

Міністерство Охорони Здоров'я України
Національна Медична Академія Післядипломної Освіти
імені П.Л. Шупика
Правління науково-практичного товариства неврологів,
психіатрів та наркологів України
Українська Асоціація Боротьби з інсультом



ЧЕТВЕРТИЙ НАУКОВО-ОСВІТНІЙ ФОРУМ
«АКАДЕМІЯ ІНСУЛЬТУ»

МАТЕРІАЛИ ФОРУМУ

**7–8 листопада
2013 року**

Головний організатор
науково-освітнього форуму



Українська Асоціація
Боротьби з Інсультом

м. Київ

Голова науково-освітнього форуму

Президент ВГО "Українська Асоціація боротьби з інсультом",
член-кореспондент НАМН України,
професор,
Інститут нейрохірургії
імені А.П. Ромоданова

Почесні співголови

Голова Правління науково-практичного товариства
неврологів, психіатрів
та наркологів України, професор,
ДУ "Інститут неврології, психіатрії
та наркології" НАМН України
Член-кореспондент НАМН України, професор, Національна медична
академія післядипломної
освіти імені П.Л.Шупика

Голова Оргкомітету

Головний позаштатний спеціаліст з питань неврології МОЗ України,
професор, ДУ "Інститут
неврології, психіатрії
та наркології" НАМН України

Члени Оргкомітету

Проф. Л.А. Дзяк, Дніпропетровськ
Проф. С.П. Московко, Вінниця
Проф. Ю.М. Сіренко, Київ
Проф. В.А. Яворська, Харків
Д.В. Гуляєв, Київ
В.А. Голик, Дніпропетровськ
Ю.В. Фломін, Київ

Відповідальний секретар М.В. Гуляєва, Київ

Адреса Оргкомітету

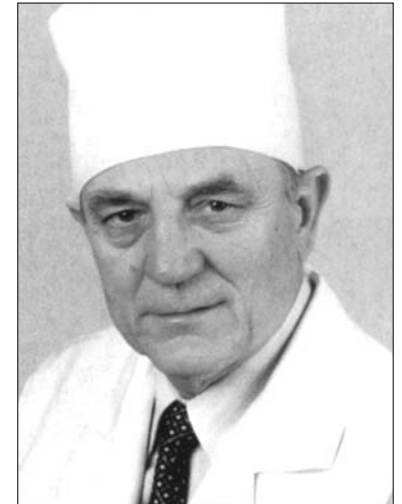
Ел. пошта: mgulyayeva@gmail.com
тел. +38 (067) 465-56-61
факс +38 (044) 222-78-31
02222, Київ, а/я 77 ВГО УАБІ
www.uabi.org.ua www.insult.net.ua

ДО ВСЕСВІТНЬОГО ДНЯ БОРОТЬБИ З ІНСУЛЬТОМ

Шановні колеги!

29 жовтня – Всесвітній день боротьби з інсультом!

Кожну другу секунду у світі у когось виникає інсульт, і кожна шосту секунду чиєсь життя переривається в наслідок інсульту.



Всесвітня організація боротьби з інсультом закликає всіх небайдужих до проблеми інсульту об'єднатися, озброїтися знаннями і покласти край "тихий" епідемії. 29 жовтня Всесвітній день боротьби з інсультом і **Українська асоціація боротьби з інсультом**, зважаючи на важливість проблеми серцево-судинних захворювань в Україні, щорічно закликає до проведення просвітньо-оздоровчих заходів програми "Стоп інсульт" для лікарів і пересічних українців.

Цього року в рамках програми "Стоп інсульту – 2013" відбулися заходи "День боротьби з інсультом в регіонах", де силами обласних центрів здоров'я, волонтерів, лікарів проведені скринінгові обстеження виявлення факторів ризику, що сприяють виникненню інсульту.

Дні боротьби з інсультом відбулися в Симферополі, Ялті, Миколаєві, Херсоні, Одесі, Тернополі, Чернівцях, Вінниці, Харкові, Дніпропетровську, Донецьку. Проблема поінформованості населення про перші ознаки інсульту, методи його лікування і профілактики залишається слабкою. То ж робота в цьому напрямку буде продовжена.

Для підвищення обізнаності в проблемі інсульту лікарів Українська асоціація боротьби з інсультом, за підтримки провідних наукових та лікувальних закладів України, збирає фахівців для обговорення нагальних проблем інсультології. В рамках щорічного науково-освітнього форуму "Академія інсульту" піднімаються найгостріші проблеми сучасного стану надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом в Україні, проводяться мультидисциплінарні наукові заходи та всебічно розглядаються новітні методи лікування та профілактики. На форумі активно працюють "Клуб фахівців тромболізису", "Клуб фахівців нейрореабілітації", Школи профілактики інсульту для сімейних лікарів. Стало традиційним проведення спеціалізованого симпозиуму з питань інтенсивної терапії в інсульті імені проф. А.І. Тріщинського.

Вже рік, як був прийнятий наказ МОЗ від 03.08.2012 р. №602 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті". Цим наказом в практику лікарів були введені медико-технологічні документи, що регламентують стандарти надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом, а саме уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, розроблені на основі адаптованих клінічних настанов "Реабілітація, профілактика і лікування ускладнень та планування виписки при ішемічному інсульті", "Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою", "Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА". Робоча група УАБІ приймала активну участь в розробці цих документів і опікується впровадженням цих стандартів в клінічну практику в закладах охорони здоров'я України. Для кращого розуміння фахівцями питання впровадження цих стандартів надання медичної допомоги та оцінювання індикаторів якості цієї допомоги, в позапрограмній освітній сесії Академії інсульту 2013 відбудеться спільний захід Української асоціації боротьби з інсультом та Державного експертного центру МОЗ України "Стандартизація надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом. Розробка, затвердження та впровадження локального протоколу в закладах охорони здоров'я".

**Кожний шостий може стати жертвою інсульту:
щоб не стати наступним – треба діяти зараз!**

Єднаймо зусилля!

Президент ВГО УАБІ Микола Поліщук

29
ЖОВТНЯ

**Всесвітній день боротьби
з інсультом**



Українська Асоціація
Боротьби з Інсультом



1
із

6

**осіб у світі
стає жертвою
інсульту**

**НАСТУПНИМ
МОЖЕШ
БУТИ ТИ!**

www.insult.net.ua

інформація з питань інсульту
для пацієнтів

**ЗРОБИ СВІЙ ВИБІР – СКАЖИ
ІНСУЛЬТУ – НІ!**

ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ІНСУЛЬТОМ В УКРАЇНІ

Рогова О.Г.

кафедра менеджменту та економіки в сімейній медицині ХМАПО

Мета: проаналізувати юридичні аспекти впровадження стандартизації медичної допомоги пацієнтам з інсультом в Україні

Об'єкт та методи: законодавство України у сфері надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом; порівняння нормативно-правових документів за їх юридичною чинністю та масштабом дії у часі і просторі.

Вітчизняна практика надання медичної допомоги хворим на інсульт нещодавно базувалася на положеннях Наказу МОЗ України від 30.07.2002 р. №297 "Про вдосконалення медичної допомоги хворим з цереброваскулярною патологією", що дістав чимало критичних зауважень фахівців, які на теоретичному та практичному рівні опрацьовували проблеми лікування та реабілітації хворих на інсульт (зокрема, неврахування рекомендацій світової медичної науки і практики; відсутність ефективних механізмів попередження інсульту та боротьби з інсультом; невідповідність існуючої на практиці інфраструктури медичних закладів та системи матеріально-технічного забезпечення процесу лікування хворих на інсульт).

Поступове створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги стало підґрунтям нормативного оформлення оновленої системи первинної і вторинної профілактики інсультів (Наказ МОЗ від 03.08.2012 р. №602 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті"). Цим наказом затверджено уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, розроблені на основі адаптованих клінічних настанов "Реабілітація, профілактика і лікування ускладнень та планування виписки при ішемічному інсульті", "Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою", "Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим ішемічним інсультом та ТІА". Як найближче завдання Наказ МОЗ №602 передбачає розробку в закладах охорони здоров'я локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів), що мають забезпечити Міністр охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальники управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, керівники закладів охорони здоров'я, що належать до сфери управління МОЗ України.

Розробка та ухвалення Адаптованої клінічної настанови щодо ведення хворих із мозковим інсультом, заснованої на доказах, яка стала результатом кропіткої діяльності мультидисциплінарної робочої групи МОЗ України та фахівців, робочої групи створеної в рамках ВГО "Українська асоціація боротьби з інсультом", з одного боку – завершили достатньо тривалий період правової невизначеності щодо алгоритму надання медичної допомоги хворим з інсультом, а з іншого – розпочали новий, не менш значущий етап впровадження цих документів в життя та моніторинг виконання локальних протоколів надання допомоги таким хворим за допомогою індикаторів якості.

Висновок. Впровадження національної клінічної настанови в умови конкретного закладу охорони здоров'я відкриває дискусію щодо широкого кола питань: 1) юридична чинність та масштаб дії різних медико-технологічних документів; 2) дії медичних працівників (медичного персоналу) у випадку колізії (конфлікту, невідповідності між такими документами); 3) юридичні наслідки невиконання медико-технологічних документів; 4) коло суб'єктів юридичної відповідальності у випадку невиконання/неналежного виконання медико-технологічних документів. Подальші дослідження будуть присвячені пошуку на вищезазначені питання.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ

Григорова І.А., Куфтеріна Н.С.

Харківський національний медичний університет

Мета: Вивчення епідеміологічних та клініко-патогенетичних особливостей ішемічних інсультів (ІІ) з метою оптимізації діагностичних та терапевтичних заходів.

Методи: Проведено комплексне обстеження 96 пацієнтів (52 чоловіка та 44 жінок, середній вік – $60,6 \pm 1,2$ р.) з ішемічним інсультом у різних судинних басейнах. Використані клініко-неврологічні, нейрофізіологічні, нейровізуалізаційні, біохімічні та статистичні методи дослідження.

Результати. В Україні за рік реєструють близько 110 тис. мозкових інсультів, з яких приблизно 40 тис. закінчуються летально. За останні 10 років кількість інсультів в Україні збільшилася в 1,6 разів. Ризик розвитку інсульту зростає зі збільшенням віку. Так, у молодому віці він виникає у 1 з 30 тис. осіб, у віці 75–84 років – у 1 з 45 осіб. Слід відзначити, що у осіб старше 25 років захворюваність і смертність від інсульту підвищується у 2 рази з кожним десятиліттям. На сьогодні частка осіб пенсійного віку становить 23–25% популяції, а згідно з прогнозами у 2025 р. – становитиме 30% і, відповідно, збільшиться кількість осіб похилого віку з вікозалежною патологією головного мозку. Аналіз характеру розвитку неврологічної симптоматики показав, що у 93,7% обстежених хворих спостерігався раптовий розвиток ІІ. Найбільш частим механізмом розвитку була кардіогенна емболія. Результати дослідження процентного змісту фракцій фосфоліпідних мембран еритроцитів свідчили про найбільш виражені зміни лізоформ фосфоліпідів. Їх збільшення свідчило про "виснаження" антиоксидантної системи та розвитку мембранної патології. Були виявлені закономірності дисбалансу нейромедіаторних амінокислот, що характеризувалися переважанням гальмівних амінокислот у порівнянні зі збуджуючими. Зв'язок підвищеного рівня холестерину та ішемічного інсульту, на наш погляд, був пов'язаний із розвитком стенозуючого процесу в магістральних та внутрішньомозкових артеріях, а також із розвитком атеросклерозу коронарних артерій.

Висновки. Таким чином, розробка оптимальних варіантів динамічного спостереження за групами ризику ішемічних інсультів має сприяти суттєвому зниженню цереброваскулярної патології та патофізіологічно, патогенетично обґрунтованому підходу до діагностики її ранніх проявів, ефективної профілактики та лікування. З урахуванням виявлених змін, до комплексної терапії хворих з ішемічними інсультами доцільно включати препарати з нейропротекторною та нейротрофічною дією, антитромботичні та антиагрегантні засоби, коректори енергетичного метаболізму та нейромодулятори.

ЖИЗНЬ ПЕНСИОНЕРА ДО ИНСУЛЬТА

Милейковский М.Ю., Гуца И.С.

Городская многопрофильная клиническая больница №4
г. Днепропетровск

Цель: Исследование факторов риска острого мозгового кровообращения

Методы: Эпидемиологическое исследование

Выявление факторов риска развития острых нарушений мозгового кровообращения служит стимулом к предупреждению этих тяжелых состояний. Особый интерес представляет изучение факторов риска и мер профилактики ишемических инсультов у лиц старше 60 лет, когда сочетанное влияние социальных и биологических факторов проявляется в наибольшей степени.

Под нашим наблюдением находилось 258 больных, перенесших ишемический инсульт (176 женщин и 112 мужчин) 60–76 лет. Все больные пенсионного возраста, жители крупного промышленного центра.

Изучение анамнеза больных показало, что все 258 человек (100%) знали о факторах риска сосудистых катастроф:

- 11% из них до развития инсульта посещали поликлинику не реже 1 раз в месяц;
- 18% – 1 раз в 2–3 месяца;
- 35% – 1 раз в 3–6 месяцев;
- 15% – обращались к врачу не чаще 1 раз в год;
- 21% – вызывали врача на дом.

Анализ амбулаторных карт показал, что артериальной гипертонией страдали – 86% пациентов, церебральный атеросклероз – 72%, злоупотребляли курением – 56%, алкоголем – 22%, сахарный диабет отмечался у 16% пациентов, депрессивные расстройства – 12%, занимались спортом – 2%.

74% пациентов постоянно принимали гипотензивную терапию.

24% принимали противоатеросклеротическую терапию.

16% находились на лечении у эндокринолога.

Из 258 пациентов: 35% вызывали скорую помощь в день развития инсульта, 26% – на вторые сутки и 39% – через двое суток и более. 63 пациента (24%) отказались от предложенной госпитализации в стационар в первые сутки и были госпитализированы на 2–6 сутки с дня развития инсульта.

Оценивая поддержку семьи в выздоровлении пациентов установлено, что 218 пациентов (84%) родственники навещали практически ежедневно, 31 пациент (13%) – родственники навещали 3–4 раза в неделю, 6 пациентов (2%) – посещали 2–3 раза в неделю, 3 пациента (1%) не посещал ни кто.

Результаты: Как показало исследование, практически все пациенты старше 60 лет, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения знали о имеющихся у них факторах, способствующих развитию сосудистых катастроф. Лишь 67 пациентов (26%) принимали комплексные меры по предупреждению этого состояния.

Выводы: Полученные нами данные позволяют полагать, что имеется значительный резерв медицинских и социальных влияний предупреждающих развитие ОНМК у больных старше 60 лет.

ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК

Котляревский Ю.А., *Кутовой И.А., Пшеничный А.А., *Алексеенко М.М. Босенко В.В.
Харьковский национальный медицинский университет, кафедра нейрохирургии,
КУОЗ "Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи
и медицины катастроф"*

Цель: Предоставление результатов лечения артериальных аневризм с использованием эндоваскулярных методик и подхода, направленного на минимизацию риска повторного разрыва аневризмы.

Материалы и методы: Представляемый клинический материал базируется на результатах лечения 57 больных, которые находились на стационарном лечении в нейрохирургическом отделении ХОКБ на протяжении 2010–2013 гг. по поводу артериальных аневризм головного мозга.

Из 57 аневризм оперированных эндоваскулярно, 19 (33,3 %) составили аневризмы ПСА-ПМА, 15 (26,3 %) различных отделов ВСА, 7 (12,3 %) задней соединительной артерии, 7 (12,3 %) аневризм ВББ, 6 (10,6 %) аневризм СМА, 3 (5,2 %) аневризмы ПМА. Тотальная эмболизация достигнута в 40 (70,2 %) случаях, субтотальная или частичная в 17 (29,8 %). Двое больных оперированы с применением стент-ассистирующей техники. У 5 (8,7 %) больных были диагностированы множественные аневризмы.

Результаты: Благоприятный исход (полное восстановление без неврологического дефицита) достигнут у 39 (68,4 %) пациентов, удовлетворительный (умеренный и выраженный неврологический дефицит) – у 13 (22,8 %) пациентов. Летальные исходы отмечены в 5 (8,8 %) наблюдениях. В 1 случае причиной летальности был повторный разрыв аневризмы после проведенной частичной эмболизации аневризмы. Была оценена эффективность эндоваскулярного лечения аневризм в зависимости от локализации, тяжести состояния пациентов, сроков операции с момента САК, эпизодов повторного САК за период госпитализации.

Выводы:

- 1) Внедрение современных эндоваскулярных методик расширило возможность хирургического лечения больных с артериальными аневризмами сосудов головного мозга различной локализации и значительно снизило процент летальности у данной категории больных.
- 2) Исходы эндоваскулярного выключения артериальных аневризм зависели от тяжести исходного состояния пациента, от сроков операции и начала кровоизлияния, и не зависели от локализации аневризмы и степени радикальности операции.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВОТОКУ В ЗОНІ ПЕНУМБРИ – ЄДИНА ОБНАДІЙЛИВА З СУЧАСНИХ СТРАТЕГІЙ ЦЕРЕБРОПРОТЕКЦІЇ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Присвячується до 90-річчя з дня народження професора А.І. Тріщинського.

М.М. Пилипенко, О.А. Галушко

НМАПО імені П.Л. Шупика

Мета. Характеристика методів корекції порушень мозкового кровотоку (МК) за принципами інтенсивної терапії, який пропагував проф. А.І. Тріщинський. Цими принципами є здійснення корекції з мінімальною кількістю медикаментозних засобів і проведення контроль ефективності корекції за принципом зворотного зв'язку.

Передумови до церебропротекції в зоні пенумбри. Вже досить давно відомо, ішемія мозку при тяжкому гострому ішемічному інсульті (ГІ) призводять до запуску каскаду вторинного ішемічного ушкодження нейронів. Ішемія запускає відразу декілька різних ланок патогенезу цього каскаду, а тому вплив будь-яких медикаментів на інтенсивність, на жаль, не достатній для його припинення чи, навіть гальмування. Хоча в цілому ряді досліджень *in-vitro* та на лабораторних моделях за рахунок деяких медикаментозних засобів вдавалося зменшити вираженість ушкодження мозку, при перенесенні цих досліджень до клініки виявилось, що навіть найбільш обнадійливі медикаменти не підтверджували ані своєї ефективності, ані безпечності. Так більше половини з передестраційних клінічних випробувань III фази були достроково припинені. Таким чином, на сьогодні не існує медикаментозних засобів, які могли б (з доведеною ефективністю) зменшувати вираженість вторинного ішемічного ушкодження нейронів, чи їх апоптозу при ГІ. Тому, медикаментозна церебропротекція залишається лише полем сподівань на успіхи подальших наукових досліджень. Разом з тим, ступінь ішемії в зоні пенумбри (ішемічної напівтіні) може бути зменшений за рахунок підвищення МК по дрібним колатеральним артеріолам і проф. А.І. Тріщинський в свої лекціях приділяв цьому методу лікування значної уваги.

Тромболізис як цілеспрямоване лікування хворих з ГІ. На сьогоднішній день визнаним етіотропним та патогенетично-обґрунтованим методом лікування хворих з ГІ є в межах терапевтичного вікна 3–4,5 год є тромболізис. Оптимальним є його проведення спеціалізованих інсультних центрах, де за у фахівців накопичується великий досвід шведкої та точної оцінки показань та протипоказань, до його проведення. Слід завжди пам'ятати, що хворим з, поширеним ГІ (наприклад, малігнізуючий тромбоз середньої мозкової артерії), або тяжким перебігом ГІ з високою оцінкою по N1HS проведення тромболізу протипоказане (понад 20 балів – відносно протипоказання, а понад 25 балів – абсолютне). На превеликий жаль справжніх інсультних центрів в Україні бракує такі хворі часто перебувають на лікуванні у відділеннях інтенсивної терапії (ВІТ) загального профілю, тому неврологам та лікарям ВІТ слід знати тонкощі корекції порушень МК та уміти ефективно співпрацювати.

Патофізіологія МК в зоні ішемічної напівтіні. При підвищенні АТ кровоток по поодиноким дрібним судинам, які заходять в зону ішемічної напівтіні з інших басейнів кровопостачання підвищується більше ніж кровотоку в неушкоджених ділянках мозку. Це відбувається внаслідок того, що ці судини максимально розширені під дією великої кількості недоокислених продуктів (переважна більшість з них є потужними вазодилататорами), які виділяю ішемізована тканина мозку. В цих розширених судинах ауторегуляція МК не спрацьовує і величина кровотоку майже на пряму залежить від рівня АТ. У протипоказу цьому, в здорових ділянках мозку при підвищеному АТ спрацьовує ауторегуляція МК і мозкові судини звужуються, з одного боку залишаючи МК на незмінному рівні, а з іншого, зменшуючи об'єм крові мозку, а відповідно, і ВЧТ. Вказані механізми забезпечують певний рівень перфузії в ділянці ішемічної напівтіні і дозволяють сподіватися на призупинення розповсюдження ділянки некрозу за типом масляної плями. Це дає змогу вважати помірну артеріальну гіпертензію компенсаторною захисною реакцією на ішемію мозку, що й підкреслював А.І. Тріщинський в своїх лекціях.

Надмірна артеріальна гіпертензія (АГ) при ГІ. Якщо підвищений рівень АТ виходить за межі ауторегуляції МК, артеріоли м'якої мозкової оболонки (так звані резистивні судини) стають неспроможні до вазоконстрикції і під впливом внутрішньо судинного тиску пасивно розширюються. Внаслідок цього надмірна артеріальна гіпертензія і наступна судинна реакція з компенсаторної перетворюється на ту, що ушкоджує мозок за рахунок 3-х основних механізмів:

1. При розширенні судин в здорових ділянках мозку попереднє компенсаторне збільшення кровотоку в дрібних судинах, які заходять в зону ішемічної припиняється, тобто розвивається феномен обкрадання.
2. На фоні вираженої АГ при помірному збільшенні діаметру артеріол може значно зростати об'ємна швидкість МК. При цьому суттєво зростає об'єм крові, що перебуває в венах порожнини черепа (за рахунок збільшення діаметру вен) і це призводить до підвищення ВЧТ.
3. Розширення артеріол на фоні збільшення об'ємної швидкості МК призводить до часткової втрати артеріально-капілярного градієнту тиску і суттєвого підвищення внутрішньокapілярного тиску. При цьому втрачається щільне з'єднання між ендотеліоцитами, з'являються проміжки, через які рідка частина плазми може поступати в тканину мозку – втрачається цілісність ГЕБ та розвивається вазогенний набряк мозку. Вазогенний набряк мозку розвивається як здорових, так і в ушкоджених ділянках мозку. Крім того, висока артеріальна гіпертензія несе в собі ризик розриву дрібних судин ГМ, особливо в зоні ішемічної напівтіні і геморагічної трансформації II.

Саме у перші години після виникнення тяжкого II часто виникає виражена АГ, проте як в даних наукових досліджень, так і в заключеннях експертів існують розбіжності щодо величини порогового тиску, при якому потрібна корекція, темпу зниження АТ та його цільовим рівнем, а також вибором препаратів та їх дозами.

Поріг корекції артеріальної гіпертензії при II. Вказані патофізіологічні передумови підтверджуються U чи J-подібною кривою виживання хворих з II, залежно від рівня АТ в перші години після інсульту. Така форма кривої характеризується наявністю певного оптимального рівня АТ (в межах помірної гіпертензії), а відхилення як в сторону помірного зниження, так і в сторону значного підвищення АТ летальність підвищується. Так за результатами аналізу бази даних International Stroke Trial, в яке були включені 17398 пацієнтів з II виявилось, що найвище виживання було у пацієнтів з систолічним АТ (САТ) близько 150 мм рт. ст. [2]. Зниження САТ на кожні 10 мм рт. ст. призводило до підвищення летальності аж на 17,9%, тоді як підвищення САТ на кожні 10 мм рт. ст. теж супроводжувалось підвищенням летальності, але всього на 3,8%. Крім того, зростання АТ часто є симптомом більш тяжкого інсульту і більшого об'єму інфаркту мозку. Тому аналіз субгруп пацієнтів з тяжким інсультом показав, що прогностично сприятливим був САТ близько 180 мм рт. ст. За результатами інших досліджень, збільшення летальності спостерігали серед хворих з рівнем САТ < 136 мм рт. ст. та > 181 мм рт. ст. [3], а також з рівнем САТ < 155 мм рт. ст., та > 220 мм рт. ст. [4].

Як при застосовуванні антигіпертензивної терапії так і під час спонтанного зниження АТ, кращий прогноз спостерігався протягом перших 8 год. це зниження було помірним – на 10–27 мм рт. ст. Разом з тим, у літніх осіб (понад 76 р.) навіть помірне зниження АТ не покращувало результати лікування, а суттєве зниження АТ (понад 27 мм рт. ст.) асоціювалось з багатократним підвищенням летальності. Результати переважної більшості останніх досліджень дозволили сформулювати майже консенсусні правила корекції АТ:

- рутинне зниження АТ який перебуває в межах ауторегуляції в гострому періоді інсульту не рекомендується;
- на догоспітальному етапі корекція АТ не проводиться при виявленні САТ не > 220 мм рт. ст. та/або ДАТ не більше ніж > 120 мм рт. ст., а в стаціонарі поріг корекції АТ може бути переглянуто;
- у літніх осіб та осіб з стійною артеріальною гіпертензією – початок корекції при САТ 220 мм рт. ст. та зниження АТ на 15% протягом першої доби; важливо не допускати навіть спонтанного зниження АТ < 160/90 мм рт. ст., особливо у хворих зі стенозами магістральних мозкових артерій;
- у молодших хворих, в яких тромболізис не планується, і в кого немає гіпертонічної хвороби в анамнезі поріг корекції САТ може бути > 200 мм рт. ст. та/або ДАТ > 110 мм рт. ст.
- при запланованому тромболізисі АТ слід корегувати, якщо він > 185 мм рт. ст. та/або ДАТ не більше ніж > 110 мм рт. ст.

Медикаментозна корекція артеріальної гіпертензії (АГ). Швидкий початок корекції надмірної АГ та поступове повернення АТ в рамки ауторегуляції МК для збереження помірної та компенсаторної артеріальної гіпертензії є важливою, проте вкрай складною задачею. Складність задачі полягає не тільки в тому, щоб не допустити суттєвого зниження АТ і пов'язану з цим гіпоперфузію в зоні ішемічної напівтіні, а й не порушити ауторегуляцію МК, шляхом застосування препаратів, які розширюють судини мозку. До препаратів які негативно впливають на ауторегуляцію мозкового кровообігу і пригнічують міогенні рефлексі вазоконстрикції і тим самим посилюють феномен обкрадання та

підвищують ВЧТ належать нітрати, міотропні спазмолітини, такі як дібазол, папаверин, но-шпа, гідралазин, інгібітори фосфодіастерази (еуфілін) та ін. Застосування нітропрусида часто призводить до підвищення ВЧТ, тому може бути обґрунтованим лише у разі при діастолічного АТ вище 140 мм рт. ст. та неефективності інших препаратів. Використання альфа-адрено блокатора урапіділа чи альфа-бета адреноблокатора лабетолола, супроводжується мінімальним впливом на діаметр мозкових судин, мінімальним впливом на ВЧТ і незначним зниження перфузії мозку в зоні пенумбри, тому саме ці препарати на сьогодні є першою лінією лікування артеріальної гіпертензії при ГПМК (входять до Європейських та Українських клінічних настанов).

Титування доз антигіпертензивних препаратів при ГП. Іншим суттєвим фактором є те, що артеріальний тиск слід знижувати менше, ніж це роблять при гіпертонічному кризі, тому дози препаратів, як правило, повинні бути нижчими ніж ті, які зустрічаються в кардіологічних консенсусах. Разом з тим, рекомендовані дози того ж таки урапіділу варіюють в широких межах. Так рекомендована початкова доза коливається в межах від 1,25–2,5 мг в американській монографії [5] до 30 мг в деяких вітчизняних монографіях. В деяких рекомендаціях початкова доза для болюсного введення варіює в широких межах 10–50 мг і співпадає з інструкцією до препарату (за показаннями "гіпертонічний криз") [6]. В адаптованих клінічних настановах з лікування хворих з гострим ішемічним інсультом, 1,25–2,5 які були доступні в електронному вигляді на сайті МОЗ початкова доза була 1,25–2,5 мг, а в опублікованому варіанті вона вже зазначається як 12,5–25 мг. В уніфікованому клінічному протоколі, присвяченому проведенню системного тромболізу, який вийшов разом з клінічними настановами первинна доза урапіділу 10–15 мг. Такі значні варіації в початковій дозі можуть супроводжуватися різним клінічним ефектом.

Моніторинг ефективності корекції АТ. Хоча лікар повинен підбирати дозу виходячи з вихідного рівня АТ, цільового рівня АТ, маси тіла пацієнта, віку, тощо і ефект від первинної дози може бути дещо згладжений різним темпом введення препарату при проведенні його подовженої інфузії, ключовим фактором успішності корекції артеріальної гіпертензії є саме ефективність моніторингу АТ. До отримання первинного зниження АТ його моніторинг слід проводити АТ кожні 3–5 хв., в подальшому упродовж наступних 2 годин кожні 15 хв., потім кожні 30 хв. впродовж 6 годин, потім кожну годину впродовж 16 годин.

Обладнання та вибір місця лікування. На практиці така висока частота вимірювання АТ можлива лише із застосуванням апаратів/моніторів для автоматичного вимірювання АТ, які на сьогодні доступні лише у ВІТ чи палатах інтенсивної терапії. Ефективний підбір дози для постійної інфузії потребує застосування шприцевого насоса дозатору/перфузору. Крім того, якщо вибрані початкова доза чи темп інфузії виявилися занадто великими і трапилося значне зниження АТ, то це ускладнення може бути корегованим збільшенням темпу інфузії кристаліду, а при необхідності і застосуванням вазопресорів. Все це дає підстави стверджувати, що за відсутності спеціалізованих інсультних центрів (створених за принципом ВІТ і відповідно оснащених) хворі з вираженою артеріальною гіпертензією, яка потребує медикаментозної корекції, упродовж 1-ї доби повинні лікуватися в умовах ВІТ чи палатах ІТ, навіть за відсутності глибокого порушення свідомості та розладів дихання.

Висновки. У хворих, в яких АТ який виходить за межі ауторегуляції, результати їх лікування можуть багато в чому залежати від пошуку балансу між поліпшенням колатерального кровотоку за рахунок підвищеного АТ і численними ризиками, які несе в собі артеріальна гіпертензія.

Список літератури

1. Mees SMD, Algra A, Vandertop WP, et al. Magnesium for aneurysmal subarachnoid haemorrhage (MASH-2): a randomised placebo-controlled trial. *The Lancet*, 2012; 380 (9836): 44–49.
2. Mullen MT, McKinney JS, Kasner SE. Blood pressure management in acute stroke. *J Hum Hypertens* 2009; 23: 559–69.
3. Leira R, Millin M, Deez-Tejedor E, et al. Age determines the effects of blood pressure lowering during the acute phase of ischemic Stroke: The TICA Study. *Hypertension* 2009; 54: 769–74.
4. Stead LG, Gilmore RM, Decker WW, et al. Initial emergency department blood pressure as predictor of survival after acute ischemic stroke. *Neurology*, 2005; 65: 1179–1183.
5. JP Mohr (ed.) *Stroke: pathophysiology, diagnosis, and management*. 5-th ed., Elsevier, Philadelphia, 2011, 1493 pp.
6. Пархоменко О.М., Амосова К.М., Дзяк Г.В. та ін. Гіпертензивні кризи: діагностика і лікування. Консенсус Асоціації кардіологів України та Української асоціації боротьби з інсультом. *Український кардіологічний журнал*, 2012; №1: 82–113.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ УСПЕШНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В НЕПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

М.Н. Пилипенко, Ю.В. Фломин

Введение. Тромболитическая терапия альтеплазе остается единственным специфическим медикаментозным вмешательством при остром ишемическом инсульте (ИИ), которое имеет доказанную безопасность и эффективность и официально рекомендовано в большинстве стран мира. Вместе с тем в Украине в силу многих причин тромболизис при ИИ проводят крайне редко. Мы рассматриваем клинический случай, когда, по стечению обстоятельств, больной с острым ИИ, лечебно-диагностическое оборудование, квалифицированный медперсонал, который смог диагностировать ИИ и владел критериями включения/исключения для системного тромболизиса, и сам тромболитик одновременно находились в одном лечебном учреждении. Особенность состояла в том, что это был кардиохирургический стационар, где нет ни неврологического, ни нейрохирургического отделения.

Клинический случай. Летом 2013 г., примерно в 10 ч. утра, пациент С., мужчина 52 лет, врач по профессии, в связи с плохим самочувствием обратился за помощью в кардиохирургический стационар. Поскольку каких-либо хронических заболеваний у пациента С. не было, но за несколько лет до этого он был прооперирован по поводу посттравматического разрыва аортального клапана, пациент заподозрил, что симптомы могут быть вызваны осложнением или рецидивом его предыдущего заболевания сердца.

На момент приезда в больницу пациента беспокоили головокружение (неустойчивость при ходьбе), нарушение зрения (размытость контуров предметов, находящихся справа, частичное выпадение полей зрения справа), а также параноидальные мысли об отравлении и чувство страха смерти. Пациент позвонил своему другу, также врачу по специальности, и попросил его приехать в этот стационар.

При первичном осмотре кардиолога в 10:30 было зафиксировано АД 135/90 мм рт. ст., пульс 84 уд. в мин., ЧДД 18 в мин., масса тела 89 кг. После проведения трансторакальной эхокардиографии и доплерографии были исключены стенозы или недостаточность сердечных клапанов, внутрисердечные тромбы, а также гипертрофия и перегрузка правых и левых отделов сердца.

Учитывая жалобы, пациент был направлен на консультацию к неврологу. При неврологическом осмотре в 11:30 были выявлены умеренный парез мимических мышц справа, легкая дизартрия и умеренное снижение силы и тонуса мышц правых конечностей. Оценка по Инсультной шкале Национальных институтов здоровья (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS) составляла 5 баллов. В связи с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения больной был незамедлительно направлен на компьютерную томографию (КТ). Согласно предварительному заключению КТ (11:45), признаков внутримозгового кровоизлияния или инфаркта мозга не было.

Пока пациент ожидал заключение КТ в холе (12:00–12:30), у него выросла слабость в правых конечностях, появился перекос лица влево, а речь стала неразборчивой. Вначале было принято решение о транспортировке больного в неврологический стационар, где ему мог бы быть проведен тромболизис и больной и его ближайший родственник (по телефону) дали устное согласие на такую тактику лечения. Между тем, состояние больного продолжало ухудшаться: появилось нарушение сознания (оглушение, оценка по Шкале комы Глазго 13 баллов), пациент уже не мог самостоятельно передвигаться из-за грубого правостороннего гемипареза. Вызванный в холл врач-анестезиолог констатировал нарастание тяжести неврологических нарушений и принимая во внимание рекомендации друга пациента как можно быстрее начать тромболитическую терапию, пациент на сидячей каталке был доставлен в отделение интенсивной терапии (ОИТ). В 12:40 больной в ОИТ были произведены забор крови на анализы и ультрасонография сонных артерий. При совместном осмотре (13:00) с учетом клинической картины и данных КТ был установлен клинический диагноз ИИ в бассейне левой средней мозговой артерии. На момент осмотра оценка по NIHSS увеличилась до 15 баллов. По телефону была проведена консультация с сосудистым неврологом, который принимая во внимание время от начала заболевания и тяжесть неврологического дефицита (высокий риск инвалидности), рекомендовал проводить тромболитическую терапию на месте, тщательно следуя соответствующему протоколу. Таким образом, пациент имел показания и не имел противопоказаний для внутривенной тромболитической терапии альтеплазе, поэтому консилиум, основываясь на положениях Унифицированного клинического протокола медицинской помощи "Системный тромболизис при ишемическом инсульте", принял решение проводить тромболизис. Исходя из массы тела пациента в 89 кг, доза альтеплазе составляла 80 мг.

За несколько минут до начала введения альтеплазе у больного развился однократный приступ клонико-тонических судорог, которые прекратились без введения медикаментозных препаратов. После судорог, уровень сознания снизился, больной глаза стал открывать только после громкого обращения, речь больного была не связной, инструкции выполнял с трудом (ШКГ 11 б.). После этого больному была налажена ингаляция увлажненного кислорода с потоком 3–4 л/мин. В 13:04 АД было 145/80 мм рт. ст., пульс 84/мин, ЧДД 16 в мин., SpO₂ 99% (O₂ 3 л/мин.), температура тела 36,7°C. В 13:05 больной получил 10% дозы – 8 мг альтеплазе (Актилизе) – в виде внутривенного болюса, одновременно началась внутривенная инфузия оставшихся 72 мг альтеплазе, которая продолжалась 60 мин.

Примерно через 25 минут после введения болюса больной спонтанно начал открывать глаза, через 35 минут он стал более активен и четко выполнял простые команды, у него начали восстанавливаться активные движения в правых конечностях. Во время инфузии осложнений не было. К концу инфузии пациент был доступен речевому контакту, хотя сохранялись умеренный правосторонний гемипарез и легкая дизартрия. К концу первых суток после тромболизиса отмечалось почти полное восстановление речи и функции мимической мускулатуры, хотя сохранялось умеренно выраженное снижение мышечной силы в правых конечностях. При повторной КТ головы через 22 ч после тромболизиса признаков внутримозгового кровоизлияния не выявлено. Больной мог стоять и передвигаться без посторонней помощи, хотя при первых попытках перехода в вертикальное положение отмечалась ортостатическая гипотензия с предобморочным состоянием. Пациенту был предложен перевод в неврологическое отделение, однако пациент отказался продолжать лечение в стационаре и был выписан домой.

На вторые сутки после тромболизиса ортостатические реакции полностью прошли, пациент мог самостоятельно пройти несколько десятков метров. В тот же день пациент был осмотрен сосудистым неврологом в Инсультном центре клиники "Обериг", ему была проведена повторная КТ головы и церебральная КТ-ангиография. При повторной КТ признаков инфаркта мозга или гемодинамически значимых стенозов церебральных артерий не выявлено. Сосудистый невролог установил клинический диагноз "ИИ в вертебробазиллярном бассейне с умеренным правосторонним гемипарезом и умеренной гемигипестезией" и порекомендовал амбулаторную реабилитацию (кинезотерапия, эрготерапия) и комплексную вторичную профилактику инсульта.

Обсуждение. Представленный клинический случай тромболитической терапии при ИИ представляется нам не совсем обычным. Во-первых, пациент, будучи врачом, почувствовав недомогание, вместо обращения за неотложной помощью самостоятельно добрался в больницу. Во-вторых, развитию инсульта предшествовали неспецифические симптомы в течение несколько дней, а клинические проявления острого нарушения мозгового кровообращения появились, когда пациент уже находился в стационаре. В-третьих, после исключения острой кардиологической патологии и постановки неврологического диагноза было принято правильное решение оказывать пациенту помощь на месте, а не переводить его в профильное лечебное учреждение, что позволило существенно сократить время до начала лечения. В-четвертых, хотя у сотрудников ОИТ кардиохирургического профиля не было достаточного опыта в лечении ИИ и имелись сомнения по поводу безопасности тромболизиса у данного пациента, они прислушались к мнению коллег и решились на это вмешательство. Наконец, в данном стационаре был в наличии препарат Актилизе.

Сочетание указанных факторов, которое в повседневной практике встречается достаточно редко, определило возможность проведения тромболизиса в самом раннем периоде ИИ (болюс альтеплазе был введен через 90 минут после появления очаговых неврологических нарушений), когда он особенно эффективен. Описанные события происходили в присутствии друга пациента, который, также будучи врачом, правильно оценил ситуацию и настоял на проведении тромболитической терапии. Благодаря телефонным консультациям с сосудистым неврологом, сотрудники кардиохирургического ОИТ смогли выбрать правильную лечебную тактику. При других обстоятельствах вероятность проведения успешного тромболизиса, по-видимому, была бы значительно ниже.

Заключение. Таким образом, в ОИТ крупного лечебного учреждения, оказывающего преимущественно кардиохирургическую помощь, была проведена успешная тромболитическая терапия при ИИ, который развился в стационаре. Наличие в стационаре альтеплазе и строгое соблюдение протокола являются залогом успешного проведения системного тромболизиса при ИИ. Мы надеемся, что описание данного клинического случая вдохновит наших коллег в других стационарах ближе познакомиться с процедурой тромболизиса при ИИ и шире применять его в своей практике.

1. Wardlaw JM, Murray V, Berge E, et al. Recombinant tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012; 379: 2364–72.
2. IST-3 collaborative group. Effect of thrombolysis with alteplase within 6 h of acute ischaemic stroke on long-term outcomes (the third International Stroke Trial [IST-3]): 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *Lancet Neurol.* 2013 Aug; 12(8):768–76.

ВНУТРИМОЗГОВОЕ КРОИЗЛИЯНИЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Рассказов С.Ю., MD, FRCS(C), FAANS

Insight Institute of Neurosurgery and Neuroscience, Flint, Michigan, USA

Спонтанное внутримозговое кровоизлияние (ВМК) составляет от 10% до 15% от всех типов инсульта. Прогноз исходов ВМК значительно хуже ишемического инсульта или субарахноидального кровоизлияния: 30-дневная смертность составляет до 50% и половина выживших остаются тяжелыми инвалидами. Шкала ICH основанная на Шкале Комы Глазго, возрасте больного, локализации кровоизлияния (супратенториальное или инфратенториальное), объема внутримозговой гематомы и наличия внутрижелудочкового кровоизлияния позволяет предсказать вероятность летального исхода в 30-дневный период. Этиологическая классификация внутримозгового кровоизлияния SMASH-U позволяет уточнить прогноз; причина кровоизлияния является основной детерминантой смертности. Прогноз исходов лечения больных с ВМК ухудшается при прорыве гематомы в желудочки. Тяжесть состояния при этом осложнении зависит от наличия гидроцефалии и уровня сознания.

В настоящее время подходы к лечению внутримозгового кровоизлияния являются спорными и дискуссионными. Результаты исследования STICH являются основополагающими для роли нейрохирургического лечения ВМК. Исследование было опубликовано в 2005 году и сравнивало группу больных с ВМК, которых лечили медикаментозно с группой больных которым проводили краниотомию с эвакуацией внутримозговой гематомы. Результаты сравнения результатов лечения показали отсутствие разницы между группами. Спектр видов нейрохирургического лечения ВМК очень широк: классическая краниотомия, декомпрессивная краниотомия, постановка внутрижелудочкового дренажа и минимально инвазивные доступы – стереотаксические или эндоскопические с или без фибринолитической терапией. Абсолютным показанием к нейрохирургическому вмешательству при ВМК является кровоизлияние в заднюю черепную ямку и внутрижелудочковое кровоизлияние.

Данные мета-анализа рандомизированных клинических исследований по применению методов минимально-инвазивной нейрохирургии для лечения больных с ВМК дают основания об их эффективности и предоставляют клиницистам показания и критерии отбора для вмешательства.

Литература:

1. Meretoja A et al. SMASH-U: A Proposal for Etiologic Classification of Intracerebral Hemorrhage. Stroke, 2012; 43:2592–2597
2. Grysiewicz R, Gorelick PB. Update on Amyloid-associated Intracerebral Hemorrhage. US Neurology. 2012;8(1):20–3
3. Hwang B.Y. et al. Clinical Grading Scale in Intracerebral Hemorrhage. Neurocrit Care, 2010;13:141–151
4. Zhou X. et al. Minimally Invasive Surgery for Spontaneous Supratentorial Intracerebral Hemorrhage: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. Stroke.2012;43:2923–2930

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Трещинская М.А.

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П.Л. Шупика

Повреждение головного мозга как в результате острого нарушения мозгового кровообращения или черепно-мозговой травмы, так и более редких причин требует особого отношения врача-интенсивиста, поскольку внутричерепной гомеостаз имеет ряд особенностей, влияющих на тактику лечения. Прежде всего, ограниченность пространства внутри черепа костными структурами, и следовательно вероятность ущемления мозга в "узких" местах. Кроме того, внутричерепной гомеостаз тесно связан с циркулирующей жидкости внутри черепа – артериальной и венозной крови, спинно-мозговой жидкости – адекватность притока, оттока, образования и резорбции которых имеет крайне важное значение для адекватного функционирования головного мозга. Необходимо отметить, что сама нервная ткань не имеет в физиологическом состоянии плотной текстуры и содержит большое количество воды (до 95% в зависимости от возраста).

Таким образом, поддержание адекватного водно-электролитного и тесно связанного с ним кислотно-основного баланса имеет крайне важное значение для реализации и оптимизации защитных и компенсаторных механизмов в течение острого повреждения головного мозга.

Хотелось бы отметить, что многие механизмы повреждения нервной ткани развиваются вследствие нарушения внутричерепного гомеостаза и предупредить или минимализировать их повреждающее влияние часто представляется возможным лишь по средствам адекватной инфузионной терапии, применение которой основано на знаниях особенной метаболизма головного мозга в физиологических условиях и при патологии. В ходе инфузионной терапии, особое внимание следует уделить не только поддержанию адекватного водно-электролитного и кислотно-основного баланса, но и коррекции таких состояний как дегидратация (различных ее вариантов), гипергидратации (отек и набухание головного мозга, как локальное ее проявление, использование осмодиуретиков), церебральный синдром вымывания солей и неадекватный синтез антидиуретического гормона. Инфузионная терапия при остром повреждении головного мозга так же имеет ограничения и по качественному составу, например использование инфузионных препаратов содержащих глюкозу или декстрозу крайне не желательны.

ДОСВІД НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АНЕВРИЗМАТИЧНИМИ САК ВНАСЛІДОК РОЗРИВІВ АРТЕРІАЛЬНИХ АНЕВРИЗМ ПМА/ПСА

Цімейко О.А., Мороз В.В., Тиш І.І., Скорохода І.І., Шахін Н.А., Сидорак А.Д.

ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України"

м. Київ

Однією із причин формування внутрішньо-черепних крововиливів є розрив артеріальних аневризм (АА) головного мозку. Провідними методами лікування та профілактики повторного крововиливу є транскраніальна або ендovasкулярна операція, метою якої є виключення АА з кровотоку. В умовах клініки судинної нейрохірургії інституту нейрохірургії переважало застосування транскраніального методу хірургічного лікування розривів АА у кількості – 4221, в порівнянні з ендovasкулярним методом – 667 операцій.

Мета дослідження: провести аналіз та оцінити результати транскраніального методу хірургічного лікування хворих з АА переднього півкільця Велізієвого кола мозку.

Матеріал та методи. Проведено аналіз результатів транскраніального хірургічного лікування хворих з розривами АА переднього півкільця, які перебували на лікуванні в клініці судинної нейрохірургії ІНХ НАМН України в період з 01.01.1997 по 01.05.2013рр включно. Всього оперовано 4221 пацієнтів. Чоловіків було 2024, жінок – 1997. Вік хворих коливався від 7 до 86 рр. Більшість оперованих хворих (3834) були у віці від 21 до 60 рр. Оперативні втручання виконані 2305 хворим з приводу розриву АА передньої мозкової – передньої сполучної артерій (ПМА-ПСА), 1149 пацієнтам з АА внутрішньої сонної артерії (ВСА) та 1156 з АА середньої мозкової артерії (СМА).

Результати та обговорення. Результати хірургічного лікування хворих з АА переднього півкільця артеріального кола мозку оцінювали за шкалою наслідків Глазго (Glasgow Outcome Scale в модифікації Jennet В. та співавт., 1981). Задовільне відновлення відмічене у 62,9% (2644) пацієнтів. Помірну інвалідизацію спостерігали у 18 % (782) пацієнтів.

Значна інвалідизація відмічена у 5,1 % (215) пацієнтів. У 88 спостереженнях (2,1%) розвинувся вегетативний статус. Післяопераційна летальність склала 11,9% (492) пацієнта.

Висновки. Представлений матеріал вказує на ефективність транскраніальної методики у хірургічному лікуванні АА головного мозку, яка ґрунтується на досягненні позитивного результату у 80,9% випадків. Таким чином, для зменшення відсотка летальності хворих з аСАК потрібна термінова госпіталізація до високоспеціалізованих нейросудинних центрів та невідкладне оперативне втручання. Сприятливі наслідки лікування частіше бувають у великих клініках (центрах), в яких оперується значна кількість пацієнтів з аСАК. Наявність досвідчених нейрохірургів, які володіють нейросудинними та ендovasкулярними технологіями, котрі працюють в парі з одним пацієнтом, є бажаним для проведення оптимального диференційованого лікування.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ПЕРЕДНЬОЇ МОЗКОВОЇ АРТЕРІЇ

Цімейко О.А., Сидорак А.Д., Тиш І.І., Шахін Н.А.
ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України"
м. Київ

Аневризматичний субарахноїдальний крововилив складає близько 4% від усіх форм порушень мозкового кровообігу і зустрічається з частотою від 6 до 19,4 випадків на 100 тис. населення. В 50–70% випадків нетравматичний крововилив в субарахноїдальний простір головного мозку виникає внаслідок розриву артеріальних аневризм (АА). В загальній структурі аневризм головного мозку від 3 до 6% складають аневризми дистальних сегментів передньої мозкової артерії (ПМА).

Мета дослідження: провести аналіз та оцінити результати транскраніального методу хірургічного лікування хворих з АА дистальних відділів передніх мозкових артерій.

Матеріал та методи. Проаналізовано результати лікування 56 хворих з аневризмами дистальних сегментів передньої мозкової артерії, які були оперовані в інституті нейрохірургії з 1996 по 2012 рік. Серед хворих – жінок було 39, чоловіків – 17, вік хворих коливався від 23 до 75 років. Комплекс обстежень включав загальноклінічне обстеження, визначення неврологічного статусу, огляду офтальмолога та отоневролога. Комплекс інструментальних досліджень складався з : церебральної ангиографії, КТ, КТ-АГ, МРТ, МР-АГ. Всім хворим було проведено мікрохірургічне виключення АА.

Результати та обговорення. При плануванні операції з приводу аневризм дистальних сегментів ПМА доцільно використати весь комплекс досліджень : церебральну ангиографію, СКТ, МРТ в Т2 режимі для оцінки топографії ПМА, локалізації аневризми відносно мозолистого тіла, відстані від поверхні мозку до аневризми. При аналізі ангиографії доцільно визначити розміри аневризми, співвідношення розмірів шийки та купола аневризми, напрямку купола аневризми.

При аневризмах А2 сегмента ПМА використовують два основних доступи : птеріональний та міжпівкульовий. Кожен з цих доступів застосовується в конкретному випадку, в залежності від анатомо-топографічних особливостей аневризми. Аневризми перикальозної артерії, що розташовані на відстані до 2 см. від передньої сполучної артерії оперуються з птеріонального доступу. При аневризмах перикальозної артерії, що розташовані дистальніше сегмента А2 застосовується міжпівкульовий доступ. Сторона і локалізація міжпівкульового доступу залежить від розташування аневризми, спрямування купола аневризми, наявності внутрішньомозкової гематоми з дислокацією несучої аневризми судини, наявності аномалії розвитку перикальозної артерії.

Висновки. Аналіз результатів лікування хворих показав, що основним методом лікування пацієнтів з аневризмами перикальозної артерії є хірургічний метод, спрямований на виключення аневризми з кровоплину.

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ОКЛЮЗІЙНО-СТЕНОТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНЬОЮ ОКЛЮЗІЙНО-СТЕНОТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Цімейко О.А., Тиш І.І., Мороз В.В., Скорохода І.І., Авазашвілі І.Д.
Клініка невідкладної судинної нейрохірургії з рентген операційною
ДУ "Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України"
Київ, Україна.

Згідно з даними ВООЗ, судинні захворювання головного мозку займають друге місце серед причин смерті у всіх країнах світу. Дані літератури свідчать про те, що близько 20–40% пацієнтів, яким виконують реваскуляризації міокарда, мають гемодинамічно значущі стенози, які локалізуються в сонних, хребтових або підключичних артеріях. З іншого боку, 40–60% пацієнтів, яким виконують каротидну ендартеректомію (КЕА), мають ураження коронарних судин.

Мета. Вивчити результати хірургічного лікування при оклюзійно-стенотичних ураженнях сонних артерій у хворих із супутньою оклюзійно-стенотичною патологією коронарних артерій в динаміці і розробити тактику лікування.

Метеріалі і методи. Проведено аналіз лікування 68 пацієнтів з поєднаною оклюзійно-стенотичною патологією сонних і коронарних артерій, яким планували або вже провели хірургічні операції на судинах серця протягом 01.01.2008–01.01.2013 р. Прооперовано 68 (100%) пацієнтів, у 9 (13,2%) з них проведена – каротидна ендартеректомія (КЕА). А у 59 (86,7%) – ендovasкулярне стентування сонних артерій (ВСА). Пацієнти розділені на дві групи. Перша група 43 (63,2%) пацієнта – яким проведено спочатку стентування сонних артерій (ССА) а пізніше стентування коронарних артерій (СКА). Друга група – 25 (36,7%), які оперовані в зворотній послідовності: спочатку методом СКА, а потім ССА.

Середній вік пацієнтів склав $(65,2 \pm 1,0)$ років. Показаннями для проведення ангіопластики зі стентуванням були стенози однієї або двох магістральних артерій більше 80%, незалежно від наявності вогнищевої неврологічної симптоматики, а також стенози артерій більше 60% при наявності вогнищевої неврологічної симптоматики або неодноразових ТІА в анамнезі в басейні ураженої артерії. Всім хворим виконували доплерографічне обстеження брахіоцефальних судин і ЦАГ до і після хірургічного втручання. Динамічне спостереження проводили протягом 3-х років з контролем через 6 місяців, 1, 2 і 3 роки.

Результати та їх обговорення. Спостереження за хворими показало, що повторних ішемічних інсультів та значимих рестенозів в басейнах оперованих артерій не спостерігалось. Кращі результати були відзначені першій групі хворих.

Висновки. На наш погляд при виборі хірургічної тактики слід враховувати такі критерії: недостатність якого артеріального басейну переважає у хворого (басейн каротидних артерій чи басейн коронарних артерій), толерантність головного мозку до тимчасового перетискання сонних артерій з урахуванням стану Велізієвого кола, тип атеросклеротичних бляшок, їх емболозагроза, ступінь стенозування артерій.

**ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНТРИКУЛІТУ
У ХВОРИХ ІЗ ЗОВНІШНІМ ДРЕНУВАННЯМ
ШЛУНОЧКОВОЇ СИСТЕМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ
ПІСЛЯ РОЗРИВУ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ
УСКЛАДНЕНИХ ПРОРИВОМ КРОВІ В ШЛУНОЧКОВУ СИСТЕМУ
З ГЕМОТАМПОНАДОЮ ТА ОКЛЮЗІЙНОЮ
ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ**

Цімейко О.А., Шахін Н.А., Тиш І.І., Сидорак А.Д., Авазашвілі І.І.
ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України"
м.Київ

Клінічним проявом гострого порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом внаслідок розриву аневризм головного мозку є субарахноїдальний крововилив, часто з проривом крові в шлуночкову систему і розвитком того чи іншого ступеню тампонади шлуночкової системи і формуванням оклюзійної гідроцефалії. Першим етапом хірургічного лікування проводиться зовнішнє дренування переднього рогу бічного шлуночка як з однієї, так і з двох сторін з подальшим виключенням аневризми транскраніальним чи ендovasкулярним методом. Вентрикулярний дренаж після встановлення підключався до стерильної герметичної системи, але при тривалому дренуванні (більше 5 діб) у хворих розвивались гнійно-запальні ускладнення головного мозку та лікворних шляхів, не дивлячись на дотримання правил асептики і антисептики.

Мета роботи: оцінити ефективність інтратекального введення антибактеріальних засобів в профілактиці менінгоенцефаліту та вентрикуліту.

Матеріали та методи: дослідження проводилось на 55 хворих, які знаходились на лікуванні у відділенні невідкладної судинної нейрохірургії з рентгеноопераційною з 01.01.2009 до 01.09.2013 р., чоловіків було 36, жінок – 19. Вік хворих коливався від 22 до 74 років. Однобічне дренування проведено 32 хворим, двобічне 23 хворим.

В перший день після дренування хворим вводили по 50мг амікацину, розведеного у 5 мл 0,9% розчину NaCl, після введення дренаж закривався на одну годину. Починаючи з 5 доби хворим вранці вводили амікацин в тій же дозі, а ввечері – 1% розчин діоксидину 1 мл, розведеного у 5 мл. 0,9% розчину NaCl. При двобічному дренуванні кратність і дозування однакові в кожний дренаж.

Результати та їх обговорення: хворим проводився посів ліквору один раз в три дні. На фоні введення лікарських препаратів посів ліквору із дренажів у 49 хворих (89%) був від'ємний, у 6 хворих (11%) виявлено ріст мікрофлори, яка була резистентною до даних препаратів.

Висновок: Отже, згідно з результатами проведення антибактеріальної терапії при інтратекальному введенні в 89% випадків не реєстрований ріст мікрофлори, і таким чином, вдалось попередити розвиток вентрикуліту, в 11% випадків хворим інтратекально вводились інші препарати, згідно з чутливістю за даними посіву.

СТАТИНИ В ПЕРВИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ІНСУЛЬТУ ТА ІНШИХ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Дельва М.Ю.

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія"

Полтава

Статини (інгібітори 3-гідрокси-3-метилглутарил-коензим А редуктази) широко використовуються в сучасній клінічній практиці як ефективні гіпохолестеринемічні засоби. Однак, крім цієї основної функції, статини мають чисельні "неліпідні" (плейотропні) ефекти, які не залежать від рівня холестерину в крові і не опосередковуються впливом на його метаболізм. Плейотропні властивості статинів здійснюються за рахунок пригнічення синтезу мевалонату та зменшення утворення продуктів його метаболізму – ізопреноїдів. Результатом цих складних реакцій є нормалізація функцій ендотелію, вазоділятація, збільшення еластичності стінок артерій, протизапальні, антиапоптозні, антиоксидантні, антитромбогенні та профібринолітичні ефекти, стабілізація атеросклеротичних бляшок, тощо.

Статини мають доведену ефективність у первинній профілактиці ішемічних цереброваскулярних подій. Свідомством даного факту є майже однакові результати різних мета-аналізів. При цьому, поряд з "неліпідними" ефектами, профілактичний ефект статинів відбувається переважно за рахунок зменшення прогресування та стимуляції регресу церебрального атеросклерозу (статини знижують відносний ризик розвитку ішемічних інсультів прямо пропорційно зниженню холестерину ліпопротеїдів низької щільності в крові).

В останній час з'явилась досить значна доказова база (дані окремих клінічних досліджень і результати деяких мета-аналізів) ефективності тривалого прийому статинів (особливо в порівняно високих дозах) в первинній профілактиці інших захворювань центральної нервової системи (хвороби Паркінсона, хвороби Альцгеймера, деменції іншого генезу), незалежно від наявності у пацієнтів супутньої патології та прийому супутньої терапії. Крім того, мають право на існування окремі суперечливі клінічні повідомлення про ефективність статинів в попередженні екзацербаций та в значимій оптимізації процесів ремієлінізації у пацієнтів з розсіяним склерозом. Широкий спектр превентивної активності статинів пояснюється як певною спільністю патогенетичних механізмів окремих нейродегенеративних і нейро-імунозапальних захворювань (ендотеліальна дисфункція, імуно-патологічні зміни, оксидативний стрес, мітохондріальна дисфункція, апоптоз, порушення ліпідного обміну в головному мозку, тощо), так і плейотропними нейропротективними властивостями препаратів. Причому, нейропротективний ефект статинів прямо залежить від їх здатності проникати через гематоенцефалічний бар'єр (аторвастатин, симвастатин, як ліпофільні представники, мають значно більшу клінічну ефективність щодо попередження виникнення нейродегенеративних захворювань).

Однак, необхідно зауважити, що статин-індукована нейропротекція потребує подальших наукових досліджень з детальним з'ясуванням специфічних фізіологічних механізмів, що лежать в основі цього феномену. Практична доцільність таких пошуків полягає в уточненні ефективності тривалого прийому статинів з метою первинної профілактики нейродегенеративних захворювань, як і профілактики загострень розсіяного склерозу. Тому є необхідним проведення тривалих клінічних досліджень з відповідним дизайном та достатньою кількістю спостережень. Однак загалом потенційна користь тривалого прийому статинів для первинної профілактики неврологічних захворювань (особливо у пацієнтів з чисельними факторами ризику, у пацієнтів похилого віку, тощо) в багато разів перевищує можливі побічні дії цих препаратів.

Література:

1. Amarenco P. et al. (2009) Lipid management in the prevention of stroke: review and updated meta-analysis of statins for stroke prevention. *Lancet Neurology*, 8: 453–463.
2. Bettermann K. et al. (2012). Statins, risk of dementia, and cognitive function: secondary analysis of the ginkgo evaluation of memory study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 21(6): 436–444.
3. Gao X. Et al. (2012) Prospective study of statin use and risk of Parkinson disease. *Archives of neurology*, 69(3): 380.
4. Goldstein L.B. (2011) Guidelines for the Primary Prevention of Stroke A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 42(2): 517–584.

5. Lee Y. et al. (2013) Discontinuation of statin therapy associates with Parkinson disease: a population-based study. *Neurology*, 81: 410–416.
6. Pac-Soo C. et al. (2011) Statins: the role in the treatment and prevention of Alzheimer's neurodegeneration. *Journal of Alzheimer's Disease*, 27(1): 1–10.
7. Prinz V. et al. (2011) Statins and stroke: prevention and beyond. *Current opinion in neurology*, 24(1): 75–80.
8. Reiss A.B. et al. (2009) Statins in neurological disorders: mechanisms and therapeutic value. *TheScientificWorldJournal*, 9: 1242–1259.
9. Roy A. et al. (2011) Prospects of statins in Parkinson disease. *The Neuroscientist*, 17(3): 244–255.
10. Sanchez-Ferro A. et al. (2013) A review of the potential therapeutic role of statins in the treatment of Alzheimer's disease: current research and opinion. *Neuropsych Dis Treat.*, 9: 55–63.
11. Tan E-K. et al. (2013) Holding on to statins in Parkinson disease. *Neurology*, 81: 406–407.
12. Undela, K. et al. (2013) Statin use and risk of Parkinson's disease: a meta-analysis of observational studies. *Journal of neurology*, 260(1): 158–165.
13. Wood W.G. et al. (2010) Statins and neuroprotection. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1199(1): 69–76.

ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ "НЕМЫХ" ИНФАРКТОВ МОЗГА

Мищенко В.Н.

ГУ "Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины"

г. Харьков

Целью нашего исследования было изучение факторов риска, клиничко-неврологических особенностей и структурных изменений головного мозга у больных с "немymi" инфарктами мозга.

Методы исследования: клиничко-неврологический; психодиагностический; МРТ головного мозга; статистические.

Объект исследования: больные с "немymi" инфарктами мозга.

Результаты. Нами было обследовано 168 больных в возрасте от 52 до 74 лет (средний возраст 70,2 года), у которых при проведении нейровизуализации (МРТ) были обнаружены множественные лакунарные инфаркты мозга. При тщательном опросе больных, их родственников, а также при анализе медицинской документации, клинических признаков перенесенных острых нарушений мозгового кровообращения у этих больных выявлено не было. Это позволило определить выявленные лакуны как "немые" инфаркты мозга. Были выделены факторы риска развития цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) у обследованных больных. У большинства пациентов (81,4%) была выявлена артериальная гипертензия (АГ), у 45% больных – сахарный диабет (СД) II типа, у 37,1% больных – фибрилляция предсердий (ФП). 25% обследованных курили, 32% больных страдали ожирением, преимущественно абдоминального типа. У большинства больных наблюдалось сочетание нескольких факторов риска. При проведении клиничко-неврологического обследования были выявлены: экстрапирамидные расстройства у 110 больных (78,6%), атактические нарушения, проявляющиеся нарушением стояния и ходьбы у 62 больных (44,3%), псевдобульбарный синдром у 65 больных (46,4%), пирамидная недостаточность у 70 больных (50%), эмоциональные нарушения у 74 больных (52,8%). Когнитивные нарушения различной степени выраженности, определяемые по шкалам MMSE и MoCa, выявлялись у 128 больных (91,4%). Проведение МРТ показало, что лакуны локализовались в базальных ганглиях у 72 больных (51,4%), субкортикально у 43 больных (30,7%), в коре головного мозга у 11 больных (7,8%), мозжечке у 9 больных (6,4%), в стволе у 6 больных (4,3%). У половины больных были выявлены явления лейкоареозиса, у 81,4% – атрофия головного мозга. Был проведен сопоставительный анализ структурных изменений головного мозга с факторами риска ЦВЗ у обследованных больных. Так у больных с АГ чаще всего обнаруживались явления лейкоареозиса и "немые" инфаркты локализовались в базальных ганглиях. У больных с СД II типа "немые" инфаркты располагались субкортикально и в мозжечке. При сочетании СД с АГ визуализировались явления лейкоареозиса и атрофии головного мозга. У больных с ФП лакуны располагались в различных отделах мозга.

Выводы. Выявлены основные факторы риска развития "немymi" инфарктов мозга: пожилой возраст, АГ, СД II типа, ФП, курение, абдоминальный тип ожирения.

"Немые" инфаркты мозга клинически проявлялись в виде экстрапирамидных расстройств, атактических нарушений, псевдобульбарного синдрома, пирамидной недостаточности, когнитивных и эмоциональных нарушений.

Выявлена взаимосвязь факторов риска ЦВЗ с особенностями локализации "немymi" инфарктов и диффузных изменений мозга.

Проведенные исследования еще раз подтверждают точку зрения о необходимости проведения активной, постоянной и эффективной борьбы с факторами риска ЦВЗ с целью предотвращения развития не только симптомного, но и асимптомного ("немого") инсульта, а также деменции.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Трещинская М.А.

НМАПО имени П.Л. Шупика

Поскольку цереброваскулярная патология уже несколько последних десятилетий не теряет лидирующих позиций в структуре смертности и инвалидизации населения во всем мире, проблема профилактики и превентивного лечения факторов сосудистого риска остается актуальной. Несмотря на активное внимание к проблеме инсульта и сосудистой деменции заболеваемость не снижается, что вероятно связано с недостаточной информированностью населения, а может быть и врачей об основных направлениях первичной профилактики как цереброваскулярной патологии в частности, так сердечно-сосудистых заболеваний вообще. Многие подходы по профилактике коронарогенных заболеваний сердца не имеют достоверной эффективности по отношению к профилактике инсульта. Именно поэтому следует максимально направить свои усилия на выявления лиц с повышенным риском цереброваскулярной патологии и применение к ним, на сегодняшний день доказанно эффективные, подходы первичной профилактики. Поскольку вероятность развития сосудистого события в определенном сосудистом бассейне прогнозировать маловероятно, необходимо оценивать риски в комплексе, но с учетом особенностей цереброваскулярного бассейна в частности. Например, основным отличием является вероятность как ишемического (недостаточно высокая эффективность указанных мероприятий (в среднем до 30%)), так и геморрагического инсульта на фоне терапии направленной на коррекцию факторов риска (применение антиагрегантов, антикоагулянтов, статинов). Так ацетилсалициловая кислота не эффективна на этапе первичной профилактики инсульта у мужчин. Кроме того, не следует забывать, что первичная профилактика проводится у лиц, на первый взгляд без патологии, не имеющих в анамнезе сосудистого события, поэтому убедить и доказать необходимость что-то предпринимать на этом этапе пациента является первоочередной целью первичной профилактики цереброваскулярного события.

РОЛЬ СТАТИНОВ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Ю.В. Фломин

Инсультный центр, МЦ "Универсальная клиника "Оберіг"
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Известно, что лучшим лечением инсульта является его профилактика и при надлежащем контроле факторов риска можно предотвратить более 80% всех инсультов. Ключевые рекомендации по вторичной профилактике у пациентов после транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта включают ведение здорового образа жизни (отказ от курения и злоупотребления алкоголем, здоровое питание и достаточный объем аэробной физической активности), поддержание артериального давления на уровне ниже 140/90 мм рт. ст., прием антитромботических средств (оральные антикоагулянты при кардиоэмболических инсультах и антиагреганты при прочих подтипах), лечение статинами для снижения уровня липопротеинов низкой плотности до 2,6 ммоль/л или ниже. Кроме того, рекомендуется эндартерэктомия при симптомном каротидном стенозе 50–99% и поддержание гликированного гемоглобина на уровне не выше 7% у пациентов с сахарным диабетом.

Оптимальная вторичная профилактика предполагает определение типа и подтипа инсульта. Два распространенных подтипа ишемических инсультов – атеротромботический и лакунарный – тесно связаны с атеросклерозом. Атеросклероз – это прогрессирующий процесс, который начинается еще в первом десятилетии жизни и после 20–25 лет приводит к появлению атеросклеротических бляшек. Одним из маркеров интенсивности атеросклероза является содержание в плазме общего холестерина (ХС) и его фракций. В крови холестерин всегда находится в соединении с белками, образуя липопротеины. Связь между уровнем ХС и риском сердечнососудистых заболеваний была установлена давно, однако до появления блокаторов ГМГ-КоА редуктазы (статинов) не было эффективных вмешательств, позволяющих снизить риск сосудистых катастроф путем воздействия на уровень ХС. Для статинов, помимо гиполипидемического, характерен еще целый ряд положительных эффектов, поэтому их действие называют плеiotропным.

В настоящее время известны результаты множества больших исследований статинов с сотнями тысяч участников. Метаанализы и систематические обзоры этих исследований свидетельствуют о том, что лечение статинами позволяет снизить риск смерти по любой причине, риск инфаркта миокарда и инсульта, причем наиболее эффективным представителем этой группы средств оказался аторвастатин. В крупном рандомизированном плацебо-контролируемом клиническом испытании SPARCL было доказано, что аторвастатин в высокой дозе (80 мг в сутки) безопасен и снижает риск повторного ишемического инсульта на 22%. Вместе с тем, прием аторвастатина после геморрагического инсульта сопровождался существенным увеличением риска рецидива, поэтому после внутрочерепного кровоизлияния лечение статинами не показано. Прием статинов до развития инсульта ассоциируется со снижением смертности и лучшими краткосрочными и долгосрочными функциональными исходами.

Таким образом, лечение статинами – важный компонент вторичной профилактики у пациентов после транзиторной ишемической атаки или ишемического инсульта. В своей клинической практике мы обычно начинаем лечение статинами на первой–второй неделе от начала заболевания независимо от уровня ХС. Через 10–20 дней после выписки из стационара лечащий врач звонит пациенту, чтобы узнать, как он себя чувствует и выполняет ли рекомендации. В течение первого года после инсульта врачи Инсультного центра проводят контрольные осмотры пациентов каждые 3 мес. Контрольный осмотр включает оценку результатов лабораторных тестов (липидограмма, почечные и печеночные пробы, гликогемоглобин) и соответствующую коррекцию медикаментозного лечения для достижения целевых уровней ключевых показателей.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ЦЕЛЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Голик В.А., Пивнык А.П.

ГУ "Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности
МЗО Украины", отдел неврологии и пограничных состояний
Днепропетровск

Измерение эффективности нейрореабилитации при патологии нервной системы представляет значительные трудности ввиду существенной гетерогенности вида нарушений у пациентов и желаемых результатов. В частности, на уровне социальных функций (ограничение жизнедеятельности, участие), цели в значительной степени зависят от индивидуальных особенностей жизни пациента и возможности использования стандартизированных оценочных инструментов значительно затруднены. Методика исследования исходов с учетом желаний пациента является методом преодоления данных проблем. В реабилитации и, по сути, в любом процессе оказания услуг здравоохранения, которые включают функционирование мультидисциплинарной команды, измерение эффективности должно в обязательном порядке принимать во внимание цели пациента. Единственным методом количественной характеристики достижения целей является использование шкал оценки целей. Это позволяет более дискриминативно оценить полученный результат, помимо "успех" или "неудача".

Шкала оценки целей является методом балльной характеристики степени достижения индивидуализированных и пациент ориентированных разнообразных целей на протяжении проведения реабилитационной интервенции. В результате для каждого пациента имеется индивидуальная оценка, но, в то же время, стандартизированный протокол оценивания позволяет проведения статистической обработки данных.

Метод предлагает множество потенциальных преимуществ в оценке исходов реабилитации. Во-первых, поскольку постановка целей является частью рутинной клинической практики во многих зарубежных нейрореабилитационных центрах, это формирует процесс взаимоотношений между членами мультидисциплинарной команды во время регулярных встреч с проведением постановки целей и количественной характеристики степени их достижений, вовлечения в данный процесс пациента. Во-вторых, в настоящее время постоянно увеличивается количество доказательной информации о высокой чувствительности шкалы к внешним изменениям по сравнению со стандартными методами.

Практическое применение шкалы оценки целей зависит от двух аспектов: возможности пациента достичь поставленных собой целей и возможности клинициста прогнозировать исход, что требует знания и опыта. Данный метод принципиально отличается от стандартизированных методов. Если интервальные измерения могут быть описаны, как измерения "прямого управления" и ординарные измерения, как "фрагмент отрезка", данный метод может быть сравнен с измерением эластичных сегментов.

Шкала достижения целей может быть использована для оценки общих достижений целей, значимых для пациента. При использовании упрощенного подхода, шкала может внедряться в клиническую практику и поддерживать убежденности в реалистических ожиданиях по отношению к устанавливаемым целям. Данная шкала не заменяет использование стандартизированных шкал.

Литература:

1. Turner-Strokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide // Clin. Rehab. – 2009; 23: 362–370.
2. Sunnerhagen KS, Olver J, Francisco GE. Assessing and treating functional impairment in poststroke spasticity. // Neurology. – 2013; 80(3 Suppl 2): S35–44.
3. Evans JJ. Goal setting during rehabilitation early and late after acquired brain injury. // Curr Opin Neurol. 2012; 25(6): 651–5.
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
5. Голик В.А., Мороз Е.Н., Погорелова С.А. Использование Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в экспертной неврологической практике // Международный неврологический журнал – 2011. – №5(43). – С.136–142.

НЕЙРОРЕГЕНЕРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Громова О.А., Гоголева И.В., Жидоморов Н.Ю., Демидов В.И.

РСС Института Микроэлементов ЮНЕСКО

ГБОУ ВПО "Ивановская государственная медицинская академия" МЗ РФ

Поиск эффективных нейропротективных средств для лечения травматических повреждений головного мозга – актуальное направление неврологии и фармакотерапии. Одним из перспективных направлений является использование препаратов на основе экстрактов головного мозга, являющихся комбинацией нейротрофических факторов, нейропептидов, а также аминокислот и нейроспецифических микроэлементов.

Целью данной работы является исследование влияния церебролизина на процессы перекисного окисления липидов, систему вторичных и внутриклеточных мессенджеров, а также морфологические проявления повреждения и регенерации нервной ткани у крыс с экспериментальным фокальным повреждением коры головного мозга. Применение церебролизина в эксперименте привело к снижению интенсивности перекисного окисления липидов и повышению активности антиоксидантной системы. Выявлено влияние церебролизина на нитроксидергическую систему, что проявилось в значительном снижении содержания нитрит-ионов в крови на фоне применения данного препарата. При морфологическом исследовании зон фокального травматического повреждения коры головного мозга в условиях применения церебролизина выявлены признаки обратимых ишемических изменений нейронов с преобладанием "светлых" форм поврежденных клеток, в противоположность развитию тотального некроза нейронов в группе контроля. В зоне повреждения нервной ткани отмечено снижение уровня макрофагальной активности, по сравнению с контролем, а также ускорение процесса репарации, проявившееся выраженным ангиогенезом и началом формирования глиомезодермального рубца.

Ключевые слова: фокальное экспериментальное повреждение головного мозга, перекисное окисление липидов, регенерация мозга, церебролизин

ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ВЕСТИБУЛЯРНИМИ РОЗЛАДАМИ В УМОВАХ НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

Журавель Н.В., Дараган В.М., Зима В.М.
КЗ "Обласний госпіталь для інвалідів ВВВ"

Мета: раціоналізація курсу стаціонарного лікування пацієнтів похилого віку з вестибулярними розладами, які перенесли ішемічний інсульт.

Методи. Комбінована програма нейрореабілітації запропонована та впроваджена для 56 хворих віком 65–78 р. з наслідками ішемічного інсульту (1 рік). Спостерігалися статичні та динамічні розлади координації, проводилася реєстрація їх за ступенем вираженості, приймався до уваги суб'єктивний стан хворих на початку та наприкінці лікування. Тривалість терапії у стаціонарі складала 16–18 діб. Пацієнти отримували у програмі медикаментозного лікування, окрім базових патогенетичних засобів, препарат бетагістину для фармакологічної стимуляції вестибулярної компенсації (24 мг двічі на добу) та навчалися з фахівцем ЛФК комплексу вправ для самостійних занять з тренування вестибулярного апарату. Результати порівнювали з групою пацієнтів, які отримували протокольну судинну терапію.

Результати. Протягом курсу лікування спостерігалась стовідсоткова прихильність пацієнтів до лікування, але одному хворому довелося змінити запропоновану програму терапії через її погану переносимість. Протягом двох тижнів не відмічалось значних змін стану хворих. Після цього терміну більшість хворих (71,4 %) відчули позитивні зміни з боку вестибулярної функції. Крім того, спостерігалось підвищення толерантності до загальних фізичних навантажень (67,8 %), компенсувався дискомфорт при зміні положення тіла (57,1%), Нівелювалось суб'єктивне відчуття "закладеності у вухах" – 64,3%. 69,6% опитуваних вказали підвищення впевненості при пересуванні на відкритому просторі.

Ністагм зник у 14,2%, значно регресував у 55,3% хворих. Позитивні результати статичних неврологічних координатор них проб були у 85,7% , динамічних – у 80,3%. Певна частина хворих відчула покращення слуху, що підтвердилось незначними позитивними об'єктивними даними аудіограми. Результати дослідження церебральної гемодинаміки показали стимуляцію гемодинаміки у судинах вертебро-базиллярного басейну, необхідну помірну тонізацію венозного компоненту.

Треба відмітити, що більшість хворих з розладами рівноваги та координації виявили зацікавленість методикою, яка містить у собі не лише традиційний пасивний прийом ліків, але й активну участь самого пацієнта (виконання вправ, контроль самопочуття, фіксація результатів) у програмі власної нейрореабілітації. Звертало увагу покращення фону настрою, зростання віри та націленість на досягнення успіхів у лікуванні.

Застосування такого комплексного підходу до стаціонарного лікування хворих не потребує великих фізичних та матеріальних зусиль лікувального закладу, але необхідною мірою модифікує лікування такої клінічно тяжкої групи, як хворі похилого віку з вестибулярними порушеннями внаслідок інсульту.

Висновки. Впроваджена методика комбінованого відновлюваного лікування хворих з вестибулярними розладами дозволила оптимізувати реабілітацію хворих та сприяє більш ранньому досягненню побутової та соціальної активності, підвищенню ступеню відновлення функцій та якості життя пацієнтів.

СИНДРОМ ПОМІРНИХ СУДИННИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ

О.О. Копчак

Центральний госпіталь МВС України

м. Київ

Когнітивне зниження, викликане цереброваскулярною хворобою, є досить важливою незалежною причиною когнітивної дисфункції у пацієнтів з віком. На теперішній час було запропоновано термін судинні когнітивні порушення (СКП), які включають як синдром судинних помірних когнітивних порушень (СПКП), так і деменцію. Значну роль у виникненні когнітивного зниження відіграють судинні чинники ризику. Більшість судинних чинників ризику входять до складу метаболічного синдрому (МС).

Метою дослідження було вивчити особливості синдрому СПКП у хворих з метаболічним синдромом (МС) в залежності від віку пацієнтів; оцінити ефективність застосування гліатіліну у лікуванні синдрому СПКП у пацієнтів з МС.

Методи. Обстежено 282 хворих з СПКП віком від 45 до 89 років (середній вік 63,4±9,6 років) з хронічною цереброваскулярною патологією головного мозку змішаної етіології (атеросклеротична, гіпертонічна, дисметаболічна). Всі хворі були розподілені на 3 вікових групи: 45–59 років – середній вік (n=107), 60–74 – похилий вік (n=141), 75–89 років – старечий вік (n=34). В кожній віковій групі виділяли дві підгрупи: пацієнти без МС та з МС. Всі хворі пройшли клініко-неврологічне обстеження; загальні лабораторні тести (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, ліпідограму, аналіз крові на гормони щитовидної залози); інструментальні дослідження: електрокардіографічне обстеження, ЕЕГ, дуплексне сканування брахіоцефальних судин, комп'ютерну чи/та магнітно-резонансну томографію головного мозку/МРТ. МС у хворих діагностували згідно з оновленими критеріями 2009 р. З метою оцінки когнітивних функцій пацієнтів використовували: коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination – MMSE), ряд сучасних експериментально-психологічних тестів. 40 хворих з синдромом СПКП з МС отримували холіну альфосцерат по 4 мл внутрішньовенно струйно протягом 9 днів, з подальшим переходом на пероральний прийом по 400 мг 2 рази на добу протягом 1 місяця на тлі стандартної терапії, що включала гіпотензивні засоби, цукрознижуючі препарати, статини, антиагреганти. Курс лікування хворих тривав 6 тижнів.

Результати. У пацієнтів з МС порівняно з хворими без МС виявлено достовірно гірші показники: негайної та відстроченої розпізнавальної пам'яті на вербальні стимули, особливо в похилому та старечому віці, темпу сенсомоторних реакцій, розумової працездатності, об'єму активної уваги пацієнтів за таблицями Шульце, швидкості обробки інформації та уваги за SCWT у всіх вікових групах. Лікування хворих з використанням холіну альфосцерату на фоні стандартної терапії позитивно впливало на їх загальний стан: відмічено покращення емоційного фону; достовірно зменшилась вираженість когнітивного дефіциту за даними MMSE, покращились процеси запам'ятовування, збільшились обсяг негайної та відстроченої розпізнавальної пам'яті, швидкість обробки та відтворення інформації, рівень розумової працездатності та уваги, темп сенсомоторних реакцій згідно результатів нейропсихологічного тестування. Під впливом лікування препаратом гліатілін достовірно збільшувалися коефіцієнти спектральної потужності (альфа + бета)/(тета + дельта) в усіх відведеннях, альфа/тета в більшості відведень (за виключенням P3, P4, T5, T6, O1, O2) і альфа/(тета + дельта) в ряді відведень (Fp1, F3, F7, Fp2, F4, F8), що свідчить про позитивний вплив курсового застосування препарату гліатілін на функціональний стан головного мозку.

Висновки. Враховуючи негативний вплив МС на когнітивний стан пацієнтів, на нашу думку, вчасне виявлення та адекватна корекція чинників, що входять до складу МС (а саме: гіпертензія, дисліпідемія, гіперглікемія), зменшуватиме прояви існуючих КП та попереджатиме поглиблення їх в майбутньому. Зважаючи на отримані нами результати, холіну альфосцерат може бути рекомендованим для широкого застосування в комплексній терапії синдрому СПКП у хворих з МС.

ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Кунцевская И.В.*, Кушнир Г.М.**

* Севастопольская городская больница №1

** Кафедра нервных болезней с курсом неврологии ФПО

Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского

Целью данной работы явилось изучение нарушения мозговой гемодинамики у больных ХОЗЛ, в частности, венозного кровотока и его коррекция при помощи применения препарата диосмин.

Методы исследования. Нами было проведено клинико-неврологическое обследование 90 пациентам. Средний возраст $62,2 \pm 5,1$ лет. Состояние церебральной гемодинамики исследовали при помощи экстра- и интракраниальной доплерографии на приборе SA-8000 EX (MEDISON). Венозный отток изучался путем определения скорости кровотока по вене Розенталя. Коррекцию венозных нарушений проводили с помощью вентоника диосмина. Препарат назначался на протяжении месяца, 600 мг утром. Эффективность лечения оценивалась через месяц после применения диосмина.

Все пациенты были разделены на следующие группы: 1. Основная группа – пациенты с ХОЗЛ: I подгруппа – пациенты с ХОЗЛ I ст. (34 обследуемых), II подгруппа – ХОЗЛ II ст. (31 обследуемый), III подгруппа – ХОЗЛ III ст. (25 обследуемых). 2. Контрольная группа – 15 практически здоровых человек того же поло-возрастного состава.

Результаты исследования. Пациенты предъявляли жалобы на головные боли, шаткость при ходьбе, нарушение памяти, расстройства сна. При исследовании неврологического статуса была выявлена рассеянная микросимптоматика, в частности, анизорефлексия, интенция при проведении координаторных проб, положительные субкортикальные знаки.

По данным доплерографии наблюдалось снижение скорости артериального кровотока при прогрессировании основного заболевания. При оценке кровотока по вене Розенталя отмечается повышение скоростных показателей: I подгруппа – $14,5 \pm 2,6$ см/с; II подгруппа – $16,0 \pm 3,1$ см/с; III подгруппа – $20,1 \pm 4,6$ см/с, контрольная группа – $13,7 \pm 2,4$ см/с.

После курса лечения препаратом диосмина наблюдалось снижение скорости кровотока по вене Розенталя, что соответствует улучшению венозного оттока, достигающее достоверности в III подгруппе (I подгруппа – $13,5 \pm 1,4$ см/с; II подгруппа – $13,7 \pm 1,4$ см/с; III подгруппа – $16,5 \pm 1,2$ см/с).

Выводы. При прогрессировании ХОЗЛ происходит ухудшение показателей церебральной гемодинамики, в том числе увеличение скорости оттока по вене Розенталя, что свидетельствует о затруднении венозного кровоснабжения. Назначение препарата диосмина, дает положительный результат в виде снижения выраженности субъективной симптоматики, улучшения мозговой гемодинамики, особенно венозного оттока.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ТРЕНИРОВКИ ПОСТУРАЛЬНОЙ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ИШЕМИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Лихачев С.А., Сидорович Э.К., Клишевская Н.Н.

Государственное учреждение

"Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии"

г. Минск

Целью исследования явилось изучение результатов сочетанной тренировки поддержания вертикальной позы и когнитивных функций у пациентов с хроническим ишемическим нарушением мозгового кровообращения (ХИНМК).

Объектом исследования были 35 пациентов с ХИНМК (дисциркуляторной энцефалопатией I и II стадий) при атеросклерозе экстракраниальных артерий с наличием легких когнитивных расстройств. Основанием для постановки диагноза служили данные клинического, нейровизуализационного, ультразвукового исследований, психологического тестирования. Нарушения поддержания вертикальной позы выявлялись при проведении постурографии на статической ("Стабилан-01", Россия) и динамической ("Травистат", Беларусь) стабиллоплатформах. 15 пациентов (группа 1) получали медикаментозное лечение (антиагрегант, статины, антигипертензивные препараты, церебропротектор). 20 пациентам (группа 2) наряду с медикаментозной терапией проведен курс сочетанной тренировки постуральной и когнитивных функций (13–15 занятий). Проводилось последовательное выполнение заданий по поддержанию вертикальной позы на статической и динамической стабиллоплатформах с применением принципа биологической обратной связи (БОС) и одновременным решением когнитивных задач (счет, повторение связок слов.). При анализе результатов использовали критерий Вилкоксона.

Результаты. Анализ результатов проведения курса тренировки позволил установить более значимое повышение эффективности поддержания вертикальной позы ($p=0,036$), снижение среднего времени ошибок ($p=0,027$), увеличение среднего числа ошибок, т.е. активных попыток, предпринимаемых пациентом для удержания оптимальной вертикальной позы ($p=0,01$), снижение среднего времени постурального ответа ($p=0,013$) в группе 2 по сравнению с группой 1. В группе 2 отмечено более значимое увеличение числа слов, воспроизводимых в тесте 10 слов Лурия ($p=0,005$), снижение времени, затрачиваемого на таблицы Шульте ($p=0,04$), улучшение беглости речи ($p=0,0018$), снижение уровня астенизации ($p=0,02$). Повышение качества выполнения двойной задачи подтвердилось также увеличением числа набранных очков при выполнении постуральных и когнитивных заданий на статической стабиллоплатформе ($p=0,018$).

Заключение. Сочетанная тренировка на статической, динамической стабиллоплатформах с применением БОС и выполнением дополнительных когнитивных заданий может рассматриваться как перспективный метод коррекции ранних проявлений постуральных и когнитивных расстройств, а также нарушений выполнения двойных задач у пациентов с ХИНМК.

ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ АПІТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У ПІЗНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ

Магулка І.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета дослідження: оцінити ефективність методики реабілітації з використанням апітерапії, порівняти дані показники з результатами проведення медичної реабілітації пацієнтів, що перенесли крововилив у мозок.

Матеріали і методи: В обстеження включені 68 хворих, що перенесли геморагічний інсульт у пізньому відновному періоді. Пацієнтів 1 групи було поділено за тривалістю періоду відновлення і залишкових явища на дві підгрупи: підгрупа 1А – від 6 місяців до 2 років після перенесеного інсульту (n=16), підгрупа 1Б – від 2 років і більше (n=18). Пацієнтам 1 групи (n=38) призначались медична реабілітація та курс апітерапії. Бджоловолокування проводили на паравертебральні ділянки, починаючи з поперекового відділу, через день до 10 бджіл на сеанс. Медична реабілітація проводилась курсом 21 день і полягала в корекції об'єктивного стану пацієнта з додатковим використанням фізіотерапевтичних методів, методів фізичної реабілітації.

Пацієнтам 2 підгрупи (n=30) призначались лише медична реабілітація традиційними засобами. Обстеження проводились двічі: на початку та вкінці курсу реабілітації.

Ефективність проведених заходів оцінювалась за допомогою опитувальників, які включали модифіковану шкалу Ренкіна, індекс активності у щоденному житті Бартел, дослідження спастичності за модифікованою шкалою спастичності Ашфорта, оцінку когнітивних функцій за шкалою MMSE, шкали оцінки депресії Монтгомері-Асберг, Бека.

Результати дослідження і обговорення: Після проведеного лікування було відмічено зменшення спастичних явищ у пацієнтів обох груп, причому у пацієнтів першої групи спостерігали достовірне зменшення спастичності, яке було особливо вираженим у пацієнтів 1А підгрупи. Зміна цього показника позитивно корелює з динамікою показників функціонування та якості життя пацієнтів. Так, спостерігали покращення показників функціонування за модифікованою шкалою Ренкіна на 19,2 %, зростання індексу активності у щоденному житті на 29,35% у пацієнтів 1А підгрупи, на 17,3% та 26,2 у пацієнтів 1Б підгрупи відповідно, в порівнянні з покращенням на 9,1% та на 18,7% у пацієнтів другої групи. Спостерігали зменшення показників депресії у пацієнтів першої групи. Достовірної різниці зміни показників когнітивних функцій в двох групах не виявлено.

Висновки: На основі проведеного дослідження можна зробити висновок про доцільність додаткового використання методики апітерапії в комплексі реабілітаційних заходів у пізньому відновному періоді для пацієнтів після перенесеного геморагічного інсульту.

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ З УРАХУВАННЯМ ГУМОРАЛЬНИХ ЗАПАЛЬНИХ ФАКТОРІВ

Т.С. Міщенко, Н.Б. Балкова, В.Н. Міщенко, К.В. Харіна, Н.Ш. Джандоєва
ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України
м. Харків

Мета: вивчити особливості клініко-неврологічних порушень у хворих, що перенесли ішемічний інсульт та визначити роль гуморальних запальних факторів у патогенезі та прогнозі для удосконалення лікувально-профілактичних заходів.

Методи: клінічний, нейропсихологічний, біохімічний методи, комп'ютерна томографія головного мозку, ультразвукове дуплексне сканування судин голови та шиї. Об'єкт дослідження: хворі на ішемічний мозковий інсульт у гострому, відновному та період наслідків.

Результати: Нами було обстежено 210 хворих, за 140 хворими спостерігали у динаміці протягом трьох років після перенесеного інсульту. На основі проведеного комплексного дослідження показано важливу роль запалення у патогенезі та прогнозі ішемічного інсульту. Найбільш високі показники запалення (вчСРП, фібрinоген, цитокіни) відзначено при атеротромботичному підтипі інсульту. Встановлено пряму кореляцію між рівнем маркерів запалення та ступенем важкості інсульту, факторами ризику (гіперхолестеринемія, цукровий діабет, паління, каротидний стеноз). Показано, що у відновному періоді відзначається зниження рівнів запальних маркерів, менш виражене при атеротромботичному інсульті. Все це видбиває рівень системної запальної реакції та стан протромботичної угрози. Визначено прогностичне значення маркерів запалення у ризику розвитку вторинних судинних катастроф та відновленні функцій. Встановлено вплив статинів, деяких маловивчених антитромботичних препаратів (дісгрин, вессел-дуе) на маркери запалення і судинну стінку внутрішньої сонної артерії.

Визначення впливу препарату вессел-дуе на коагуляційні властивості крові у пацієнтів з наслідками мозкового інсульту виявило покращення показників протромбінового комплексу незалежно від супутньої стандартної терапії, що демонструє антитромботичну дію цього фармпрепарату. Ефект вессел-дуе проявився також у інгібуванні хронічного запалення, що позначилося у зниженні вмісту фібриногену у плазмі крові досліджених пацієнтів. Прийом препарату вессел-дуе у хворих на ішемічний інсульт призводить до нормалізації або суттєвого покращення судинно-рухової функції ендотелію та церебральної венозної гемодинаміки.

У обстежених нами хворих статини надавали протизапальну дію, яка доводилася стійким зниженням концентрації вчСРП, зменшенням ШОЕ, рівня фібриногену. Статини також сприяли зменшенню товщини комплексу інтима-медіа церебральних судин і приводили до стабілізації атеросклеротичних бляшок. Протизапальні ефекти статинів є самостійними і максимально виражені у хворих з початково високими значеннями маркерів запалення.

Комплексне лікування препаратом дісгрин сприяло поліпшенню неврологічного статусу, якості самообслуговування та підвищенню ефективності нейрореабілітаційних заходів. Застосування препарату дісгрин у лікуванні хворих з мозковим інсультом істотним чином покращило показники протромбінового відношення і міжнародного нормалізованого відношення незалежно від супутньої стандартної терапії, що демонструє антитромботичну дію цього фармпрепарату. Більш дієвим дісгрин виявився у пацієнтів основної групи у відновному періоді ішемічного інсульту, порівняно до хворих цієї групи з наслідками мозкового інсульту.

Висновки: патогенетично обґрунтовано включення до комплексної терапії хворих на ішемічний інсульт статинів та антитромботичних препаратів.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА: ВЗГЛЯД ИЗ КАБИНЕТА НЕВРОЛОГА АМБУЛАТОРИИ

Пономарь Н.В.

КУ Днепропетровский центр первичной медико-санитарной помощи №11, амбулатория №4

Цель: изучить возможности восстановления больных трудоспособного возраста после перенесенного инсульта.

Методы: клинический, нейрофизиологический, статистический.

Инсульт является важным событием в жизни каждого пациента, и от правильного алгоритма действий в постинсультном периоде часто зависит качество дальнейшей жизни больного.

Нами изучались возможности восстановления больных трудоспособного возраста после перенесенного инсульта в условиях амбулатории.

За 2008–2012 годы на территории обслуживания 20-й горбольницы Днепропетровска, реорганизованной в 4 и 5 амбулатории КУ ДЦПМСП №11, после перенесенных сосудистых катастроф на инвалидность в трудоспособном возрасте вышли 30 больных, в т.ч. с 1 группой – 6 человек, 2-й группой – 10, и с 3-й группой – 14 человек. Каждому пациенту была составлена программа реабилитации. При этом до инсульта не работали 8 человек, после инсульта потеряли работу – еще 12.

Первично пролечены в неврологическом стационаре 24 человека (80%), в т.ч. оперированы нейрохирургами 9 больных (30%). В ближайшие 6 месяцев прошли курсы восстановительного лечения в неврологическом стационаре 18 человек (60%). 7 пациентов предпенсионного возраста, получив бессрочную группу инвалидности, в кабинете невролога больше появлялись. Путевки на санаторно-курортное лечение хотя бы однажды получили четверо пациентов. Массаж паретичных конечностей в реабилитационном стационаре приняли 16 больных, занимались с инструктором ЛФК в стационаре – 17, занятий с психологом не посещал никто (психолог в штате стационара отсутствует). Длительность пребывания в реабилитационном стационаре – от 14 до 18 дней. В остальное время – амбулаторная реабилитация на базе поликлиники 20-й больницы, реорганизованной в 4 и 5 амбулатории КУ ДЦПМСП №11, где по штатному расписанию отсутствует и психолог, и инструктор ЛФК, и массажист.

За 5 лет наблюдения 2 пациента умерли (в возрасте 39 и 53 года, через 2 года после сосудистой катастрофы), состояние одного – ухудшилось (повышена группа инвалидности), четырем пациентам группа инвалидности понижена (но ни один из них не трудоустроился по рекомендованным профессиям), двое – реабилитированы полностью (одна из них вернулась к прежней работе).

Выводы: реабилитация больных после инсульта имеет большое социальное значение, и требует существенного совершенствования организационных мероприятий, особенно на этапе первичной медико-санитарной помощи.

ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Милейковский М.Ю.¹, Пономарь Н.В.², Ткаченко С.А.³

¹Днепропетровская городская клиническая больница №4 ДОС

²КУ Днепропетровский центр первичной медико-санитарной помощи №11, амбулатория №4

³Поликлиника ПАО Интерпайп НТЗ

Цель: изучить изменение модели поведения больных различных возрастных групп после перенесенного инсульта.

Методы: клинический, нейрофизиологический, статистический, лабораторный.

Инсульт является следствием ряда неблагоприятных факторов, как то гипертония, атеросклероз, сосудистая аномалия и того образа жизни, который ведет больной.

Нами изучались изменения модели поведения больных различных возрастных групп после перенесенного инсульта.

Все обследуемые пациенты в течение ближайших 2 лет перенесли сосудистые катастрофы, и были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 62 человека, которые наблюдались в коммунальном учреждении здравоохранения, в т.ч. 27 мужчин, во вторую – 16 больных, в т.ч. 11 мужчин, наблюдавшихся в ведомственной поликлинике (работающие и ветераны предприятия). В возрастном аспекте из 1 группы: в возрасте до 50 лет – 4 человека, в т.ч. 2 мужчин, 51–60 лет – 28 человек, в т.ч. 13 мужчин, 61–70 лет – 23 человека, в т.ч. 10 мужчин, старше 70 лет – 7 человек, в т.ч. 2 мужчин; во 2-й группе: в возрасте до 50 лет – 2 мужчин, 51–60 лет – 5 человек, в т.ч. 4 мужчин, 61–70 лет – 8 человек, в т.ч. 5 мужчин, старше 70 лет – 1 мужчина.

Результаты: из 1-й группы по поводу инсульта в неврологическом стационаре первично пролечены 36 больных (58%), из 2-й группы – 12 (75%), после выписки из стационара невролога посетили в течение 3-х дней в 1-й группе 32 человека, во второй – 12, остальные обратились в различные сроки в течение ближайших 3-х месяцев.

В течение 1-го года после инсульта регулярно наблюдались неврологом в 1-й группе 48 человек, из них мужчин 22, в том числе до 50 лет – 4, в т.ч. 2 мужчин, 51–60 лет – 25 человек, в т.ч. 12 мужчин, 61–70 – 17 человек, в т.ч. 7 мужчин, старше 70 лет – 2 человека, в т.ч. 1 мужского пола. Во второй группе – наблюдались регулярно 11 человек, из них мужчин 9, в том числе до 50 лет – 2 мужчин, 51–60 лет – 5 человек, в т.ч. 3 мужчин, 61–70 – 4 человек, в т.ч. 3 мужчин, старше 70 лет – 1 мужчина. В обеих группах замечено, что одинокие пациенты пенсионного возраста "выпадают" из поля зрения невролога в течение первого года после инсульта (не приходят на приемы, не вызывают на дом, лечатся амбулаторно и безконтрольно).

В течение 2-го года после инсульта регулярно наблюдались неврологом в 1-й группе 25 человек, из них мужчин 8, в том числе до 50 лет – 4, в т.ч. 2 мужчин, 51–60 лет – 16 человек, в т.ч. 5 мужчин, 61–70 – 4 человека, в т.ч. 1 мужчин, старше 70 лет – 1 пациентка. Во второй группе – наблюдались регулярно 4 человека, из них мужчин 3, в том числе до 50 лет – 2 мужчин, 51–60 лет – 2 человека, в т.ч. 1 мужчин, пациенты старше 60 лет на амбулаторный прием не являлись.

В течение первого года после инсульта проходят все необходимые и рекомендуемые обследования (коагулограмма, склерокомплекс, ЭКГ, ЭхоКГ, ЭЭГ, УЗДГ) в 1 группе: до 50 лет 4 больных, в т.ч. 2 муж, с 51 до 60 лет – 13 больных, в т.ч. 10 мужчин, 61–70 лет – 3 пациентки, в возрасте старше 70 лет пациенты отказывались от обследований, чаще в связи с удаленностью аппаратуры и необходимостью оплаты исследования. Во второй группе обследованы в возрасте до 50 лет 2 мужчин, с 51 до 60 лет – 5 больных, в т.ч. 3 мужчин, 61–70 лет – 3 пациентки, пациенты старше 70 лет для обследований в поликлинику на обращались.

В течение 2-го года после инсульта в обеих группа пациенты проходят все необходимые обследования исключительно в допенсионном возрасте и исключительно при необходимости прохождения МСЭК, пенсионеры от полного комплекса обследования категорически отказываются.

Для проведения восстановительного лечения в неврологический стационар 2 раза в год в течение первых двух лет госпитализировались в 1 группе 12 человек, в т.ч. в возрасте до 50 лет – 3 человека, в т.ч.

1 мужчина, в возрасте 51–60 лет – 8 человек, в т.ч. 6 мужчин, в возрасте 61–70 лет – 1 пациентка, в возрасте старше 70 лет все пациенты отказывались от предложенного восстановительного стацлечения. Во второй группе в стационаре оздоровлены только 2 больных в возрасте до 50 лет. В обеих группах замечено, что пациенты допенсионного возраста госпитализируются преимущественно для решения экспертных вопросов, а пенсионеры – только при положительной расположенности родственников.

Выводы: совершенствование организационных мероприятий и мер социальной защиты и поддержки может способствовать существенному улучшению реабилитации больных, перенесших инсульт.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Лихочова Т.А., Попов А.О.
ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад.А.П.Ромоданова НАМНУ"

Мета роботи. Вивчити особливості психоемоційних характеристик хворих з цереброваскулярними захворюваннями.

Матеріал і методи. Обстежено 110 хворих, 85 чоловіків та 25 жінок, віком від 25 до 63 років, які перенесли церебральний ішемічний інсульт (ЦІ). В неврологічному статусі були як рухові порушення, так і особистосно-емоційні. Хворі розділені на 2 групи: I група – без супутньої кардіальної патології, 89 хворих, і II група – з супутньою кардіальною патологією, 22 хворих. Функціональні можливості пацієнтів оцінювали за допомогою індексу активності (АІ): з помірними порушеннями АІ (від 50 до 83 балів) їх було 85, з АІ більше 83 балів – 25. Особистосно-емоційні характеристики (ОЕХ) оцінювались за допомогою кількісного та якісного критеріїв. Для отримання якісних характеристик збирався психоанамнез (наявність психогеній, характер емоційних реакцій на стресс та ін.). Висновки розмови оформлялись у вигляді неформалізованого текстового запису. Якісно-кількісна оцінка ОЕХ проводилась шляхом експериментального психологічного обстеження за методикою багатостороннього обстеження особистості, розробленої на основі теста ММРІ. Тест включав 377 тверджень, які хворого просили признати вірними або невірними. Аналіз проводився по 10 клінічним і 3 оціночним шкалам. Одиницею кількісної оцінки ступеня ОЕХ служили Т-норми. Аналізувалась також форма профілю особистості хворого. Статистична значимість результатів оцінювалась за допомогою параметричних критеріїв Ст'юдента. Обстеження проводилось до початку курсу реабілітації і після нього. Всім хворим проводився комплекс лікування, який включав ноотропи, вазоактивні препарати, антиоксиданти, антихолінестеразні засоби та фізіотерапевтичні методи.

Результати та їх обговорення. У хворих I групи на початку курсу відмічені труднощі соціальної адаптації, які були зумовлені тривожно-депресивними проявами, внутрішньою напругою в процесі лікування (піки профілю особистості на 2, 6, 8 шкалах). В кінці курсу конфігурація профілю особистості суттєво не змінилась, але відмічено зниження його рівня на 2, 8 і 0 шкалах, що свідчить про збільшення потреби в міжособових контактах, зменшення вираженості тривожно-депресивних проявів. Тобто, в цій групі хворих соціальна адаптація покращувалась, при цьому і результати реабілітації були задовільними. У хворих II групи, з супутньою кардіальною патологією, соціальна дизадаптація пояснювалась іпохондричними тенденціями (піки профілю по 1, 6, 8 шкалах). В кінці лікування вираженість іпохондрії зменшилась, але сформувались психопатоподібні риси (нехтування загальноприйнятими нормами, нездатність робити висновки з негативного досвіду). В неврологічному і психологічному статусі суттєвих змін в цій групі хворих не відбувалось, а вираженість соціальної дизадаптації збільшувалась. Таким чином, високий рівень тривожності, ригідності афекта та аутизації виявився прогностично несприятливим в зв'язку з важкістю корекції.

Висновки. Проведене обстеження доводить, що відновні процеси у хворих без супутньої кардіальної патології протікають більш успішно, за рахунок більш сприятливої соціальної реадaptaції. В той же час, для успішної реабілітації хворих з супутньою кардіальною патологією необхідна як медикаментозна, так і активна психотерапевтична корекція.

ИНСУЛЬТ И НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ: ВЗГЛЯД НЕЙРОХИРУРГА

Рассказов С.Ю., MD, FRCS(C), FAANS

Insight Institute of Neurosurgery and Neuroscience, Flint, Michigan, USA

Понятие нейропротекции как защиты после нейронов при модели ишемического инсульта было основано на работах Astrup et al в семидесятых годах 20 века. Возможность клинической нейропротекции была доказана в результате проведения клинических исследований нимодипина у больных с аневризмальным субарахноидальным кровоизлиянием при развитии вазоспазма. В лабораторных условиях на животных моделях ишемического инсульта множество потенциальных препаратов для нейропротекции успешно продемонстрировали различные механизмы действия: от восстановления клеточной мембраны до функции митохондрий и регуляции апоптоза. Однако внедрение нейротективной терапии в клиническую практику в настоящее время потерпело фиаско.

Современное понимание механизмов восстановления головного мозга после ишемического поражения на основе данных лабораторных и клинических исследований является основой клинической практики в неврологии и нейрохирургии. Возможность адаптации в ответ на изменяющиеся условия окружающей среду является фундаментальным свойством нервной ткани. Нейропластичность представляет собой нейробиологическую основу адаптации мозга. Частичное восстановление функций головного мозга у пациентов после инсульта происходит самостоятельно. Функциональное восстановление происходит в 3 фазы: 1) прекращение абератной нейротрансмиссии и активация клеточного генезиса 2) изменение свойств существующих нейрональных проводящих путей 3) нейроанатомическая пластичность ведущая к формированию новых соединений нейронов.

Модуляция пластичности нейронов является основой послеинсультной реабилитации. Физиотерапия и лечебная гимнастика, поведенческая терапия и адьювантная фармакотерапия стимулируют нейропластичность и улучшают восстановление функций у больных с ишемическим поражением головного мозга.

Литература:

1. Evidence-based review of primary and secondary ischemic stroke prevention in adults: a neurosurgical perspective. *Neurosurg Focus* 2011;30(6):E1
2. Vellimana AK et al. Symptomatic intracranial arterial disease: incidence, natural history, diagnosis, and management. *Neurosurg Focus* 2011;30(6):E14
3. Turner R.C et al. The science of cerebral ischemia and the quest for neuroprotection: navigating past failure to future success. *J Neurosurg* 118: 1072–1085, 2013
4. Pekna M. et al. Modulation of Neuronal Plasticity as a Basis for Stroke Rehabilitation. *Stroke*, 2012; 43:2819–2828
5. Goldstein L.B. Poststroke Pharmacotherapy: Another Ictus. *Stroke*. 2012;43:3433 – 3435
6. Adams H.P, Robinson R.G. Improving Recovery After Stroke: A Role for Antidepressant Medications? *Stroke*, 2012; 43:2829 – 2832
7. Duffis EJ et al. Advanced neuroimaging in acute ischemic stroke: extending the time window for treatment. *Neurosurg Focus* 2011;30(6):E5
8. Sztrihla L.K et al. Monitoring Brain Repair in Stroke Using Advanced Magnetic Resonance Imaging. *Stroke*, 2012;43:3124–3131
9. Yanev P., Dijkhuizen R.M. In Vivo Imaging of Neurovascular Remodeling After Stroke. *Stroke*, 2012;43:3436–3441
10. Usnich T. et al. Incidence of New Diffusion-Weighted Imaging Lesions Outside the Area of Initial Hypoperfusion Within 1 Week After Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, 2012;43:2654–2658
11. Bal S. et al. High Rate of magnetic Resonance Imaging Stroke Recurrence in Cryptogenic Transient Ischemic Attack and Minor Stroke Patients. *Stroke*, 2012;43:3387–3388
12. Kaiser V. et al. Relationship Between Electrical Brain Responses to Motor Imagery and Motor Impairment in Stroke. *Stroke*, 2012;43:2735–2740
13. Yu-wei Hsieh et al. Dose-Response Relationship of Robot-Assisted Stroke Motor Rehabilitation. *Stroke*, 2012;43:2729–2734
14. Cameirao M.S. et al. The Combined Impact of Virtual Reality Neurorehabilitation and its Interfaces on Upper Extremity Functional Recovery in Patients With Chronic Stroke. *Stroke*, 2012;43:2720–2728
15. Svendsen M.L. et al. Higher Stroke Unit Volume Associated with Improved Quality of Early Stroke Care and Reduced Length of Stay. *Stroke*, 2012;43:3041–3045
16. Rasmussen PA. Stroke outcome measures: a tale of two trials. *J NeuroIntervent Surg* 2013;5:393–394
17. Mocco J et al. Randomized clinical trials: the double edged sword. *J NeuroIntervent Surg* 2013;5:387–390

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МОЗКОВОЇ ПЕРФУЗІЇ У ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Степаненко І.В., Макєєв С.С., Попова І.Ю., Лихачова Т.А., Бондар Т.С., Степаненко Н.О.
ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України"

Вступ. Уточнення уявлень про патофізіологічну сутність і механізми розвитку уражень головного мозку при цереброваскулярних захворюваннях (ЦВЗ) має велике значення не тільки в прогнозуванні перебігу захворювання, але і в виборі адекватних методів лікування і профілактики розвитку тяжких форм захворювання.

Мета дослідження. Вивчити особливості змін функціонального перфузійного резерву цереброваскулярного русла у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕП) різного ступеня тяжкості в порівнянні з результатами МРТ-обстеження.

Матеріал і методи. Обстежено 70 хворих з ДЕП у віці 40–67 років, чоловіків – 36, жінок – 34 осіб. І ст. захворювання діагностовано у 14, II ст. – у 36, III ст. – у 20 хворих. Дослідження проводилось з використанням магнітно-резонансної томографії (МРТ) та однофотонної емісійної комп'ютерної томографії (ОФЕКТ).

Результати. МРТ-дослідження встановило зміни у 89% хворих у вигляді: 1. ознак атрофічного процесу з розширенням субарахноїдальних просторів та, рідше, шлуночкової системи; 2. різного розміру множинних розсіяних гіперінтенсивних вогнищ на T2-зважених зображеннях, що локалізувались переважно в білій речовині перивентрикулярних ділянок супратенторіальних відділів головного мозку; 3. вогнищевих уражень головного мозку ішемічного характеру. З тяжкістю ЕП корелювали: вираженість атрофічного процесу, зокрема гідроцефальні зміни, величина і частота вогнищевих порушень. При ОФЕКТ-дослідженні встановлено, що у 94,3% хворих реєструвалось зниження перфузії, що свідчило про наявність в них ознак порушення об'ємного кровопостачання головного мозку. Ступінь зниження коливався від незначного – на 10–15% у 18% хворих, до значних показників у 76,3% хворих, зі зниженням перфузії до 30–70% в порівнянні з контрлатеральними ділянками. Характер змін був дифузний (25,1%) і вогнищевий (69,2%). Серед останніх виділялись: а) дифузно-вогнищеві (18%); б) двобічні, або багатогогнищеві (28,2%) і в) одnobічні вогнищеві порушення перфузії (23,1%). Локалізувались вони переважно в зоні каротидного басейну. У частини хворих (16,2%) виявлялось зниження перфузії і в області мозочку (крос-церебеллярний діашиз – КЦД), що не співпадало з даними МРТ. У 10 хворих за даними ОФЕКТ виявлялись чіткі вогнища гіпоперфузії, які можна було розцінити як ішемічні (за даними МРТ – у 4), що може свідчити про транзиторний характер порушення мозкового кровообігу. Найбільш часто (73%) гіпоперфузія відмічалась в проекції білої речовини головного мозку, і лише у 27% – в проекції сірої речовини, що збігалось з даними МРТ. Крім того, більш часто гіпоперфузія виявлялась в лівій півкулі мозку (76,5%) і лише у 23,5% – в правій, що також співпадало з даними МРТ. При зростанні тяжкості ЕП суттєво зростала вираженість дифузних, а також частота і вираженість багатогогнищевих порушень (55%). Одnobічні вогнищеві порушення зустрічались переважно при II ст. ЕП. У частини хворих з I і II ст. ЕП (32%) зміни мозкової перфузії не відповідали вираженості клінічної симптоматики. Дифузні і дифузно-вогнищеві порушення перфузії в більшості випадків співпадали з атрофічними і дрібновогнищевими змінами на МРТ, проте частота і вираженість вогнищевих порушень на ОФЕКТ була більшою, ніж при дослідженні методом МРТ.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать про високу інформативність застосованих методів дослідження, серед яких особливе значення має ОФЕКТ. Кожен з цих методів дозволяє виявити окремі ланки, що складають патофізіологічну основу ДЕП – структурно-анатомічні зміни мозкової тканини та стан тканинного кровотоку (перфузії). Це підвищує діагностичну інформативність комплексного обстеження в оцінці характеру змін головного мозку і дозволяє виявити групи ризику в розвитку тяжких форм захворювання.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Степаненко І.В., Попова І.Ю., Лихачова Т.А., Бондар Т.С.
ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України"

Вступ. В зв'язку з тим, що цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) відносяться до хвороб адаптації, при яких відбувається розбалансування та дезінтеграція систем регуляції і формування регуляторної патології, при їх відновному лікуванні необхідно підвищувати компенсаторно-адаптаційні можливості організму, що буде сприяти підвищенню його ефективності.

Мета. Провести порівняльний аналіз ефективності медикаментозних та немедикаментозних методів лікування хворих на ЦВЗ, та їх вплив на якість життя пацієнтів.

Методи. Об'єкт дослідження – хворі на дисциркуляторну ЕП різної стадії. Оцінка клінічного стану пацієнтів проводилася за глибиною неврологічних порушень, об'єктивізувалась за допомогою 5-тибальної шкали та розробленого математично клінічного індексу тяжкості (Т). В динаміці лікування оцінювались загальні адаптаційні реакції (АР) Гаркаві, темпи функціонального відновлення з використанням математичних методів їх оцінки (λ), якість життя хворих (індекс активності – АІ, шкали Бартела та функціональної незалежності). Проаналізовано результати лікування 182 хворих віком від 42 до 63 років. Чоловіків – 131, жінок – 51. З ДЕП I ст. – 41, II ст. – 105, III ст. – 36 пацієнтів. Базисне медикаментозне лікування отримували всі пацієнти, однак лише медикаментозне – 39, а поряд з медикаментозним лікуванням – рекреаційну музичну резонансну терапію (рМРТ) – 47, фізіотерапевтичне лікування – 45, нормобаричну переривчасту гіпоксію (НПГ) – 51 хворий.

Результати. Аналіз результатів показав, що внаслідок медикаментозного лікування покращення клінічного стану хворих супроводжувалось зростанням сприятливих адаптаційних реакцій РТ і РСА і зниженням РПА лише у частини хворих, зберігались реакції, притаманні ХС. Темп функціонального відновлення (λ) за динамікою клінічного індексу тяжкості (Т) дорівнював "0,01079", а за динамікою індексу Гаркаві "-0,0157". При цьому показники якості життя хворих покращувались – за індексом активності АІ – з 65 до 82 балів, за шкалою Бартела – з 75 до 85 балів, за шкалою функціональної незалежності – з 90 до 100. Призначення в курс лікування немедикаментозних методів призводило до вірогідного зростання відсотка сприятливих АР за рахунок зростання РТ, РСА, зменшення відсотка зони нестійких АР, регресом реакцій, притаманних для ХС, в більшій мірі при фізіотерапевтичному лікуванні і, особливо, НПГ. Темп функціонального відновлення за динамікою клінічного індексу тяжкості при лікуванні методом рМРТ становив "0,01099", фізіотерапевтичними методами – "0,01179", а методом НПГ – "0,03". Темп функціонального відновлення за динамікою індексу Гаркаві при рМРТ дорівнював "-0,0029", при фізіотерапевтичних методах "+0,0047", а при НПГ "+0,0138". Динаміка якості життя хворих внаслідок лікування за АІ покращувалась з 65 до 90 балів, за шкалою Бартела – 75 до 95, а за шкалою функціональної незалежності – з 95 до 118, в найменшій мірі при рМРТ. Більш виразно динаміка вивчених показників відбувалась при II і III ст. ДЕП. Тобто представлені дані свідчать, що при проведених методах лікування спостерігається значне покращення якості життя хворих, яке, судячи з динаміки темпів функціонального відновлення, відбувалось переважно за рахунок суттєвого підвищення адаптаційно-компенсаторних можливостей хворих. Найменша динаміка АР і темпів відновлення відмічена при медикаментозному лікуванні, найбільша – при фізіотерапевтичному і НПГ.

Висновки. Таким чином, отримані дані свідчать, що включення в курс лікування немедикаментозних методів прискорює перебіг відновних процесів, що сприяє підвищенню попередньо знижених адаптаційних можливостей хворих і, в кінцевому рахунку, до підвищення ефективності лікування. Досягнення бажаного клінічного результату при цьому можливе з меншим, ніж при лише медикаментозному лікуванні, напруженням адаптаційних механізмів.

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТРЕНИНГИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ ОКУЛОМОТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

И.Я. Чапко, Н.В. Стахейко, В.Е. Перкова
ГУ "Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации"
Минская область, Минский район, пос. Городище

Целью исследования явилась разработка программ реабилитации пациентов с вестибулярными и глазодвигательными нарушениями в восстановительном периоде острого нарушения мозгового кровообращения.

Реабилитационные мероприятия осуществлялись 40 пациентам (35 мужчин, 5 женщин; средний возраст составил 58,6±9,5 лет) в условиях отделения медицинской реабилитации. Пациенты перенесли нарушение кровообращения в вертебро-базилярном бассейне, находились в восстановительном периоде заболевания. По степени тяжести окуломоторных нарушений пациенты делились на: легкие нарушения (23 чел.), умеренные (13 чел.) и выраженные (4 чел.).

Комплексная система реабилитационных тренингов пациентов с окуломоторными нарушениями, в первую очередь, базировалась на физической реабилитации и предусматривала следующую схему-последовательность структуры занятий с пациентом: ходьба (при сохраненной мобильности), двигательные упражнения руками, дыхательные упражнения, упражнения для плечевого пояса, упражнения для наружных мышц глаза, упражнения для мышц туловища и ног, упражнения для внутренних мышц глаз, самомассаж глаз и шеи, упражнение на расслабление, дыхательные упражнения.

Комплекс медицинско-спортивных дополнительных упражнений основного реабилитационного уровня с переходом в фазу тренирующего эффекта использовался на этапе медико-профессиональной реабилитации для адаптации пациента к возвращению к профессиональному труду. Кроме вышеуказанных тренингов, он предусматривал, для укрепления внутренних глазных мышц, тренировки с мячом (с переходом от упражнений с мячом большого диаметра к тренировкам с мячом меньшего диаметра, мячом легкого веса к мячу большего веса, а также от мяча с большим коэффициентом трения к мячу с меньшим, тренировка содружественных навыков глазодвигательной реакции и ловкости координированных движений), броски и ловля с передачей партнеру, броски в стенку, в мишень, броски в кольцо игры в теннис, бадминтон, волейбол, удары ногой по футбольному мячу в цель.

Высокая эффективность реабилитационных мероприятий была достигнута у 19 пациентов, средняя – у 15, низкая имела место у 6 пациентов. Как правило, низкую эффективность тренингов обуславливал комплекс различных факторов: обширность очага поражения, низкая динамичность восстановления, возраст старше 60 лет, отсутствие личностной мотивации на активное участие в реабилитации.

Таким образом, разработанные реабилитационные тренинги, обобщенные в виде программ реабилитации пациентов, могут быть использованы в условиях реабилитационных отделений.

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У РАНЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

Коленко О.І., Чемерис І.О.

Медичний інститут СумДУ, кафедра нейрохірургії та неврології
м.Суми, Україна

Однією з важливих проблем сучасної неврології є організація реабілітаційної допомоги хворим з перенесеним ішемічним інсультом. Найбільш значимим періодом після інсульту являється ранній відновлювальний. Вірна організація реабілітаційної допомоги у цей період дає пацієнтам можливість успішного та швидкого відновлення.

Мета роботи. Вивчити фактори і методи, які впливають на ефективність ранньої реабілітації хворих після ішемічного інсульту.



Методи дослідження. Дослідження проводилось на базі СМКЛ№4, неврологічного відділення №2. Об'єкт дослідження – 60 хворих з гострим ішемічним інсультом, з них 32 – чоловіки, 28 – жінки. Хворі були розподілені на 2 групи по 30 чоловік. У першій групі (А) проводились активні реабілітаційні заходи, включаючи кінезотерапію, черезшкірну електростимуляцію (ЧЕНС), лікувальну фізкультуру (ЛФК), масаж, психотерапію. У другій (Б, контрольна) проводилась ЛФК, масаж. Також, хворі були розподілені на групи за латералізацією ураження (ураження правої півкулі – 29 чоловік (група R), лівої – 31 чоловік (група L) та за статтю (чол. – 32, жін. – 28).

Всі хворі були оцінені за шкалами Глазго та NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) під час госпіталізації, та за шкалами MMSE (Mini Mental State Examination) та Бартел після завершення реабілітаційного курсу в умовах відділення.

Результати. Отримали дані, згідно яких за шкалами Глазго середні значення становили 14,6 балів, а згідно шкали NIHSS – 11,3, що може свідчити про неврологічні порушення середнього ступеню під час госпіталізації. Після завершення раннього реабілітаційного курсу дані згідно MMSE та Бартел у групі А становили 27,5 та 79,3, а у групі Б – MMSE – 24,5 та Бартел – 74,4. Щодо латералізації ураження середні значення становили: за шкалою Бартел у групі L – 78,3, а у групі R – 71,5. Дослідження за статтю показало, що серед жінок згідно шкали Бартел середні показники відповідають 78,9, а серед чоловіків – 79,3.

Висновки: 1) показники групи А на 12% (згідно MMSE) та на 7% (згідно шкали Бартел) вищі, ніж у групі Б, що показує суттєву значимість застосування кінезотерапії, ЧЕНС та психотерапії у комплексній системі ранньої реабілітації хворих; 2) латералізація ураження являється важливим фактором, який впливає на реабілітаційний потенціал хворих; 3) стать не являється визначальним фактором відновлення хворих і суттєво не впливає на прогноз реабілітації.

ЗВЕРНЕННЯ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ БОРОТЬБИ З ІНСУЛЬТОМ ДО ВСЕСВІТНЬОГО ДНЯ БОРОТЬБИ З ІНСУЛЬТОМ	3
📖 СТАНДАРТИЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ІНСУЛЬТОМ	
ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ІНСУЛЬТОМ В УКРАЇНІ	5
Рогова О.Г.	
📖 ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ІНСУЛЬТУ	
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА КЛІНІКО-ПАТОГЕНЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ	6
Григорова І.А., Куфтеріна Н.С.	
ЖИЗНЬ ПЕНСИОНЕРА ДО ІНСУЛЬТА	7
Милейковский М.Ю., Гуца І.С.	
📖 ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	
ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК	8
Котляревский Ю.А., Кутовой И.А., Пшеничный А.А., Алексеенко М.М. Босенко В.В.	
КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВОТОКУ В ЗОНІ ПЕНУМБРИ – ЄДИНА ОБНАДІЙЛИВА З СУЧАСНИХ СТРАТЕГІЙ ЦЕРЕБРОПРОТЕКЦІЇ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ	9
М.М. Пилипенко, О.А. Галушко	
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ УСПЕШНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ В НЕПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	12
М.Н. Пилипенко, Ю.В. Фломин	
ВНУТРИМОЗГОВОЕ КРОИЗЛИЯНИЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	14
Рассказов С.Ю.	
ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА	15
Трещинская М.А.	
ДОСВІД НЕЙРОХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З АНЕВРИЗМАТИЧНИМИ САК ВНАСЛІДОК РОЗРИВІВ АРТЕРІАЛЬНИХ АНЕВРИЗМ ПМА/ПСА	16
Цімейко О.А., Мороз В.В., Тиш І.І., Скорохода І.І., Шахін Н.А., Сидорак А.Д.	
ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АНЕВРИЗМ ДИСТАЛЬНИХ ВІДДІЛІВ ПЕРЕДНЬОЇ МОЗКОВОЇ АРТЕРІЇ	17
Цімейко О.А., Сидорак А.Д., Тиш І.І., Шахін Н.А.	

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ОКЛЮЗІЙНО-СТЕНОТИЧНИХ УРАЖЕННЯХ СОННИХ АРТЕРІЙ У ХВОРИХ ІЗ СУПУТНЬОЮ ОКЛЮЗІЙНО-СТЕНОТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ	18
Цімейко О.А., Тиш І.І., Мороз В.В., Скорохода І.І., Авазашвілі І.Д.	
ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ ВЕНТРИКУЛІТУ У ХВОРИХ ІЗ ЗОВНІШНІМ ДРЕНУВАННЯМ ШЛУНОЧКОВОЇ СИСТЕМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПІСЛЯ РОЗРИВУ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ УСКЛАДНЕНИХ ПРОРИВОМ КРОВІ В ШЛУНОЧКОВУ СИСТЕМУ З ГЕМОТАМПОНАДОЮ ТА ОКЛЮЗІЙНОЮ ГІДРОЦЕФАЛІЄЮ	19
Цімейко О.А., Шахін Н.А., Тиш І.І., Сидорак А.Д., Авазашвілі І.І.	
 ПРОФІЛАКТИКА ТА ФАКТОРИ РИЗИКУ	
СТАТИНИ В ПЕРВИННІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ІНСУЛЬТУ ТА ІНШИХ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	20
Дельва М.Ю.	
ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ "НЕМЫХ" ИНФАРКТОВ МОЗГА	22
Мищенко В.Н.	
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ	23
Трещинская М.А.	
РОЛЬ СТАТИНОВ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА	24
Ю.В. Фломин	
 РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПІСЛЯІНСУЛЬТНІ СТАНИ	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ЦЕЛЕЙ В СОВРЕМЕННОЙ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ	25
Голик В.А., Пивнык А.П.	
НЕЙРОРЕГЕНЕРАТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	26
Громова О.А., Гоголева И.В., Жидоморов Н.Ю., Демидов В.И.	
ОРГАНІЗАЦІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ВЕСТИБУЛЯРНИМИ РОЗЛАДАМИ В УМОВАХ НЕВРОЛОГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ	27
Журавель Н.В., Дараган В.М., Зима В.М.	
СИНДРОМ ПОМІРНИХ СУДИННИХ КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ ТА МОЖЛИВОСТІ ЙОГО МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ	28
О.О. Копчак	
ЛЕЧЕНИЕ ВЕНОЗНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ	29
Кунцевская И.В., Кушнир Г.М.	

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ТРЕНИРОВКИ ПОСТУРАЛЬНОЙ И КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ИШЕМИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	30
Лихачев С.А., Сидорович Э.К., Клишевская Н.Н.	
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ АПІТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У ПІЗНЬОМУ ВІДНОВНОМУ ПЕРІОДІ	31
Магулка І.В.	
ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ З УРАХУВАННЯМ ГУМОРАЛЬНИХ ЗАПАЛЬНИХ ФАКТОРІВ	32
Т.С. Міщенко, Н.Б. Балкова, В.Н. Міщенко, К.В. Харіна, Н.Ш. Джандоєва	
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА: ВЗГЛЯД ИЗ КАБИНЕТА НЕВРОЛОГА АМБУЛАТОРИИ	33
Пономарь Н.В.	
ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	34
Милейковский М.Ю., Пономарь Н.В., Ткаченко С.А.	
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	36
Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Лихочова Т.А., Попов А.О.	
ИНСУЛЬТ И НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ: ВЗГЛЯД НЕЙРОХИРУРГА	37
Рассказов С.Ю.	
ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН МОЗКОВОЇ ПЕРФУЗІЇ У ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	38
Степаненко І.В., Макеев С.С., Попова І.Ю., Лихачова Т.А., Бондар Т.С., Степаненко Н.О.	
ЕФЕКТИВНІСТЬ РІЗНИХ МЕТОДІВ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	39
Степаненко І.В., Попова І.Ю., Лихачова Т.А., Бондар Т.С.	
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТРЕНИНГИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ ОКУЛОМОТОРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	40
И.Я. Чапко, Н.В. Стахейко, В.Е. Перкова	
РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У РАННЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	41
Коленко О.І., Чемерис І.О.	