

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



ШОСТИЙ НАУКОВО-ОСВІТНІЙ ФОРУМ

«АКАДЕМІЯ ІНСУЛЬТУ»

МАТЕРІАЛИ ФОРУМУ

10–11 листопада
2016 року

Головний організатор
науково-освітнього форуму



Українська Асоціація
Боротьби з Інсультом

м. Київ

Президент науково-освітнього форуму

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

Почесні співголови

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

Голова Оргкомітету

Головний позаштатний спеціаліст Т.С. Міщенко
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.І. Смоланка, Ужгород
Проф. В.А. Яворська, Харків
Д.В. Гуляєв, Київ
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) 558-16-82
02100, Київ-100, а/с 70, ГО УАБІ
www.uabi.org.ua www.insult.net.ua

ДО ВСЕСВІТНЬОГО ДНЯ БОРОТЬБИ З ІНСУЛЬТОМ

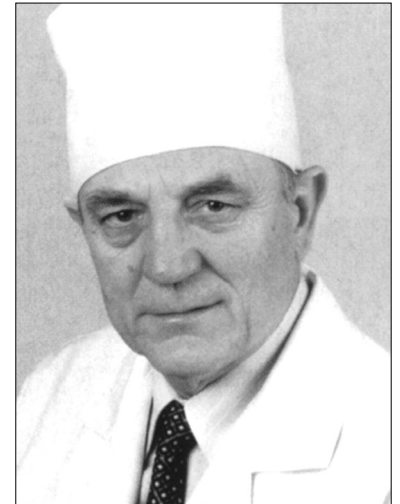
Шановні колеги!

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.

Кожний шостий може стати жертвою інсульту:

Щоб не стати наступним – треба діяти зараз!



Всесвітня організація боротьби з інсультом закликає приєднатися 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 приєднатися до просвітньо-оздоровчих заходів програми "Стоп інсульт" лікарів і пересічних українців.

Цього року в рамках програми "Стоп інсульту – 2016" відбулися заходи "День боротьби з інсультом в регіонах", де силами обласних центрів здоров'я, волонтерів, лікарів проведені скринінгові обстеження на виявлення факторів ризику, що сприяють виникненню інсульту.

Дні боротьби з інсультом відбулися в Миколаєві, Херсоні, Одесі, Тернополі, Чернівцях, Вінниці, Харкові, Дніпропетровську, Львові. Проблема поінформованості населення про перші ознаки інсульту та 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 і 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 для сімейних лікарів, став традиційним спеціалізований симпозіум 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".

Єднаймо зусилля!

Президент ГО 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!**

USING SIMULATION MEDICINE IN STROKE: THE NEW PROGRAM IN THE CZECH REPUBLIC

Svobodova V¹, Kalna S¹, Baluchova J¹, Mikulik R^{1,2}

¹International Clinical Research Center, St. Anne's University Hospital Brno, Czech Republic

²Department of Neurology of St. Anne's University Hospital in Brno and Masaryk University,
Czech Republic

Background – The simulation training is proven method in medicine for improving medical skills and knowledge. Typically, the simulation is used to train medical situations such as e.g. resuscitation. In our hospital, we have trained communication skills for medical and nursing staff: we train how to communicate with different types of patients (e.g. aggressive, depressive) or with relatives. For nursing students we have developed outdoor simulation courses of first aid in case of car accidents, drowning, fire and other critical situation. For all courses we use actors as patients.

In stroke, we recently developed scenario aimed to shorten door-to-needle time for thrombolytic treatment. Shortening door-to-needle time is currently important medical priority.

Methodology – The course is dedicated to stroke teams from primary stroke centers in the Czech Republic. The training takes place in the simulation center of St. Anne's University Hospital Brno equipped with audiovisual and simulation technique. The course is running according to standardized simulation scenario, which includes 1) defining roles (paramedic, physician, nurse, patient), 2) basic information about a patient and 3) instruction for each role. The content of the simulation includes activating stroke center by paramedics, patient's admission, communication to patient, diagnosis and thrombolytic treatment. An actor plays the patient.

The course takes approx. 4 hours and consists of the following parts: 1) explaining participants how to work with the equipment especially patient monitor, 2) introduction of the course: goal, simulation background, 3) defining roles + learning instructions, 4) simulation of one thrombolytic case with logistics that is currently used by the trained team, 5) debriefing = discussing how to improve the performance, 6) simulation of the medical case using different logistics that leads to shortening door-to-needle time, 7) debriefing = discussing the performance using the new logistics, 8) conclusion, 9) evaluation of the course by participants.

The efficacy of simulation will be measured by change of door-to-needle time as documented in SITS registry (all patients registered per standard of care).

Results – So far, the first county hospital staff has been trained: 7 physicians and one nurse. The first simulation scenario replicated the usual standard of care: patient arrives to Emergency Department, after evaluation is transported to CT scanner, after un-enhanced CT and CT-angiography moved to stroke unit where receives thrombolytic treatment. Door-to-needle time for such simulated scenario was 43 minutes. The second simulated scenario was conducted to train the desired logistic and included transportation of patient by ambulance directly to CT scanner, all evaluations done inside the CT scanner room and treatment is initiated immediately after un-enhanced CT scan. Door-to-needle time in such simulated scenario was below 20 minutes. To modify hospital logistics in the future, several challenges have been identified, especially the change of arrival point in the hospital (directly to CT scanner) and longer time needed to perform not only diagnostics but also treatment in the CT scanner.

Conclusion/discussion – In this lecture, we will present our initial experience with simulation training in stroke. In the long-term, the project will evaluate how simulation can be useful for shortening door-to-needle time at center and country level.

МІГРЕНЬ І ІНСУЛЬТ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ

Білошицький В.В., Глабець І.Б., Білошицька М.В.

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

Мігрень належить до найпоширеніших захворювань людини. На цю недугу страждає близько 12% людей, у тому числі до 18% жінок і 6% чоловіків. У 2% населення мігрень набуває хронічного перебігу, тобто характеризується наявністю головних болів упродовж більш ніж 15 днів на місяць. Через це мігрень є однією з 20 найчастіших причин тимчасової втрати працездатності.

Епідеміологічні дослідження останніх років довели, що як мігрень без аури, так і, в більшій мірі, мігрень з аурою є фактором ризику ішемічного інсульту. Ризик інсульту значно зростає при поєднанні наявності мігрені з такими чинниками як жіноча стать, вік старше 45 років, паління й вживання пероральних контрацептивів. Офіційного визнання набув термін "мігренозний інфаркт", діагностичними критеріями якого є тривалість симптомів мігренозної аури понад 60 хвилин, візуалізація ішемічного інфаркту у відповідній ділянці головного мозку і виключення інших причин інсульту. З іншого боку, хронізація мігрені може бути пов'язана з тривалим вживанням нестероїдних протизапальних засобів і триптанів (абузусний головний біль), які, в свою чергу, можуть мати побічні явища й викликати ускладнення з боку серцево-судинної системи.

Усе зазначене вказує на те, що лікування, спрямоване на зниження частоти й інтенсивності приступів мігрені, не тільки полегшує стан, покращує якість життя, але й сприяє поліпшенню прогнозу в таких пацієнтів (Tana C. *et al.* 2016).

Засобами превентивного лікування при хронічній мігрені є препарати магнію, певні антидепресанти, антиконвульсанти й антигіпертензивні препарати (бета-блокатори, антагоністи кальція). Методом, що набув поширення при хронічній мігрені та абузусному головному болю, стали ін'єкції ботулотоксина типу А в проекції певних м'язів і нервів м'яких покривів голови й шиї. Результати двох клінічних випробувань PREEMPT-1 і PREEMPT-2 показали високу ефективність ін'єкцій ботулотоксина в лікуванні цих форм головного болю порівняно з плацебо.

У випадках хронічної мігрені, рефрактерних до медикаментозного лікування, можуть бути запропоновані інтервенційні (блокади потиличних нервів, блокади й радіочастотне лікування крилопіднебінного вузла) та нейрохірургічні (нейростимуляція потиличних нервів) методи лікування.

МІГРЕНОЗНИЙ ІНСУЛЬТ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Боженко Н.Л., Боженко М.І.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

Мета: Людина не може прожити без болю, біль — це природна й необхідна реакція організму на зовнішній подразник або симптом серйозної хвороби, що ще не проявила себе належною мірою. Мігрень — саме такий біль, котрий відносно рідко зустрічається в стаціонарі, але, який, тим не менше, залишається доволі поширеним та небезпечним. Мігрень — це хронічний розлад, який характеризується періодичним головним болем середнього та високого ступеня тяжкості, пульсуючого характеру, що посилюється при навантаженні, супроводжується фото- і фонофобією та часто пов'язаний із рядом симптомів вегетативної нервової системи — нудотою, блюванням. Вперше на невідповідне співіснування мігрені і інсульту звернув увагу С. Fere в 1881 р. В середині 1950-х років було висловлено припущення про те, що повторювані атаки важкої мігрені можуть призводити до локального пошкодження артерій мозку. Відносний ризик інсульту у осіб з мігренню в цілому складає 2,16 (1,89–2,48). Пацієнти з мігренню мали в 1,8 рази вищий ризик ішемічного інсульту (відносний ризик 1,84), ніж особи без анамнезу мігрені. Результати епідеміологічних досліджень наводять на думку, що існує зв'язок між мігренню та інсультом! Цей зв'язок може розглядатися в 3 варіантах: 1) Ішемічний інсульт, викликаний іншими причинами, супутніми мігрені. 2) Ішемічний інсульт з симптомами, схожими на мігрень з аурую, але обумовлений іншими причинами. 3) Ішемічний інсульт, який виник безпосередньо під час нападу мігрені з аурую, що являє собою мігренозний інсульт. Вчені припускають, що аура та порушення церебрального кровотоку мають єдині патофізіологічні механізми. Загальні патофізіологічні механізми у хворих мігренню та ішемічним інсультом — артеріальна диссекція, кардіоемболія, тромбоцитарна та ендотеліальна дисфункція.

Прямий зв'язок інфаркту з мігренню вбачається тільки в тому випадку, коли інфаркт розвивається після типової для даного хворого аури і в тій же судинній зоні, яка страждає при мігренозному пароксизмі.

Саме так виглядали справи в нашому клінічному спостереженні. Хвора Г., 43 років, з 15 років страждала нападами мігрені з аурую з частотою до восьми в місяць. Стереотипна аура починалася з появи фотопсій, до яких приєднувалися двобічні скотоми. Через 10–15 хв. розвивалася гемікранія з чергуванням сторін при різних нападах. Цефалгія тривала від декількох годин до доби. У міжприступному періоді вважала себе здоровою. Раптово розвинулася офтальмічна аура з правобічною геміанопсією, до якої приєдналася лівобічна гемікранія з блюванням. Однак головний біль протягом доби, як було раніше, не пройшов. Біль та геміанопсія, стійко трималися. Неврологічне дослідження виявило недостатність лицьового і під'язикового нервів і пожвавлення рефлексів справа. Хвора була госпіталізована з підозрою на мігренозний мозковий інфаркт. Головний біль і блювання припинилися, але геміанопсія, залишалася. Контрольна комп'ютерна томографія виявила велике вогнище ішемії в лівій потиличній частці.

Висновки: Прямий зв'язок інфаркту з мігренню вбачається тільки в тому випадку, коли інфаркт розвивається після типової для даного хворого аури і в тій же судинній зоні, яка страждає при мігренозному пароксизмі. Саме так виглядали справи в наведеному вище клінічному спостереженні. Даний приклад свідчить про серйозність мігрені як хвороби та необхідність ранньої діагностики та лікування.

Мігрень — особливий головний біль!

Лікування мігрені — важливе для профілактики інсульту!

МОЗОК І ДІАБЕТ

Боженко М.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Актуальність: Цукровий діабет – "неінфекційна епідемія XXI століття". За даними МДФ у 2011 році кількість хворих на ЦД у світі досягла рекордної цифри 366 млн., в Україні ЦД страждають понад 1,3 млн. хворих. Гостроту проблеми визначає не лише значне поширення, а й швидкий розвиток ускладнень. При ЦД когнітивна дисфункція розвивається раніше і зустрічається частіше, ніж в загальній популяції. В той час, як зниження когнітивних функцій у хворих на ЦД є помірним, ризик розвитку деменції у них в 1,5–2 рази вищий, ніж в загальній популяції. При цьому підвищений ризик як судинної деменції, так і хвороби Альцгеймера (G.J. Biessels et al., 2006).

Мета: Провести обстеження, визначити неврологічні симптоми та нейропсихологічні особливості хворих з цукровим діабетом.

Матеріали і методи: Було обстежено амбулаторних пацієнтів ЛОКП з ЦД, з використанням неврологічного клінічного та нейропсихологічного обстеження із застосуванням опитувальників MMSE, Тест 5 слів, Тест малювання годинника.

Результати: Обстежено 19 хворих з ЦД віком від 60 до 75 років; з них 9 чоловіків та 10 – жінок. У клінічній картині спостерігалось: 1) порушення чутливості за поліневральним типом у 78% хворих; 2) когнітивні розлади – порушення пам'яті на текучі події, важкість у переказі тільки що прочитаного, важкість у запам'ятовуванні імен нових знайомих, порушення орієнтації в незнайомому місці, зниження професійної компетентності, труднощі підбору слова при розмові, порушення виконання рахунку. За результатами аналізу опитувальників виявлено: у 5 пацієнтів – немає порушень когнітивних функцій, у 9 – помірні когнітивні порушення, у 4 – деменція легкого ступеня, у 1 – деменція помірного ступеня. При оцінці клінічного стану хворих та виробленні оптимальної тактики їх лікування важливим є врахування патогенетичних механізмів діабетичної когнітивної дисфункції та хронічної ішемії мозку, а також їх поєднання.

Висновки:

1. Діабетична когнітивна дисфункція – важке ускладнення цукрового діабету.
2. В клінічній картині переважають помірні когнітивні порушення.
3. Для диференційної діагностики ДКР та ДЕ важливим є проведення дуплексного ультразвукового обстеження артерій та КТ (МРТ).
4. Рання діагностика та своєчасне лікування ДКР дозволить попередити розвиток деменції та покращити якість життя даної категорії хворих.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА (МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ДОДЕМЕНТНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, ШКАЛА МОСА)

Гребенюк А.В.

Харьковская медицинская академия
последипломного образования, Харьков

Актуальность проблемы изучения когнитивных нарушений (КН) и деменции для неврологов связана со следующими обстоятельствами: с необходимостью диагностики ранних стадий заболевания (на стадии умеренных КН), когда наиболее эффективны терапевтические воздействия; с большой распространенностью дементирующих заболеваний в популяции.

Одной из причин распространенности КН является увеличение продолжительности жизни, так как пожилой возраст это самый сильный и независимый фактор риска развития нарушений высших мозговых (когнитивных) функций. Причин несвоевременной диагностики когнитивных нарушений несколько. Во-первых, это недостаточное понимание, как врачами, так и родственниками пожилого человека природы возрастной забывчивости, недостаточная информированность о возможных причинах КН и деменции в более молодом возрасте. Другая причина поздней диагностики — недостаточное владение неврологами, психиатрами, терапевтами, геронтологами и врачами других специальностей ее методами. Обычный сбор жалоб, анамнеза и клинический осмотр не позволяют получить достаточную информацию о состоянии когнитивных функций.

В настоящее время наиболее надежным способом объективизации состояния когнитивных функций является нейропсихологическое тестирование. Часто употребляемая в мировых исследованиях шкала MMSE не способна выявить додементные формы когнитивных нарушений. Чувствительность ее 18%, специфичность — 100%. МоСа-тест представляет собой краткий когнитивный инструмент скрининга с высокой чувствительностью и специфичностью (90 и 87% соответственно) для выявления когнитивной дисфункции у пациентов со значениями теста MMSE более 26. Эта шкала оценивает различные сферы: внимание и концентрацию, исполнительные функции, память, речь, зрительно-конструктивные навыки, абстрактное мышление, счет и ориентацию.

ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Григорова И.А., Тесленко О.А., Григоров Н.Н.
Харьковский национальный медицинский университет

Цель: изучить факторы риска инсульта в Харьковской области и определить основные мероприятия, предупреждающие когнитивные сосудистые расстройства.

Результаты исследования. Сегодня в Украине наибольшая заболеваемость связана с сердечно-сосудистой патологией, занимающей второе место среди заболеваний системы кровообращения. В Харьковской области распространенность цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ) составила в 2013 году 9694,55 случаев на 100000 населения, из них 5179,91 случаев — гипертоническая болезнь, 686,1 случаев — атеросклероз. Данные показатели были выше у жителей города Харькова, чем у жителей области.

Показатели летальности у жителей города в 2 раза превышали таковые, чем у жителей области. За последние 2 года отмечено "омоложение" инсульта в городе Харькове и Харьковской области (до 10–15% от всей группы больных с инсультом составляют лица до 45 лет), что совпадает с мировыми данными.

В Харькове и Харьковской области наиболее статистически значимыми факторами риска были: артериальная гипертензия, врожденные аномалии сосудов головного мозга, пороки сердца, особенно мерцательная аритмия (фибрилляция предсердий), дислипидемия, венозная энцефалопатия, коллагеновые заболевания (ревматизм, красная волчанка), сахарный диабет, инфекционные заболевания (в последний год "свиной грипп", ВИЧ-инфекции). У молодых — возросли случаи генетически детерминированных заболеваний — болезни Мойя-Мойя, CADASIL-синдромов. Большое место имели: абдоминальное ожирение (особенно у мужчин), курение, злоупотребление алкоголем, стрессы, злоупотребление поваренной солью, жирной пищей, гипокинезия, длительное пребывание на солнце. В качестве мер по профилактике когнитивных сосудистых расстройств и лечение легких когнитивных нарушений у 100 обследованных больных, перенесших ишемический церебральный полушарный инсульт выявлено достоверное улучшение памяти, внимания, ориентации, праксиса, (по данным шкал MMSE и MoCa) после применения цитиколина (цитимакс) до 2 г в сутки в остром периоде, мельдония (метамакс) 10,0 мл в/в №7, а затем перорально, в сочетании с гипертензивными препаратами тиаира-трио и препаратом, улучшающим эндотелиальную дисфункцию — тивомакс ("Дарница").

Выводы: ЦВЗ и инсульт являются значительными факторами риска инвалидизации и летальности у жителей г. Харькова и Харьковской области. Для улучшения профилактики инсульта целесообразно улучшить диспансерное наблюдение с ежедневным лечением артериальной гипертензии, лечением нарушений сердечного ритма, дислипидемии, сахарного диабета, а также лечить данных больных согласно отечественных протоколов с включением нейропротекторных, ноотропных, метаболических и антигипертензивных препаратов.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ "РАННЬОЇ" ПОСТІНСУЛЬТНОЇ ПАТОЛОГІЧНОЇ ВТОМИ

Дельва І.І., Литвиненко Н.В., Дельва М.Ю.
ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія",
м. Полтава, Україна

Мета. Вивчення розповсюдженості постінсультної патологічної втоми (ППВ) протягом перших 3 місяців після розвитку інсультів.

Методи. Досліджено 141 пацієнт, що переніс ішемічний інсульт чи внутрішньомозковий крововилив і який не мав при виписці зі стаціонару "вираженого" функціонального дефекту (модифікована шкала Ренкіна менше 3 балів) та деменції (шкала MMSE більше 23 балів). Динаміку ППВ та окремих її компонентів (загальна втома, фізична втома, психічна втома, знижена активність, знижена мотивація) вивчали за допомогою шкали MFI-20 в гострому періоді інсульту під час знаходження пацієнта в стаціонарі, а також амбулаторно через 1, 2 та 3 місяці після розвитку інсульту. Наявності як загальної ППВ, так і кожного з її компонентів відповідало ≥ 12 балів з певного блоку питань шкали MFI-20. Достовірність динаміки змін частоти ППВ визначали за допомогою критерію Кохрена Q.

Результати. Розповсюдженість загальної ППВ достовірно збільшувалась протягом періоду спостереження ($p < 0,05$) та мала такі показники: під час перебування в стаціонарі – у 25,5% пацієнтів, через 1 місяць – у 19,1%, через 2 місяці – у 34,8% та через 3 місяці – у 35,5% пацієнтів. Частота виявлення фізичної втоми також достовірно збільшувалася з часом і становила у відповідних постінсультних термінах – 28,4%, 27,0%, 32,6%, 41,1% ($p < 0,05$). Розповсюдженість психічної втоми теж мала достовірну динаміку щодо збільшення – 19,1%, 34,0%, 29,1%, 31,9% ($p < 0,05$) у вищезазначені терміни. З іншого боку, кількість випадків зниженої активності достовірно зменшувалася протягом спостереження та у відповідні терміни характеризувалась наступними показниками – 36,2%, 22,7%, 16,3%, 17,0% ($p < 0,01$). Частота випадків зниженої мотивації не мала достовірних змін і у відповідні часові точки складала 14,9%, 17,0%, 15,6%, 19,1%.

Висновки. Розповсюдженість загальної ППВ достовірно збільшується протягом перших 3 місяців після розвитку інсульту за рахунок достовірного збільшення частоти її певних компонентів (фізичної та психічної втоми), тоді як частота випадків зниженої активності достовірно зменшується. Вищенаведені особливості перебігу ППВ в ранні постінсультні терміни потребують як подальшої деталізації, так і врахування в практичній лікарській діяльності.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ИНТРАКРАНИАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Дубенко О.Е.¹, Лебединец В.В.², Лебединец П.В.¹

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования,

²Харьковская клиническая больница железнодорожного транспорта №1,

Филиал "Центр охраны здоровья"

Публичное акционерное общество "Українська залізниця"

Несмотря на то, что интракраниальный атеросклероз (ИКА) является одной из наиболее распространённых причин ишемического инсульта (ИИ) в мире, в украинской популяции ИКА мало изучен, что объясняется труднодоступностью его выявления. Цель исследования – изучить особенности структуры факторов риска и клинко-томографические характеристики у больных ИИ с ИКА.

Методы: в анализ включены 450 больных ИИ, которым наряду с магнитно-резонансной (МРТ) или компьютерной томографией (КТ) было проведено ангиографическое исследование интракраниальных артерий с помощью МРТ-или КТ-ангиографии или катетерной контрастной ангиографии. Всем больным также проводилась ультразвуковая доплерография, электрокардиография, лабораторные анализы, включая уровень глюкозы крови и липидный спектр. Пациенты с фибрилляцией предсердий и другими источниками кардиогенной эмболии не включались в анализ.

Результаты: ангиографические признаки ИКА были выявлены у 50 (11%) больных. Возраст больных с ИКА был от 35 до 75 лет, соотношение мужчины/женщины – 35/15. Частота сосудистых факторов риска составляла: артериальная гипертензия у 42 (84%), сахарный диабет 2-го типа – у 36 (72%), инфаркт миокарда в анамнезе – у 20 (40%). Предшествующие ИИ и транзиторные ишемические атаки наблюдались у 18 (36%) больных. Особенности липидного спектра крови заключались в том, что содержание общего холестерина (ХС) > 5,2 ммоль/л отмечено только у 27 (54%), ХС ЛПНП > 2,6 ммоль/л у 23 (46%), ХС ЛПВП ммоль/л < 1,0 у 25 (50%), триглицеридов > 2,6 ммоль/л у 15 (30%). Локализация атеросклеротических стенозов в области интракраниального отдела внутренней сонной артерии отмечалась у 14 (28%) больных ИИ с ИКА (односторонний у 12, двусторонний у 2), средней мозговой артерии (СМА) у 24 (48%) (односторонний у 21, двусторонний у 3), базилярной артерии у 7 (14%), внутримозговой части позвоночной артерии – у 5 (10%). При обследовании экстракраниальных отделов сонных, подключичных и позвоночных артерий стенозирующий атеросклероз был выявлен у 37 (74%) больных: сонных у 31, подключичных у 6. По данным МРТ/КТ инфаркты мозга не лакунарного характера визуализировались у 43 (86%) больных, в одной доле мозга – у 35 (81%), в двух – у 8 (19%).

Выводы: Частота ИКА у больных ИИ составила 11%. Среди пациентов преобладали мужчины, характерным был также относительно молодой возраст больных. При этом, сочетание интра- и экстракраниального атеросклероза отмечалось только у 74%, что позволяет считать ИКА самостоятельной локализацией процесса. Преимущественной локализацией атеросклеротического стеноза была СМА. При анализе сосудистых факторов риска наряду с артериальной гипертензией отмечена высокая частота сахарного диабета 2-го типа, что позволяет считать такие метаболические расстройства предиктором ИКА. В то же время, повышение уровня ХС и его атерогенных фракций отмечалось только примерно у половины больных.

Выявления ИКА как причины инсульта важно для формирования лечебной стратегии и превентивной тактики.

БАЗИСНЫЕ И ОПОСРЕДОВАННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Евтушенко С.К., Филимонов Д.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака

Актуальность. В ходе ранее проведенных клинических исследований были установлены базисные факторы риска геморрагической трансформации ишемического инсульта, такие как артериальная гипертензия, гипергликемия, массивная зона инфаркта, тяжелый неврологический дефицит, кардиогенная эмболия и др. Вместе с тем, роль других, потенциально значимых, факторов риска ГТ остается неизученной.

Методы. В исследование были включены 118 пациентов в возрасте 35–76 лет, поступившие в отделение ангионеврологии с ишемическим не лакунарным инсультом в остром периоде. Для оценки воздействия базисных и новых факторов риска ГТ использовался регрессионный анализ. Пациенты получали антиагрегантную и антикоагулянтную терапию согласно международным протоколам.

Результаты. По результатам клинито-томографического исследования у 52 (44%) пациентов диагностирована ГТ. У 19 (16%) больных МР-признаки ГТ выявлены при поступлении в стационар, у 13 (11%) пациентов ГТ развилась в 3–7 сутки, у 20 (17%) пациентов выявлена асимптомная ГТ при проведении контрольного МР-исследования. Средний показатель тяжести инсульта по шкале NIHSS составил $13,1 \pm 2,23$ балла. Регрессионный анализ показал, что независимыми предикторами ГТ являлись уровень высокочувствительного С-реактивного белка (вч-СРБ) >3 мг/л (ОШ=1,97; 95% ДИ=1,12–3,94), гипергомоцистеинемия >17 мкмоль/л (ОШ=2,87; 95% ДИ=1,82–7,14), уровень общего холестерина <3 ммоль/л (ОШ=3,07; 95% ДИ=2,71–5,19), повышение соотношения лактат-пируват >40 (ОШ=1,42; 95% ДИ=1,12–2,05).

Мультивариантный регрессионный анализ показал, что риск развития ГТ повышается при сочетании гипергомоцистеинемии (ГЦ >17 мкмоль/л) с такими факторами, как альбуминурия (ОШ=4,12; 95% ДИ=2,01–6,54), положительный D-димер (ОШ=4,56; 95% ДИ=2,98–7,86), вч-СРБ >3 мг/л (ОШ=3,67; 95% ДИ=2,14–7,35), соотношение лактат-пируват >40 (ОШ=4,67; 95% ДИ=2,87–7,26). Наибольшую прогностическую значимость для оценки риска ГТ имело сочетание гипергомоцистеинемии и положительного D-димера (чувствительность – 86%, специфичность – 72%), гипергомоцистеинемии и повышения соотношения лактат-пируват >40 (чувствительность – 79%, специфичность – 68%).

Выводы. Выявление новых потенциальных факторов риска ГТ обуславливает необходимость их оценки и терапевтической коррекции не только на этапе лечения ишемического инсульта, но и на этапе возможного предупреждения цереброваскулярной патологии.

ОСОБЛИВОСТІ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ІНСУЛЬТУ

Єскін О.Р., Тихонова Л.В., Тихонова О.О.

Харківський національний медичний університет

Мета: проаналізувати активність креатінфосфокінази, лактатдегідрогенази, лужної фосфатази, гамма-глутамілтрансферази, у сироватці крові хворих на ішемічний інсульт у гострому періоді, для виявлення стану окислювально-відновлювальних процесів та метаболічних змін основних енергетичних та пластичних матеріалів.

Методи: біохімічні дослідження були проведені на 1 та 7 добу захворювання у 72 пацієнтів: 48 чоловіків та 24 жінок, у віці 33–85 років.

Активність ферментів у сироватці крові визначалась на біохімічному аналізаторі "Screen master lab" фірми "Hospitex Diagnostics".

Хворі на підставі тяжкості перебігу та виходу захворювання були розподілені на чотири клінічні групи: 1 група – хворі у задовільному стані (10 чоловік), 2 група – хворі у стані середньої важкості (31 чоловік), 3 група – хворі у тяжкому стані (17 чоловік), 4 група – хворі у край тяжкому стані (померлі) – 9 чоловік.

Результати: найбільша активність ферментів отримана у пацієнтів зі сприятливим виходом ішемічного інсульту, а у хворих 4 групи показники були найнижчими. Це проявлялося переважно, у гіперферментемії, у більшому ступені КФК (на 108,1%, 97,2% вище контролю), потім ЛДГ (46,4%, 28,4%), ЛФ (36,9%, 32,%), ГГТП (31,8%, 23,7%), яка залежить від ступеня тяжкості та виходу захворювання.

Висновки: отримані нами результати свідчать про достовірність порушення активності ферментів в гострий період ішемічного інсульту, а також дає можливість припускати, що активність ферментів, які беруть участь у енергетичному обміні, є компенсаторною реакцією організму.

ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ В ГОСТРОМУ ТА РАННЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ

Засуха А.В., Лисенюк В.П., Засуха В.О.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Кафедра неврології та реабілітаційної медицини

Мета. Підвищення ефективності реабілітаційних заходів у хворих на ішемічний інсульт в гострому та ранньому відновлювальному періодах з використанням дзеркальної терапії (ДТ) в комплексному лікуванні цієї категорії хворих.

Матеріали та методи. Проведено клініко-неврологічне обстеження 21 хворого на ішемічний інсульт у гострому та ранньому відновлювальному періодах віком від 40 до 75 років (середній вік 59,4 роки), переважно з руховими розладами, у лікуванні яких окрім стандартної реабілітаційної терапії проводили додатково сеанси дзеркальної терапії (основна клінічна група). Контрольну групу склали 10 хворих, які за демографічними показниками та неврологічному дефіциту статистично не розрізнялись в порівнянні з основною групою. Ішемічний інсульт верифікували наявністю осередку ішемії в басейні лівої/правої СМА за даними МРТ-дослідження. Для оцінки моторної функції верхньої кінцівки використовували шкалу Fugl-Meyer Assessment Scale. Кількість сеансів ДТ на курс лікування у стаціонарі складала 10–15 процедур (по 15 хв., 2 рази на день) за розробленим нами алгоритмом. В подальшому в амбулаторних умовах хворі самостійно продовжували проводити сеанси ДТ впродовж 6 місяців.

Результати. Аналіз клініко-неврологічних параметрів показав, що у основній групі хворих на ішемічний інсульт через 6 місяців після початку застосування ДТ ступінь відновлення моторної функції верхньої кінцівки був достовірно вищим (до лікування 46 балів, після лікування 61,2 бали; $p < 0,05$) у порівнянні з контрольною групою (до лікування 49 балів, після лікування 57,9 балів; $p < 0,05$).

Висновки. Проведені дослідження виявили позитивний вплив розробленого реабілітаційного комплексу на відновлення рухових порушень, що проявлялося збільшенням рухової активності та м'язової сили в паретичних кінцівках. Включення в стандартний реабілітаційний комплекс ДТ дає можливість підвищити ефективність медичної реабілітації хворих з півкульним ішемічним інсультом, сприяє більш повному відновленню втрачених функцій і покращенню якості життя, що дає підставу рекомендувати дану методику для впровадження її у стандартну систему реабілітаційних заходів.

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Зозуля І.С., Волосовець А.О., Зозуля А.І.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Мозковий інсульт є другою по величині причиною смертності в світі і третьою — в країнах, що розвиваються. Інсульт є також основною причиною довгострокової інвалідизації в світі.

Не дивлячись на простоту профілактичних заходів, їх впровадження зустрічає чисельні труднощі. Це трапляється через недостатню інформованість населення про мозковий інсульт, низьку обізнаність в цьому питанні медичного персоналу первинної ланки медичної допомоги, а також внаслідок відсутності спеціалізованих центрів (судинних відділень з кабінетами нейровізуалізації і мультидисциплінарними бригадами надання допомоги).

Мета твору: покращення інформованості медичних працівників і, в першу чергу, лікарів (фельдшерів) екстреної (швидкої) медичної допомоги, неврологів, нейрохірургів, кардіологів, сімейних лікарів з діагностики та надання медичної допомоги хворим при мозкових інсультах на ранніх етапах (догоспітальний і госпітальний).

Існують наступні етапи лікування хворих з мозковим інсультом: догоспітальний (лінійні і спеціалізовані неврологічні бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги); госпітальний (інсультні відділення, центри, блоки інтенсивної терапії, нейрохірургічні відділення); відновного лікування (ангіоневрологічні, неврологічні, реабілітаційні відділення, кабінети поліклінік, санаторії); диспансерний (сімейний лікар, районний невролог).

На догоспітальному етапі проводиться клінічна діагностика інсульту, оцінка вітальних функцій, оцінка неврологічного дефіциту. Проводиться лікування стану, що загрожує життю хворого (за системою ABCDEF). Може бути проведена штучна вентиляція легень.

Дія медичного персоналу направлена на підтримку оптимального рівня артеріального тиску (його зниження, якщо він перевищує 220/210 мм рт. ст. у гіпертоніка) На даному етапі проводиться корекція судомного синдрому і психомоторного збудження (седуксен, реланіум, сибазон). На догоспітальному етапі профілактика підвищення внутрішньочерепного тиску і набряку проводиться шляхом придання положення голови на 20–30° вище.

Інсульт є хворобою, яка відноситься до невідкладних станів і тому всі пацієнти повинні бути госпіталізовані в нейросудинні відділення (центри) в межах "вікна терапевтичних можливостей" — 3–4,5 год.

При госпіталізації у відділенні невідкладних станів (приймальному) хворим з інсультом надається позачергова мультидисциплінарна допомога (невролог, кардіолог, нейрохірург, реаніматолог), проводиться нейровізуалізація (для уточнення характеру інсульту) уточнюється тип інсульту. Надається допомога при виявленні порушення життєвоважливих функцій, регуляція функції артеріального тиску, при показах при ішемічному інсульті проводиться тромболітична терапія. Уділяється увага нормалізації водно електролітного балансу, контроль метаболізму глюкози, температури тіла. Важлива увага приділяється профілактиці та лікуванню ускладнень інсульту (набряку головного мозку, судомам, інфекції сечовивідних шляхів, тромбозу глибоких вен).

Дається аналіз застосування тромболітичної терапії, застосування антикоагулянтів, нейропротекторів, медикаментозного та оперативного лікування геморагічного інсульту і субарахноїдального крововиливу.

Висновок: своєчасна допомога хворим з мозковим інсультом на догоспітальному етапі; транспортування пацієнта в стаціонар в рамках "терапевтичного вікна"; позачергове обстеження у відділенні невідкладної допомоги багатопрофільної лікарні з визначенням мультидисциплінарною бригадою стану хворого та госпіталізація в нейросудинне відділення (відділення інтенсивної терапії) дасть можливість найбільш ефективного лікування та реабілітації такого контингенту хворих.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТИНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ

Каширина А.В., Резниченко Е.К.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра неврологии №1

Ежегодно в Украине случается более 111 тысяч новых случаев инсульта, которые являются основной причиной смертности и инвалидизации населения. Одной из основных жалоб, предъявляемых пациентами в постинсультном периоде (ПИП), является головная боль (ГБ).

Цель. Изучить клиническую особенность ГБ у пациентов в постинсультном периоде.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 53 пациентов (24 женщин, 29 мужчин), перенесших ишемический инсульт (ИИ). Возраст пациентов от 39 до 74 лет. Давность заболевания от 3 недель до 18 месяцев. Мы провели оценку неврологического и соматического, а также психологического статуса (госпитальная шкала тревоги и депрессии).

Результаты. Согласно жалобам пациентов и результатам обследования, 33 (65%) пациентов имеют ГБ. При этом, в течение первого месяца ПИП у 8 пациентов появилась ГБ, в течение 6 месяцев – ГБ возникла у 18 пациентов, и более 6 месяцев – у остальных 7 пациентов. Клинически болевые ощущения у пациентов довольно разнообразны. ГБ наблюдалась у 70% пациентов при локализации ИИ в бассейне задней мозговой или основной артерий (боль в затылочно-теменной области), 35% пациентов – при атеротромбозе среднемозговой артерии (боль внутри- или периорбитально), 20% пациентов – ГБ при поражении позвоночной артерии (распространение боли в области средней скобы Зельдера). У большинства пациентов – 67%, ГБ соответствовала клинике головной боли напряжения. Согласно оценке по госпитальной шкале тревоги и депрессии, именно эта группа пациентов получила 8–12 баллов. Также мы отметили, что к данной группе пациентов относится более молодая группа людей с высоким уровнем интеллекта.

Вывод. ГБ встречается достаточно часто у пациентов в ПИП. Помимо клинических проявлений, а также срока заболевания следует обращать внимание на степень тревожных расстройств, связанных с озабоченностью пациента состоянием своего здоровья, проблемами физического и интеллектуального дефекта или социальной дезадаптацией.

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПАРКІНСОНА НА ФОНІ ПЕРЕНЕСЕНИХ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ

Лабінський А.Й.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Мета – Вивчити ефективність розробленої нами інноваційної методики комбінованого з лікування синдрому Паркінсона судинного генезу на фоні перенесених мозкових інсультів.

Методи – Застосовано немедикаментозні методи лікування (нутріціологічна корекція, гірудотерапія та мануальна терапія) разом з медикаментозним (леводопа). До лікування та після нього проводили оцінку стану хворих за уніфікованою рейтинговою шкалою (UPDRS).

Результати – Нами обстежено 32 пацієнти з синдромом паркінсона, який виник після перенесених як ішемічних так і геморагічних мозкових інсультів, локалізованих переважно підкірково в ділянці базальних гангліїв. У всіх пацієнтів спостерігалась реакція виснаження дії леводопи.

Таблиця. Ефективність комбінованого лікування хворих синдромом паркінсонізму

Розділ за шк. UPDRS	При комбінов. лікуванні	При лікуванні тільки леводопою
Підсумково	29,3	33,7
I. Ментальний статус	0,7	1,5
II. Повсякденна активн.	7,8	9,5
III. Рухома активність	20,8	22,7
Вкороч. періоду виключ. (на ск. хв. за добу.)	на 55 хв.	

Як видно із таблиці ментальний статус пацієнтів із синдромом паркінсонізму за уніфікованою рейтинговою шкалою покращився та оцінювався в 0,7 бала. Повсякденна активність пацієнтів при комбінованому лікуванні в кінці трьохтижневого курсу виросла, та оцінювалася в 7,8 бала. Рухова активність пацієнтів за уніфікованою рейтинговою шкалою при лікуванні тільки леводопою складала 22,7 бали. При комбінованому лікуванні рухову активність пацієнтів оцінювали в 20,8 бали. Період виключення після переведу пацієнтів на комбіноване інноваційне лікування до кінця трьохтижневого курсу лікування вкоротився у всіх хворих в середньому на 55 хвилин за добу. Помірні когнітивні порушення а також функції орієнтування після комбінованого лікування стали легшими та покращились функції орієнтування.

Висновки – Комбіноване лікування з методами нутріціологічної, гірудотерапії та мануальної терапії при синдромі паркінсона судинного церебрального генезу значно покращує об'єктивний стан хворих за шкалою UPDRS, та подовжує період включення дії леводопи. Розроблений комплекс комбінованого лікування може ефективно застосовуватись при перенесених мозкових інсультах, ускладнених екстрапірамідною симптоматикою.

ЗМІНИ ХРЕБЦЕВИХ АРТЕРІЙ ЗА ДАНИМИ ДУПЛЕКСНОГО СКАНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМУ БАСЕЙНІ

Михалойко О.Я.

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Мета – визначити наявність патологічних змін в екстракраніальному відділі хребцевих артерій (ХА), як причинного фактора у виникненні гострого ішемічного інсульту у вертебро-базиллярному басейні (ГП у ВББ).

Матеріали і методи – проведено клініко-лабораторний аналіз 64 хворих з ГП у ВББ серед яких 33 чоловіки і 31 жінка віком від 51 до 78 років. Всі хворі були госпіталізовані в перші 24–48 години від моменту початку клінічних проявів захворювання. Діагноз верифікувався за даними нейровізуалізації на спіральному комп'ютерному томографі (СКТ) та манітно-резонансному томографі (МРТ). Дуплексне сканування судин ший виконували на апараті "Siemens Acuson X 300" лінійним мультичастотним датчиком від 4–10 мГц за стандартними методиками. Оцінку неврологічного дефіциту і динаміку функціонального відновлення втрачених функцій оцінювали за шкалою NIHSS.

Результати: при дуплексному скануванні судин ший виявлено С- та S- подібні деформації ХА, які локалізувались в початкових сегментах V1 та V2 і були діагностовані у 6% випадків. Деформації ХА в каналі поперечних відростків хребців мали, здебільшого, двосторонній характер і поєднувались із артрозом унковертебрального зчленування і нестабільністю хребців. У 28 пацієнтів (43,8%) відмічались ендовазальні утворення у вигляді атеросклеротичних бляшок ХА, які мали різну ехогенність, здебільшого гетерогенну структуру та спричинювали різний ступінь стенозування просвіту судин, в основному до 50%, та були гемодинамічно незначущими. Двосторонє стенотичне ураження ХА відмічалось у 5%. Атеросклеротичні стенози відмічались практично у всіх випадках з контрлатеральної сторони до гіпоплазованої ХА. У більшості хворих асиметрія лінійної швидкості кровотоку по ХА (V3) була близько 20%; визначалась зменшенням швидкості кровотоку на стороні ураження в екстратракраніальних сегментах ХА (V1 та V3) до 20–30%, також були відмічені підвищення індексів периферичного судинного опору в прецраніальних сегментах (V3) ХА ($p < 0,05$).

Висновки: доплерографічні показники дають змогу оцінювати гемодинамічну значущість патогенетичних чинників порушення кровотоку, ступінь морфологічних змін, а також діапазон функціональних можливостей артеріального русла головного мозку.

У хворих з ГП у ВББ в екстракраніальному відділі хребцевих артерій відмічаються деформації анатомічного ходу, гіпоплазії, а також атеросклеротичні стенотичні ураження, що є причиною виникнення утруднення кровотоку у судинах вертебро-базиллярного басейну.

ДО ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОСТІНСУЛЬТНОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

Міщенко Т.С., Міщенко В.М., Здесенко І.В.

ДУ "Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України"

Мета. Вивчити ефективність застосування цитиколіну (Нейроксону®) в лікуванні хворих з постінсультною судинною деменцією (СД) для корекції та профілактики прогресування когнітивних функцій.

Методи. Об'єкт дослідження — 40 хворих, що перенесли ішемічний інсульт (ІІ), і мали когнітивні порушення (КП) у рамках деменції легкого та помірного ступеня. Виділені: основна і контрольна групи, співставні за статтю, віком, масою тіла. Вік включених у дослідження пацієнтів коливався від 42 до 70 років.

Основні методи дослідження: клініко-неврологічні, психодіагностичні з використанням шкал: NIHSS, Ренкіна, MMSE, депресії Монтгомері-Асберга (MADRS), методи нейровізуалізації, біохімічні, статистичні.

Результати. Пацієнтам впродовж 10 діб призначали препарат Нейроксон® (Галічфарм, Україна) розчин для ін'єкцій, внутрішньовенно крапельно по 1000 мг 1 раз на добу. З наступного дня після останньої ін'єкції хворими призначали таблетки Нейроксону® (БАТ "Київмедпрепарат", Україна) по 500 мг 2 рази на добу протягом як мінімум 20 діб. Лікування проводилося на тлі базисної терапії, спрямованої на корекцію порушення кровообігу, стабілізацію гомеостазу та попередження ускладнень. У процесі дослідження не дозволялося призначення ноотропних і нейропротективних препаратів.

У подальшому, пацієнтам основної групи проводили аналогічні курси призначення Нейроксону через 3 і 6 місяців з моменту захворювання. Хворим контрольної групи в подальшому Нейроксон та ноотропи не призначали.

Стан хворих обох груп оцінювався до початку лікування, через один місяць (кінець гострого періоду), 3, 6 місяців, через рік з моменту захворювання.

В результаті проведеного дослідження встановлено достовірну перевагу повторного курсового призначення Нейроксону® через 3 і 6 місяців після розвитку ІІ перед застосуванням препарату тільки протягом першого місяця.

Позитивний ефект повторного курсового призначення Нейроксону® підтверджено достовірним зменшенням до кінця першого року вираженості неврологічного дефіциту (з 7,4 до 3,0 балів за шкалою NIHSS), підвищенням показників повсякденної життєвої активності (з 3,3 до 1,5 пунктів за шкалою Ренкіна), поліпшенням емоційного стану (з 27,2 до 12,0 балів за шкалою MADRS) і регресом КП (з 20,2 до 23,9 балів за шкалою MMSE).

Встановлені: хороша переносимість Нейроксону®, відсутність істотних побічних ефектів при його комбінації з іншими лікарськими засобами, які використовувалися для профілактики повторного інсульту і інших серцево-судинних захворювань.

Висновки. Повторне курсове призначення Нейроксону® підвищує реабілітаційний і профілактичний потенціал пацієнтів, що перенесли МІ, перешкоджаючи розвитку дементуючих розладів, і може вважатися одним із напрямків у використанні препарату.

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАВЕРНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ ДОВГАСТОГО МОЗКУ

Мороз В.В., Скорохода І.І., Тиш І.І., Ярмолюк Є.С., Новіков Р.Р., Шахін Н.А., Ганем Р.Б.
Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ, Україна

Мета. Удосконалити можливості мікрохірургічного видалення КМ довгастого мозку за умови застосування сучасного арсеналу діагностичних та лікувальних методик.

Матеріали і методи. На протязі 2016 року виконані 3 хірургічні втручання з приводу КМ довгастого мозку. Вік пацієнтів склав від 34 до 63 років. У всіх випадках мав місце геморагічний перебіг захворювання. Діагноз гематоми стовбура головного мозку та КМ довгастого мозку встановлювали шляхом виконання мультиспіральної комп'ютерної томографії (МСКТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) головного мозку. Остаточні покази до хірургічного лікування та варіант доступу визначали після виконання МРТ головного мозку та МРТ-трактографії, яка дозволяла визначити співвідношення основних провідникових шляхів стовбура головного мозку до КМ та гематоми. У всіх випадках застосований субокципітальний доступ. У 2 спостереженнях видалення гематоми довгастого мозку та КМ виконували комбінацією енцефалотомії на рівні довгастого мозку у найближчій відстані від КМ з теловелярним доступом до IV шлуночка, з метою мінімально інвазивного видалення гематоми стовбура. У 1 застосували теловелярний доступ до нижніх відділів IV шлуночка, через який була видалена гематома і КМ.

Результати та їх обговорення. Шляхом хірургічного лікування досягнуто радикального видалення гематом стовбурових відділів головного мозку та КМ довгастого мозку. Результати хірургічного лікування КМ довгастого мозку засвідчені даними контрольної МСКТ та МРТ головного мозку. В післяопераційному періоді спостерігали практично повне регресування неврологічної симптоматики. Результати хірургічного лікування КМ довгастого мозку оцінювали за шкалою Rankin (RS). Всі пацієнти у задовільному стані з мінімальними неврологічними порушеннями виписані для подальшого лікування під спостереженням невролога.

Висновки. КМ, локалізовані в довгастому мозку зустрічаються вкрай рідко. Хірургічне лікування КМ даної локалізації потребує відповідного доопераційного дообстеження для визначення можливості тотального хірургічного видалення з застосуванням оптимального хірургічного доступу. Обов'язковою умовою хірургічного лікування КМ довгастого мозку є проведення передопераційної МРТ-трактографії, застосування мікрохірургічної техніки по ходу операції.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ У ХВОРИХ З ОКЛЮЗІЙНО-СТЕНОТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ З УРАХУВАННЯМ ДАНИХ МУЛЬТИСПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНОЇ ПЕРФУЗІЇ

Мороз В.В., Скорохода І.І., Тиш І.І., Ярмолюк Є.С.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ, Україна

Мета. Удосконалити покази до хірургічної реваскуляризації у пацієнтів з оклюзійно-стенотичними ураженнями брахіоцефальних артерій з урахуванням даних МСКТ-перфузії.

Матеріали і методи. На протязі 2016 року проаналізовані дані обстежень та хірургічного лікування 32 пацієнтів із оклюзійно-стенотичними ураженнями брахіоцефальних (БЦА) та церебральних артерій. Вік хворих від 45 до 67 років. Методи хірургічної реваскуляризації шляхом накладання мікроанастомозу застосовані у 6 пацієнтів. У 5 хворих діагностовані множинні оклюзійно-стенотичні ураження БЦА, у 1 – критичне стенозування лівої внутрішньої сонної артерії (ВСА) після операції емболізації мішководної аневризми (МА) супракліноїдного відділу лівої ВСА, ускладненої інтраопераційним розривом МА під час емболізації спіралями. Остаточні покази до хірургічної реваскуляризації встановлювали з урахуванням отриманих даних МСКТ-перфузії. У 5 випадках був накладений анастомоз між поверхневою скроневою артерією (ПоСА) і кірковими гілками середньої мозкової артерії (СМА), в 1 випадку (МА ВСА) – між зовнішньою сонною артерією (ЗоСА) і СМА (сегмент М2) з використанням великої підшкірної вени стегна.

Результати та їх обговорення. За даними селективної церебральної ангіографії, у всіх пацієнтів через 3 міс. після операції була підтверджена прохідність анастомозу. За результатами контрольних обстежень у 5 пацієнтів відзначений регрес неврологічної симптоматики, у 1 пацієнта істотних змін виявлено не було. Дані комп'ютерно-томографічної перфузії засвідчили значне покращення усередненого об'ємного мозкового кровоплину в ураженій півкулі пацієнтів: $37,8 \pm 10,2$ мл/100г/хв до операції, $46,9 \pm 15,8$ мл/100г/хв ($p=0,056$) протягом 1–5 діб, $65,4 \pm 13,7$ мл/100г/хв ($p=0,003$) – через 3 міс. після операції.

Висновки. Мікросудинна реваскуляризація дозволяє зберегти або покращити регіональний мозковий кровоплин при різноманітній патології БЦА та внутрішньо-черепних артерій, запобігає появі нового або сприяє регресу наявного неврологічного дефіциту.

СМЕРТНІСТЬ ВІД ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ХВОРОБ В УКРАЇНІ

Педаченко Є.Г., Никифорова А.М., Сапон М.А., Гук А.П.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ, Україна

Мета. Проаналізувати динаміку, гендерні, вікові та географічні особливості смертності від цереброваскулярних хвороб (ЦВХ) в Україні, надати прогноз показника на найближчі роки.

Матеріали і методи. Проведене ретроспективне дослідження смертності від ЦВХ в Україні. Як вихідний матеріал використані база даних про смертність Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) і дані Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ). Застосовані методи аналізу динамічних рядів і кореляційно-регресійного аналізу, статистичний показник "відношення ризиків" (ВР).

Результати та їх обговорення. З 1991 по 2012 р. смертність від ЦВХ зменшилася на 7,2% (з 220,4 до 204,6 на 100 тис. населення).

Рівень смертності від ЦВХ наближається до 0 у віці від 0 до 29 років, експоненціально підвищується у міру дорослішання і старіння населення і досягає максимуму у віці від 75 до 90 років (181 померлий на 10 тис. чоловічого і 178 – жіночого населення). Встановлено, що 99% померлих від ЦВХ були віком старше 45 років, 90% – старше 60 років, 59% – старше 75 років.

З огляду на рівень смертності у 2012 р., на момент народження ризик померти від ЦВХ у чоловіків становить 0,18% (з 10 тис. народжених хлопчиків 18 – в якийсь період життя помруть від ЦВХ), у жінок – 0,23 % (з 10 тис. народжених дівчаток 23 – в якийсь період життя помруть від ЦВХ).

У популяції чоловіків віком від 15 до 74 років ризик померти від ЦВХ в 1,7–2,6 разу вищий, ніж у жінок того самого віку. У віці від 0 до 14 і від 75 до 90 років дотриманий паритет.

Виявлена істотна неоднорідність смертності від ЦВХ в різних регіонах України – різниця між найбільшим (472,1) і найменшим (64,6) показником становить 407,5 (630%).

Між величиною витрат на охорону здоров'я (ОЗ) і смертністю від ЦВХ в Україні встановлена зворотна сильна високо значуща кореляція ($r=-0,72$, $p=0,00$). У свою чергу, величина витрат на ОЗ залежить від ВВП ($r=0,99$, $p=0,00$). Прогнозована до 2020 р. смертність від ЦВХ в Україні становить 217–225 на 100 тис. населення.

Висновки. Протягом досліджуваного періоду в Україні зберігається стабільно висока смертність від ЦВХ за низького темпу зниження. У популяції жінок смертність від ЦВХ вища, ніж у популяції чоловіків, проте, в деяких вікових періодах ситуація протилежна. У різних регіонах України смертність суттєво різниться, у південно-східних областях величини показника надвисокі. Зворотна сильна високо значуща кореляція між величиною витрат на ОЗ і смертністю від ЦВХ в Україні свідчить, що в найближчі 5 років не слід сподіватися на помітне зниження смертності від ЦВХ.

СТАН НАДАННЯ НЕЙРОХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ХВОРОБАХ В УКРАЇНІ

Педаченко Є.Г., Гук А.П., Никифорова А.М.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

Мета. Оцінити стан надання нейрохірургічної допомоги (НХД) хворим з цереброваскулярними хворобами (ЦВХ) в Україні.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати суцільного дослідження лікувальної роботи нейрохірургічних відділень (НХВ) України за 2011–2015 рр.

Результати та їх обговорення. За п'ять років кількість хворих з ЦВХ, які пройшли лікування в НХВ країни, збільшилася на 16% (з 218 хворих з ЦВХ на 1 млн населення (хворих/1 млн) в 2011 до 252 у 2015). У 2015 на 1 млн прооперовано 119 хворих з ЦВХ, що на 25% більше, ніж у 2011 (95). Хірургічна активність (ХА) з 42% у 2011 р. зросла до 47,4% (темپ приросту – 13%). Відзначено збільшення загальної (з 8,3% до 8,9%, темп росту – 7%) та зниження післяопераційної (з 12,6% до 11,8%, темп зниження – 7%).

Попри значне покращення показників надання нейрохірургічної допомоги (НХД) населенню країни в цілому, вони значно відрізняються по областях. У 2015 госпіталізовано хворих/1 млн найменше в Сумській (8), найбільше – у Києві (1436); відношення 1:179. Мінімальне число оперованих хворих/1 млн – в Тернопільській (14), максимальне – у Києві (749); відношення 1:53. Причиною таких відмінностей, ймовірно, є недосконалість організації надання нейрохірургічної допомоги та недотримання маршрутизації пацієнтів згідно клінічних протоколів. Природньо, що хворі, які не отримали необхідної НХД в клініках своїй області, звертаються до НХВ найближчих областей. Мінімальні число госпіталізованих і оперованих хворих/1 млн відзначені в Південному регіоні (124 і 47), максимальне – Центральному (439 і 217), відношення 1:3,5 і 1:4,6 відповідно. Тобто, в умовах, коли в Україні вже існує система надання НХД хворим з ЦВХ (високотехнологічна, спеціалізована і первинна), а в кожному регіоні є області-лідери, доцільним є створення на базі цих областей 7–9 міжрегіональних центрів третинного (високотехнологічного) рівня НХД хворим з ЦВХ. Це дасть змогу хворому отримати необхідну НХД якщо не в своїй області, то в межах регіону точно.

Висновки:

1. За останні п'ять років в Україні відмічене суттєве поліпшення показників надання НХД хворим з ЦВХ.
2. Попри значне покращення показників надання НХД населенню країни в цілому, вони значно відрізняються по регіонах.
3. Доцільним є створення 7–9 міжрегіональних (Вінниця, Дніпро, Запоріжжя, Київ, Львів, Луцьк, Одеса, Ужгород, Харків) центрів спеціалізованої високотехнологічної НХД хворим з ЦВХ за прикладом Вінницького обласного інсультного центру.

ЗАЛЕЖНІСТЬ РІВНЯ СМЕРТНОСТІ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТУ ВІД ФАКТОРІВ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Сапон М.А., Никифорова А.М.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ, Україна

Мета. Встановити залежність рівня смертності внаслідок інсульту від факторів доступності медичної допомоги та фінансування охорони здоров'я (ОЗ). На підставі аналізу отриманих результатів визначити перспективи смертності від інсульту в Україні.

Матеріали і методи. Проведений кореляційно-регресійний аналіз показників 55 країн з найбільш ефективною ОЗ рейтингу Bloomberg 2015. Показники отримані з загальнодоступних баз даних.

Результати та їх обговорення. У категорії "досяжність медичної установи" встановлений високо значущий помірний зв'язок між рівнем смертності від інсульту і площею території країни ($r=0,36$, $p=0,003$), а також часткою міського населення ($r=-0,48$, $p=0,000$). У категорії "забезпечення ліжками і лікарями" між смертністю від інсульту і забезпеченням лікарняними ліжками виявлений незначний слабкий зв'язок ($r=0,16$, $p=0,116$), забезпечення лікарями – відсутність зв'язку ($r=-0,05$, $p=0,359$). Проте, слід зауважити, що ми аналізували загальне забезпечення ліжками та лікарями, а не спеціалізованими інсультними. Категорія "матеріальне забезпечення" виявилася найвпливовішою. Відзначений високо значущий зв'язок між загальними витратами на ОЗ як % від ВВП ($r=-0,50$, $p=0,000$), так і на душу населення ($r=-0,56$, $p=0,000$) і смертністю від інсульту. У 2013 р. витрати на ОЗ в Україні в розрахунку на душу населення (313 дол. США) були в 5–15 разів менші, ніж в країнах з розвинутою економікою (1462–4978) дол. США за рівня смертності від інсульту відповідно 133,05 і 72,1–29,8 на 100000 населення.

Висновки:

1. Фактором, що суттєво визначає рівень смертності від інсульту, є рівень фінансування ОЗ.
2. Важливими факторами впливу на рівень смертності від інсульту є площа території країни і частка міського населення.
3. Вплив чисельності і щільності населення на смертність від інсульту не виявлений.
4. В Україні витрати на ОЗ недостатні для забезпечення своєчасної спеціалізованої допомоги, в тому числі при інсульті, населення країни.
5. Спроби реформування системи ОЗ на тлі недостатнього фінансування, і активне проведення в Україні роботи з профілактики ЦВБ шляхом пропаганди ЗСЖ на тлі низького добробуту населення не можуть забезпечити зниження смертності від інсульту до прийнятних величин.
6. Для зниження смертності від інсульту до рівня 60–80 на 100000 населення необхідно збільшити витрати на ОЗ до (1462 ± 316) дол. США, 40–60 – до (1508 ± 351) дол. США, 20–40 – до (4978 ± 1793) дол. США.
7. В умовах, що склалися, боротьба з ЦВБ і очікування її результатів мають бути засновані на реальних можливостях існуючого фінансування.

ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ В ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

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

Мета. Вивчити динаміку когнітивних викликаних потенціалів (КВП) в відновному лікуванні хворих на ЦВЗ в ранньому післяопераційному періоді.

Матеріал і методи. Обстежено 42 хворих, 19 чоловіків, 23 жінки, середній вік 48,7 років. З енцефалопатією (ЕП) – 11 хворих, після ішемічного інсульту – 12, після геморагічного – 19, з них 8 оперовані з приводу інсульт-гематом, 8 – мішководної аневризми, 3 – артеріо-венозної мальформації. КВП оцінювались як легкі, помірні та виражені. Аналіз КВП проводився в залежності від віку, стадії ЕП, локалізації і латералізації процесу, тривалості захворювання.

Результати та їх обговорення. Найбільш виражені зміни КВП спостерігались у хворих середнього і старшого віку, при більш тяжких формах захворювання, при локалізації процесу в лобово-скроневих і лобово-тім'яних ділянках, при вираженому атрофічному процесі, при локалізації вогнищевих змін в правій гемисфері, зростали при наявності судомного синдрому та в більш віддалені строки захворювання. Дослідження КВП в динаміці лікування показало залежність їх позитивної динаміки від тривалості захворювання, строків початку відновного лікування (краще в ранньому періоді); віку хворих – ефект зворотно-пропорційний віку; тяжкості захворювання – при I та II ст. реєструється значне покращення показників КВП; від локалізації вогнищ і наявності ознак атрофічного процесу – при виражених атрофічних порушеннях динаміка КВП слабка, лише за рахунок зменшення міжпівкульної асиметрії, при помірних проявах відмічалось зменшення кількості помилок, підвищення латентного періоду піку Р300 та амплітуди когнітивного комплексу; від латералізації процесу – при правопівкульній локалізації, або при двобічній локалізації вогнищ ураження головного мозку – динаміка показників КВП незначна. Це, певною мірою, обумовлено як нейробіохімічною асиметрією мозку, так і особливостями післяінсультної півкульної реорганізації метаболізму та церебральної гемодинаміки в цій групі хворих.

Висновки. У хворих на ЦВЗ виявляються суттєві зміни КВП, які залежать від морфо-функціональних особливостей уражених ділянок мозку, а також від тяжкості захворювання та його тривалості. Дослідження КВП у хворих судинного профілю в динаміці відновного лікування дозволяє не тільки об'єктивно оцінити зміни когнітивних функцій, але і об'єктивно оцінити перебіг захворювання та врахувати результати проведеного дослідження в лікуванні хворих, що буде сприяти підвищенню його ефективності та покращенню якості життя хворих.

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Степаненко І.В., Попова І.Ю., Бондар Т.С., Лихачова Т.А.

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

Цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ) є однією з найбільш актуальних проблем невідкладної неврології і нейрохірургії, що обумовлено їх частотою, складністю діагностики, лікування, високим рівнем смертності і інвалідизації. Проблема нейрореабілітації (НР) пацієнтів на ЦВЗ вимагає розробки патогенетично обґрунтованих методів лікування з урахуванням специфіки і тяжкості захворювання. Система НР при ЦВЗ повинна бути побудована на підставі принципів, спільних для всіх хворих, але з урахуванням специфіки ураження головного мозку (ГМ) при тих чи інших ЦВЗ, особливо потребуючих нейрохірургічного лікування, що пов'язано з механізмами пошкодження ГМ. Ці механізми включають окислювальний стрес, ексайтотоксичність, перифокальну деполяризацію нейронів, аутоімунний запальний процес і апоптоз, що призводять до загибелі нейронів і порушення асоціативних зв'язків. Переривання цих патологічних процесів, стимуляція механізмів захисту нейронів є основним завданням лікування. В основі віддалених наслідків ЦВЗ лежить пошкодження речовини ГМ, його кровообігу, ліквородинаміки, рубцово-спайкові процеси, аутонейросенсибілізація. Механізмами саногенезу є: реституція – процес відновлення діяльності оборотно пошкоджених структур; регенерація – структурно-функціональне відновлення; компенсація – сукупність реакцій головного мозку з функціонального заміщення і перебудови втрачених функцій, заснованих на поліредепторності, вікаріаті функцій, залученні асоціативних полів, відновленні інтегративної діяльності, що призводить до подолання феномена "learned non-use". У ранньому періоді відбувається розсмоктування і організація пошкоджень, розгортання компенсаторно-приспосувальних процесів, у віддаленому – завершення місцевих і дистанційних дегенеративно-деструктивних і регенеративно-репаративних процесів. В кожному періоді проводяться відповідні методи лікування, націлені безпосередньо на патофізіологічні механізми цього періоду, з урахуванням вогнищевих симптомів та супутніх розладів. Основними принципами НР є ранній початок, комплексність, етапність, безперервність, наступність, індивідуалізація і соціальна спрямованість. Основними реабілітаційними заходами при ЦВЗ є фізичні методи лікування, які скорочують терміни тимчасової непрацездатності в гострому періоді та запобігають інвалідизації у віддаленому.

Висновки. Встановлення патофізіологічних механізмів на різних етапах реабілітації, розробка принципів та методів НР прискорює темпи та покращує її результати у хворих на ЦВЗ різної тяжкості.

ПИТАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ПІСЛЯІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ

Чемерис І.О., Потапов О.О.

Сумський державний університет, медичний інститут, кафедра нейрохірургії та неврології

Після мозкового інсульту у хворих не рідко виникають порушення емоційної сфери. Погіршення настрою та стурбованість власним станом є досить природною реакцією на усвідомлення факту хвороби та втрати працездатності, але, у той самий час, може бути проявом прихованого депресивного стану.

Мета: Дослідити вірогідні прояви депресії у хворих, які перенесли ішемічний інсульт на початку 2016 року.

Методи: Дослідження проводилось на базі СМКЛ №4, поліклінічного відділення №1. Всього взято хворих – 25 чоловік, які в анамнезі мали ішемічний інсульт. Всі пацієнти отримали лікування, пройшли курс реабілітаційних заходів та були виписані з покращенням. На момент дослідження, у всіх пацієнтів відзначався неврологічний дефіцит легкого ступеню та показник згідно шкали Бартел – $89 \pm 3,5$ балів). Переважна більшість хворих працездатного віку (середній вік пацієнтів – 52,4), з них – 14 жінки, 11 – чоловіки. Пацієнти були обстежені згідно опитувальника Patient Health Questionnaire (PHQ-9) для діагностики депресії.

Результати: Отримали дані: 15 хворих не мали проявів депресії, з них – 9 чоловіки, 6 – жінки; у 8 опитуваних (з них – 4 жінки та 4 чоловіка) спостерігалися мінімальні прояви депресії (бал згідно PHQ-9 ≤ 10), та у 2 пацієнтів (жінки) відмічалися симптоми депресії легкого ступеню (бал згідно PHQ-9 = 11–14).

Висновки: За результатами дослідження, післяінсультні хворі (частіше жінки), мають підвищену схильність до розвитку депресивних станів, у тому числі прихованої депресії, що потребує необхідності спостереження у лікаря, додаткових сеансів психотерапії, емоційної підтримки в сім'ї.

КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД УРАЖЕНОГО СУДИННОГО БАСЕЙНУ

Черенько Т.М., Гелетюк Ю.Л.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Мета: дослідити зв'язок когнітивних функцій (КФ) у хворих з артеріальною гіпертензією в гострому періоді мозкового ішемічного інсульту (МІІ) залежно від судинного басейну та характеристик артеріальної гіпертензії.

Матеріали і методи: обстежено 62 пацієнти (жінок – 25 (40,3%), чоловіків – 37 (59,7%); середній вік – $64,2 \pm 7,8$ роки). Ступінь тяжкості інсульту оцінено за шкалою NIHSS, когнітивні функції – за шкалою MMSE, монреальською шкалою оцінки КФ МоСА, методикою "Запам'ятовування 10 слів" за А.Р. Лурія, тесту "малювання годинника". Розрахунки виконано за допомогою статистичної програми SPSS 13.0 для Windows. Параметричні методи застосовувалися для кількісних ознак з нормальним розподілом, в інших випадках – непараметричні методи. Кореляційний аналіз проводили за Пірсоном.

Отримані результати: Локалізація інсульту в правій середній мозковій артерії (ПСМА) виявлена у 30 (48,4%) хворих, в лівій (ЛСМА) – у 20 (32,3%) та у 12 (19,3%) пацієнтів мозкова катастрофа виникла у вертебрально-базиллярному басейні (ВББ). Тяжкість МІІ варіювала від 3 до 14 балів (в середньому – $6,78 \pm 3,06$). Серед обстежених лише у 18 (29,03%) осіб КФ відповідали віковій нормі. Ступінь виразності когнітивних розладів (КР) був достовірно вищим у хворих похилого та старечого віку порівняно з пацієнтами середнього віку ($p < 0,05$). У хворих з вищою освітою виявлено більший бал за MMSE та МоСА ($p < 0,05$) порівняно з такими з середнім та початковим рівнем освіти. Достовірної різниці щодо стану КФ між пацієнтами різної статі не знайдено. Показник КФ за шкалою MMSE достовірно зворотно корелював зі ступенем ($r = -0,5$) та тривалістю АГ ($r = -0,71$) у пацієнтів з МІІ в басейні ЛСМА. Виявлено помірну зворотню кореляцію ступеня КР зі ступенем тяжкості ішемічного інсульту в басейні ЛСМА та ВББ ($r = -0,41$ та $r = -0,45$, відповідно) та високу кореляцію при локалізації процесу в басейні ПСМА ($r = -0,62$). При МІІ в ЛСМА за шкалою MMSE виявлена більша частота когнітивних порушень (90,1%) порівняно з інсультом в ПСМА (66,7%) та ВББ локалізації (51,2%) ($p < 0,05$). При ураженні ЛСМА спостерігалось порушення функцій мовлення, уваги, запам'ятовування, рахування та відкладеного повторювання, в той час як МІІ в басейні ПСМА характеризувався переважно розладами пам'яті та уваги, праксису, явищами неглекту У разі інсульту в ВББ порушувались розуміння, просторова орієнтація, праксис. При використанні шкали МоСА достовірно гіршими були показники субтестів "Мовлення", "Увага" та "Відкладене повторення" у пацієнтів з МІІ в ЛСМА, порівняно з хворими з локалізацією інсульту в ПСМА та ВББ.

Висновки: У хворих з гострим ішемічним інсультом існує зв'язок між ступенем порушення когнітивних функцій, тяжкістю інсульту, тривалістю та тяжкістю АГ і відрізняється при ураженні різних судинних басейнів.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА СТАДІЇ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ

Яковенко Л.М., Педаченко Є.Г., Литвак С.О.

Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Церебро-васкулярні хвороби (ЦВХ) – група захворювань обумовлених патологічними змінами церебральних судин та порушенням мозкового кровообігу. ЦВХ є 2-ю найбільш поширеною причиною смерті та 6-ю причиною інвалідності в світі. Основні причини ЦВХ: атеросклероз, емболія, аневризми, стани що супроводжуються гіперперфузією головного мозку. Лікування ЦВХ включає профілактичні, медикаментозні, хірургічні та реабілітаційні заходи. Хірургія ЦВХ складається з мікрохірургічних (МХ) та ендоваскулярних (ЕВ) операцій.

Мета – поліпшити результати хірургічного лікування хворих з церебро-васкулярною патологією.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 1216 хворих, прооперованих з приводу цереброваскулярної патології в Інституті нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України у період з 2012 по 2016 р.

Диференційна діагностика, визначення клінічного стану хворого, призначення лікування та обґрунтування показів до оптимального хірургічного лікування з урахуванням клінічних симптомів, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження проводилася згідно з уніфікованим клінічним протоколом надання медичної допомоги (Наказ МОЗ України від 03.08.2012 р. №602) та локальними протоколами відповідно до нозологічної форми ЦВХ (МКХ10, I60–I69).

Результати. Виконано 1324 (100%) оперативні втручання у 1216 хворих із них МХ – 682 (51,5%), ЕВ – 642 (48,5%). Хірургічне лікування мало невідкладні покази – 778 (58,7%); було вторинною хірургічною профілактикою інсульту – 504 (38,1%); корегувало ускладнення та наслідки інсульту – 42 (3,2%). У зазначений період виконано понад 5000 церебральних ангиографій.

Артеріальних аневризм (АА) головного мозку різної локалізації склали 820 (100%) – 61,9% у структурі ЦВХ: МХ – 460 (56%); ЕВ – 360 (44%) хворих, при цьому у 615 (75%) оперативні втручання відбулися у гострому періоді розриву АА.

Операції з приводу аномалій розвитку судин головного мозку – 240 (100%) – 18,1% серед ЦВХ: МХ видалення артеріовенозних мальформацій (АВМ) та ангиокаверном проведено у 76 (31,7%) випадках; ЕВ емболізація АВМ – 164 (68,3%) хворих.

Оперативні втручання при внутрішньочерепних крововиливах виконані у 86 (6,5%) хворих. Декомпресивна трепанація черепа – 36 (2,7%) спостережень.

Втручання при оклюзійно-стенотичних ураженнях магістральних артерій шиї виконані у 102 (7,7%) випадках, із них МХ – 48 (3,6%); ЕВ – 54 (4,1%).

ЕВ роз'єднання каротидно-кавернозної сполуки (ККС) проведено у 18 (1,4%) випадках. Лікворошунтуючі операції – 22 (1,7%) спостереження.

Висновки. У хворих із визначеними причинами ЦВХ, що мають покази до хірургічного лікування (АА, оклюзійно-стенотичне ураження магістральних артерій голови та шиї; АВМ чи ангиокавернома головного мозку; ККС; внутрішньочерепні крововиливи різної локалізації; явища прогресуючих порушень ліквородинаміки та інше) своєчасне проведення нейрохірургічних втручань у спеціалізованих відділеннях має найвищу ефективність у запобіганні незворотним змінам з боку головного мозку, дає можливість знизити рівень летальності та ступінь інвалідизації, а також зменшити витрати, пов'язані з доглядом на всіх етапах надання медичної допомоги цій категорії хворих.

ЗВЕРНЕННЯ ПРЕЗИДЕНТА УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ БОРОТЬБИ З ІНСУЛЬТОМ ДО ВСЕСВІТНЬОГО ДНЯ БОРОТЬБИ З ІНСУЛЬТОМ	3
USING SIMULATION MEDICINE IN STROKE: THE NEW PROGRAM IN THE CZECH REPUBLIC	5
Svobodova V, Kalna S, Baluchova J, Mikulik R	
МІГРЕНЬ І ІНСУЛЬТ. СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ Й ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ	6
Білошицький В.В., Глабець І.Б., Білошицька М.В.	
МІГРЕНОЗНИЙ ІНСУЛЬТ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	7
Боженко Н.Л., Боженко М.І.	
МОЗОК І ДІАБЕТ	8
Боженко М.І.	
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА (МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ДОДЕМЕНТНЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ, ШКАЛА МОСА)	9
Гребенюк А.В.	
ФАКТОРЫ РИСКА ИНСУЛЬТА В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ	10
Григорова И.А., Тесленко О.А., Григоров Н.Н.	
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ "РАННЬОЇ" ПОСТІНСУЛЬТНОЇ ПАТОЛОГІЧНОЇ ВТОМИ	11
Дельва І.І., Литвиненко Н.В., Дельва М.Ю.	
КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПРИ ИНТРАКРАНИАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ	12
Дубенко О.Е., Лебединец В.В., Лебединец П.В.	
БАЗИСНЫЕ И ОПОСРЕДОВАННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	13
Евтушенко С.К., Филимонов Д.А.	
ОСОБЛИВОСТІ АКТИВНОСТІ ФЕРМЕНТІВ У ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ІНСУЛЬТУ	14
Ескін О.Р., Тихонова Л.В., Тихонова О.О.	
ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ В ГОСТРОМУ ТА РАННЬОМУ ВІДНОВЛЮВАЛЬНОМУ ПЕРІОДАХ	15
Засуха А.В., Лисенюк В.П., Засуха В.О.	
ОРГАНІЗАЦІЯ ТА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ	16
Зозуля І.С., Волосовець А.О., Зозуля А.І.	
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ В ПОСТІНСУЛЬТНОМ ПЕРИОДЕ	17
Каширина А.В., Резниченко Е.К.	
Шостий науково-освітній форум "Академія інсульту"	31

КОМБІНОВАНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ПАРКІНСОНА НА ФОНІ ПЕРЕНЕСЕНИХ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ	18
Лабінський А.Й.	
ЗМІНИ ХРЕБЦЕВИХ АРТЕРІЙ ЗА ДАНИМИ ДУПЛЕКСНОГО СКАНУВАННЯ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ У ВЕРТЕБРО-БАЗИЛЯРНОМУ БАСЕЙНІ	19
Михалойко О.Я.	
ДО ПИТАННЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОСТІНСУЛЬТНОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ	20
Міщенко Т.С., Міщенко В.М., Здесенко І.В.	
ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КАВЕРНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ ДОВГАСТОГО МОЗКУ	21
Мороз В.В., Скорохода І.І., Тиш І.І., Ярмолюк Є.С., Новіков Р.Р., Шахін Н.А., Ганем Р.Б.	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ У ХВОРИХ З ОКЛЮЗІЙНО-СТЕНОТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ БРАХІОЦЕФАЛЬНИХ АРТЕРІЙ З УРАХУВАННЯМ ДАНИХ МУЛЬТИСПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНО-ТОМОГРАФІЧНОЇ ПЕРФУЗІЇ	22
Мороз В.В., Скорохода І.І., Тиш І.І., Ярмолюк Є.С.	
СМЕРТНІСТЬ ВІД ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ХВОРОБ В УКРАЇНІ	23
Педаченко Є.Г., Никифорова А.М., Сапон М.А., Гук А.П.	
СТАН НАДАННЯ НЕЙРОХІРУРГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ХВОРОБАХ В УКРАЇНІ	24
Педаченко Є.Г., Гук А.П., Никифорова А.М.	
ЗАЛЕЖНІСТЬ РІВНЯ СМЕРТНОСТІ ВНАСЛІДОК ІНСУЛЬТУ ВІД ФАКТОРІВ ДОСТУПНОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	25
Сапон М.А., Никифорова А.М.	
ДИНАМІКА КОГНІТИВНИХ ВИКЛИКАНИХ ПОТЕНЦІАЛІВ В ВІДНОВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	26
Степаненко І.В., Чеботарьова Л.Л., Попова І.Ю., Сулій Л.М., Бондар Т.С., Лихачова Т.А.	
ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ	27
Степаненко І.В., Попова І.Ю., Бондар Т.С., Лихачова Т.А.	
ПИТАННЯ ДЕПРЕСІЇ У ПІСЛЯІНСУЛЬТНИХ ХВОРИХ	28
Чемерис І.О., Потапов О.О.	
КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД УРАЖЕНОГО СУДИННОГО БАСЕЙНУ	29
Черенько Т.М., Гелетюк Ю.Л.	
ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ НА СТАДІЇ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ	30
Яковенко Л.М., Педаченко Є.Г., Литвак С.О.	