЫМ СТАБИЛОГРАФИИ**

Поддержание вертикальной позы является важным аспектом жизнедеятельности человека. Известно, что система равновесия чутко реагирует на целый ряд факторов внешней и внутренней среды, отражая общий уровень адаптации организма.

Проводился ежедневный мониторинг состояния функции равновесия в группе больных (30 человек) при помощи компьютерной стабیلлографии. Всего было проведено 263 стабیلлографических исследования (СТГ) с применением стандартных функциональных проб. Оценивали изменения коэффициента качания (Кк), которые сопоставлялись с данными возмущения геомагнитного поля Земли (Кр-индекс). Как магнитнеблагоприятные события были отмечены: а) сутки с суммарным значением Кр-индекса более 20; б) сутки, в течение которых фиксировались значения 3-часового Кр-индекса свыше 5,67; в) геомагнитные «штильи» — сутки, в течение которых значения 3-часового Кр-индекса не превышали 2.

У каждого больного нами были выделены по два наибольших показателя Кк в позе Ромберга с вытянутыми до уровня плеч руками (КкПР), а также по два наибольших усредненных Кк по всем прогам в рамках каждого исследования (здесь — КкСр), которые характеризовали моменты наихудшего состояния функции равновесия за весь период обследования. Было отмечено, что в 100 % случаев эти показатели Кк были связаны с магнитнеблагоприятными днями.

Большинство случаев пониженной устойчивости (ухудшение поддержания равновесия) у обследованных нами больных

непосредственно совпадало с магнитнеблагоприятными днями, причем преимущественно с периодами геомагнитного «штиля». Так, 40 % вышеописанных наблюдений ухудшения функционального состояния системы равновесия по результатам КкПР и 53 % — по результатам КкСр приходилось на дни геомагнитного «штиля». На дни геомагнитного возмущения приходилось 25 % и 23 % случаев соответственно. Итого, непосредственно на магнитнеблагополучные дни приходилось 65 % случаев ухудшения показателя КкПР и 76 % — КкСр. Запаздывающие реакции (на один день) отмечались соответственно в 6 % и 5 % случаев, а опережающие (на один день) — в 8 % и 12 % случаев. Следует отметить, что моменты ухудшения статики у больных могли приходиться также на особые «промежуточные» магнитоспокойные дни, до и после которых в течение суток регистрировались магнитнеблагоприятные события. На такие дни приходилось 10 % и 18 % случаев ухудшения устойчивости по значениям КкПР и КкСр соответственно. Значимых различий между реакциями больных с различными формами энцефалопатий не выявлено.

Степень ухудшения функционального состояния системы равновесия при магнитнеблагоприятных ситуациях у обследованных больных была достаточно выраженной (в среднем Кк увеличивался на 52,2 %).

Полученные нами результаты позволяют утверждать, что система равновесия у больных с энцефалопатиями различного генеза имеет высокую геомагнитотропную реактивность, что необходимо учитывать при коррекции проводимой терапии, с учетом напряжения адаптационных механизмов, обусловленного, в том числе, и изменениями геомагнитной ситуации.

УДК 616.8/89.001.8

*Биттерлих Л. Р.*

*КУ «Сумская областная детская клиническая больница»  
 (г. Сумы)*

#### **КОМПЬЮТЕРНАЯ БАЗА ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ МОНОТЕРАПИИ В НЕВРОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ**

Доказательная медицина открывает возможность сравнительной количественной оценки действия отдельных лекарств на отдельные болезненные признаки. Вместе с тем, растущий объем информации превышает возможности долговременной памяти врача, а реализация накопленных данных при выборе лечения ограничена оперативными возможностями человеческого мозга.

Несмотря на большое количество справочных компьютерных программ по фармакотерапии, отсутствуют программы по подбору лечения сочетания болезней у конкретных больных. Нами создана и постоянно пополняется компьютерная база данных «Нейрофарм». На момент подготовки публикации программа содержит информацию об использовании 465 лекарств для лечения 352 неврологических и психических синдромов и болезненных признаков. Кроме того, в базу данных введены данные о действии этих нейрофармакологических препаратов на 178 соматических болезней и синдромов.

Данные доказательной медицины позволяют оценивать действие отдельного лекарства на отдельный болезненный признак с помощью используемой нами 8-балльной шкалы. Также в базу данных вводятся противопоказания (абсолютные и относительные) для использования лекарств.

Практическая реализация информационного массива, накопленного мировой медициной и введенного в базу данных, осуществляется врачом путем просмотра на дисплее систематизированного по рубрикам списка синдромов и болезней. При этом врач отмечает болезненные признаки, диагностированные у конкретного пациента, оценивая их значимость для выбора лечения по двухбалльной шкале. После этого, по команде врача, программа выдает список лекарств, показанных для лечения сочетания болезненных признаков у данного больного. Список ранжирован по баллам от наиболее эффективных лекарств к менее эффективным у данного больного. Врач при выборе препарата из списка может воспользоваться дополнительной информацией в программе о дозах и возрастных ограничениях, стоимости и доступности различных препаратов одного лекарства. Пациенту на руки выдается распечатка подобранного лечения с указанием об ожидаемом эффекте выбранного лекарства на предъявленные им жалобы, что обеспечивает комплаенс и экономит время врача.

Было проведено сравнение между двумя группами детей, пролеченных в неврологическом отделении. Выбор лекарств