(Україна — 979,1), поширеність зросла з 7284,1 до 7464,1, (Україна — 8482,6).

Показник захворюваності та поширеності інсультів збільшився з 221,7 до 223,3 (по Україні — 282,3 на 100 тис. населення). Абсолютна кількість вперше зареєстрованих інсультів становить 1942 (1843 в 2010 році), у тому числі з гіпертонією: захворюваність становить 78,0 (77,7 в 2010 році). Абсолютна кількість інсультів з гіпертонією вперше виявлених становить 678 (676 в 2010 році). По області спостерігається підвищення показника захворюваності на ТІА з 98,3 до 104,2 (по Україні — 97,9).

Розлади периферичної НС посідають друге місце за поширеністю серед хвороб НС. За останні 10 років захворюваність на хвороби периферичної НС підвищилася в 1,5 рази. Захворюваність на хвороби периферичної НС в області зменшилась з 926,7 до 895,4 на 100 тис. населення (Україна — 653,8), а поширеність відносно стабільна і становить 1680,0 (1684,3 в 2010 році, по Україні — 1313,6) на 100 тис. населення. По області в порівнянні з 2010 р. захворюваність з ураженням нервових корінців зменшилась з 700,5 до 649,6 (Україна — 552.9), показник поширеності становить 1135,8 (1216,0 в 2010 році, по Україні — 1054,7). В 2011 році рівень первинної інвалідності внаслідок захворювань НС майже не змінився і є на рівні середньостатистичного по Україні (кількість первинних інвалідів — 236 (237 в 2009 р.). Розсіяний склероз (РС) посідає друге місце з інвалідизації серед хвороб НС. У порівнянні з 2010 роком захворюваність на РС зросла з 4,3 до 5,1 на 100 тис. населення (Україна — 3,0), поширеність зменшилась з 96,0 до 94,5, по Україні — 51,6. Абсолютна кількість хворих з розсіяним РС становить 822 (836 в 2010 році). В рамках виконання Державної програми з превентивного лікування РС за звітний період пролікований 101 пацієнт.

Почастішали ураження НС герпетичного, грипозного, цитомегаловірусного та іншого ґенезу: енцефаліти, енцефаломієліти тощо. Захворюваність на запальні хвороби ЦНС збільшилася з 46,4 до 63,1 (Україна — 18,8), поширеність становить 214,8 (по Україні — 180,1).

Захворюваність на епілепсію за останні 3 роки збільшилась з 2,9 до 4,0, поширеність в 2011 році становить 40,9 (35,1 в 2010 році). Захворюваність на хворобу Паркінсона в 2011 році становила 4,3 на 100тис. населення, в 2010 році — 3,2.

Отже, основними позитивними моментами в роботі неврологічної служби області стали такі: 1). Зменшилась захворюваність на хвороби НС в порівнянні з 2010 р. 2). Налагоджено роботу обласного судинного діагностично-лікувального центру, до складу якого входить інсультне відділення, відділення інтенсивної терапії, судинне та реабілітаційне відділення. 3). Продовжується виконання Державних програм по лікуванню та профілактиці серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань та програми по превентивному лікуванню РС. 4). Впроваджене протокольне лікування та шкали неврологічного дефіциту хворих з захворюваннями НС. 5). Налагоджений телемедичний зв'язок з окремими районами з метою покращання надання допомоги хворим з ГПМК. 6). Налагоджена цілодобова робота клінічної лабораторії ТОККПНЛ та кабінету нейровізуалізаційної діагностики.

УДК 616.831.38-008.811.1-06:616.831-005

Шкробот С. І., Насалик Р. Б.

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

ВПЛИВ ВНУТРІШНЬОЇ ГІДРОЦЕФАЛІЇ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ

Дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) — повільно прогресуюче дифузне та вогнищеве ураження речовини головного мозку, обумовлене хронічним порушенням кровообігу або епізодами гострих порушень мозкового кровообігу. Нерідко ДЕ поєднується з розширенням шлуночкової системи (внутрішньою гідроцефалією (ВГЦ)). Хронічні судинні захворювання головного мозку, які проявляються клінічними синдромами порушень стато-локомоторної, когнітивних і мовних функцій, займають одне з провідних місць серед основних причин інвалідизації та соціальної дезадаптації хворих, зниження якості життя (ЯЖ).

Мета роботи: оцінити якість життя хворих на ДЕ з ВГЦ.

Обстежено 41 хворого на ДЕ (чоловіків — 23, жінок — 18), віком від 47 до 77 років. Середній вік хворих склав 62 ± 9,0 років. Фоновим захворюванням була гіпертонічна хвороба, яка в 66 % поєднувалася з церебральним атеросклерозом. Гостре порушення мозкового кровообігу в анамнезі було у 44 % хворих. ДЕ I ст. діагностовано у 29 %, II ст. — у 54 %, III ст. — у 17 % пацієнтів.

Хворі були поділені на 2 групи: основну групу склали хворі з ознаками ВГЦ (27 пацієнтів), групу порівняння склали пацієнти (14 чоловік) без ознак ВГЦ. Виражену ВГЦ виявили у 52 %, помірну — у 41 %, легку — у 7 %.

Усім хворим проводили загальноклінічне, неврологічне обстеження, інструментальне (КТ головного мозку з вимірюванням розмірів шлуночкової системи) та нейропсихологічне (MOCA — Montreal Cognitive Assessment, шкала депресії Бека). Оцінку ЯЖ проводили за допомогою опитувальника SF-36.

У хворих з ВГЦ у порівнянні з групою контролю були нижчими усі показники ЯЖ, за винятком рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, та інтенсивності болю, які є складовою фізичного компонента здоров'я. Найбільшою мірою вплив ВГЦ стосувався емоційного компонента рольового функціонування (є нижчим на 22 %) ($p < 0,05$) та психічного компонента здоров'я в цілому (на 3 %) ($p < 0,05$). Виявлено вплив стану фізичного здоров'я на психічне: встановлено помірний прямий кореляційний зв'язок останнього з загальним станом здоров'я ($r = 0,61$) у хворих з ВГЦ. У групі без ВГЦ на цей показник більшою мірою впливала вираженість болю ($r = 0,57$). Спостерігався взаємозв'язок між отриманим результатом за шкалою MOCA та рівнем фізичного функціонування у хворих основної групи ($r = 0,57$), з показником загального здоров'я у групі порівняння ($r = 0,54$). З підвищенням ступеня вираженості ВГЦ було зафіксовано зниження усіх показників якості життя, окрім інтенсивності болю. За переважною локалізацією гідроцефалії хворих поділили на групу з переважним розширенням передніх рогів (група 1) та групу з переважним розширенням тіл бокових шлуночків (група 2). У групі 2 загальні показники як фізичного, так і психічного компонента, показали гірші результати у порівнянні з групою 1 (на 14 % та 13 % відповідно) в основному за рахунок шкал фізичного (на 24 %) ($p < 0,05$) та компонента рольового функціонування (на 19 %), а також шкали психічного здоров'я (на 22 %) ($p < 0,05$).

У хворих без ВГЦ, в яких спостерігалася депресія, було зафіксовано зниження ЯЖ як за фізичним, так і за психічним компонентом, дана закономірність у групі з ВГЦ не простежувалася.

ВГЦ погіршує показники переважно психічного компонента якості життя у хворих на ДЕ. Наявність депресивних розладів не є основним чинником, що знижує ЯЖ у хворих на ДЕ з ВГЦ.

Розширення передніх рогів впливає на фізичний компонент здоров'я та більшою мірою погіршує ЯЖ, ніж розширення тіл бокових шлуночків.

УДК: 616.831-005.4-071:616.13

Шкробот С. І., Сохор Н. Р., Бударна О. Ю.

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського (м. Тернопіль)

ДЕЯКІ КЛІНІКО-ГЕМОДИНАМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ ГЕМОДИНАМІЧНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Безпосередньою причиною інсульту завжди є гемодинамічний криз — гостре порушення системної чи реґіонарної гемодинаміки, що призводить до порушення функції або пошкодження мозку. Він розвивається в результаті декомпенсації в роботі серця, порушень ритму, раптових змін судинного тонусу та ін. Результати ретельного кардіоневрологічного обстеження у більшості випадків дають підстави припускати розвиток у хворого того чи іншого варіанту гемодинамічного кризу, тобто визначити можливу причину інсульту і прогнозувати його патогенетичний підтип.

Тому метою дослідження стало вивчення клінічних особливостей та типу гемодинаміки у гострому періоді гемодинамічного ішемічного інсульту (ГІІ).

Нами було обстежено 42 хворих у гострому періоді ГІІ віком від 45 р. до 72 р., з них 12 (28,6 %) жінок та 30 (71,4 %) чоловіків. Середній вік хворих склав 59,3 ± 5,6 р. Верифікацію інфаркту мозку проводили за допомогою спіральної комп'ютерної томографії (Astelon 4, Toshiba). Важкість стану хворих оцінювали відповідно до шкали NIHSS. Тип гемодинаміки вираховували за серцевим індексом (CI) за допомогою Ехо-кардіографії (апарат Bio Medica).

Результати дослідження показали, що частіше ГІІ спостерігається у каротидному басейні: 28 (66,7 %) хворих на ГІІ, з них в басейні середньої мозкової — у 24 (57,1 %), передньої мозкової артерії — 4 (9,5 %) пацієнтів. Хворих з правопівкульними ГІІ було 16 (38,1 %), лівопівкульними — 12 (28,6 %). У 14 (33,3 %) пацієнтів діагностовано ГІІ у вертебробазилярному басейні (ВББ). Серед супутніх захворювань у 18 (42,9 %) виявлено гіпертонічну хворобу (ГХ), у 6 (14,3 %) — атеросклероз (АЗ), у 18 (42,9 %) — поєднання ГХ з атеросклерозом, у 4 (9,5 %) — ішемічна хвороба серця, 2 (4,8 %) пацієнтів перенесли Ішемічний інсульт. Гострий початок захворювання спостерігався у 40 (95,2 %) хворих, поступовий — у 2 (4,8 %). У всіх хворих в дебюті спостерігався підвищений артеріальний тиск (АТ) (в середньому 190—200/90—100 мм рт. ст.). У 38 (90,5 %) хворих передвісники були відсутні, у 4 (9,5 %) попередньо спостерігалися головні болі, коливання АТ. У 37 (88,1 %) хворих переважала вогнищева симптоматика, у 5 (11,9 %) — поряд з вогнищевими симптомами були загальномозкові. З ГІІ в каротидному басейні у18 (42,8 %) хворих в дебюті спостерігалися рухові, у 8 (19,0 %) — чутливі, у 11 (26,2 %) — афатичні розлади. ГІІ у ВББ дебютував переважно вестибулярним синдромом та окоруховими порушеннями (двоїння). У 29 (69,0 %) випадках ГІІ виник вдень, у 6 (14,3 %) — вранці та у 7 (16,7 %) — вночі. За шкалою NIHSS переважали легкі та середньої тяжкості інсульти — 36 (85,7 %) пацієнтів. Тяжкі ГІІ спостерігалися лише у 6 (14,3 %) хворих. На КТ у 39 (92,9 %) хворих виявлено одне ішемічне вогнище, у 3 (7,1 %) — два. Інфаркти переважно локалізувалися у тім'яній — 7 (16,7 %), тім'яно-потиличній — 7 (16,7 %) та скроневій — 5 (11,9 %) ділянках. Невеликі та середні за розміром ішемічні вогнища діагностовано у 36 (85,7 %), великі — у 6 (14,3 %) хворих. Набряк спостерігався у 3 (7,1 %) випадках. У 15 (35,7 %) хворих виявлено ознаки дисциркуляторної енцефалопатії. На ЕКГ у 17 (40,5 %) хворих спостерігалася гіпертрофія лівого шлуночка, у 6 (14,3 %) — різні порушення провідності, у 10 (23,8 %) — порушення ритму. Клінічно значимі стенози та оклюзії на УЗДГ не виявлені, проте у всіх хворих були ознаки вазоспазму. Патологічна звивистість артерій мала місце у 10 (23,8 %) випадках. У 35 (83,3 %) хворих був гіпокінетичний тип гемодинаміки, у 7 (16,7) — еукінетичний. У 23 (54,8 %) пацієнтів зниження СІ було зумовлене високим периферичним опором (ПО), у 7 (16,7 %) — зниженням ударного опору (УО) та у 5 (11,9 %) — поєднанням високого ПО та зниженого УО.

Таким чином, до клініко-гемодинамічних особливостей ГІІ належать: гострий початок без передвісників, дебют переважно вдень, вік хворих 50—60 р., підвищений АТ в межах САТ 180—200 мм рт. ст., наявність в анамнезі ГХ та поєднання ГХ та атеросклерозу, високий відсоток хворих з легкими і середньої тяжкості інсультами та невеликими і середніми за розмірами ішемічними вогнищами з переважною локалізацією в тім'яній та тім'яно-потиличній ділянках, переважання гіпокінетичного типу гемодинаміки, у більшості випадків за рахунок підвищення ПО.

УДК 616.839.718:616.71-018.46-002

Юрик О.Є., Юрик Н.Є., Кудін В. Г.
ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» (м. Київ)

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ОСТЕОМІЄЛІТІ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Хронічний остеомієліт нижніх кінцівок (ХОНК) залишається однією з найактуальніших проблем в травматології та ортопедії. На протязі останніх десятиріч в Україні визначається збільшення питомої ваги травматизму в структурі загальної захворюваності, а також ускладнень при переломах кісток ті їх лікуванні. У загальній структурі інвалідності від травм опорно-рухової системи інвалідність внаслідок остеомієліту сягає близько 13 %. Слід зазначити, що великою проблемою залишається питання ураження нервової системи та внутрішніх органів при цій патології.

Метою наших досліджень було вивчення клініко-функціональних показників вегетативної нервової системи у декретованої групи хворих за допомогою приладу «Вегетоспектр».

Обстежено 224 пацієнти з хронічним травматичним остеомієлітом нижніх кінцівок у віці до 50 років (153 чоловіки та 71 жінка). Тривалість процесу була від 1 до 15 років. У 38 % осіб було уражено стегно, у 32 % — великогомілкова кістка, у 25 % — малогомілкова кістка, у 5 % спостерігалася інша локалізація процесу. Патологія внутрішніх органів та нервової системи, пов'язаних з наявністю хронічного гнійного вогнища в організмі, спостерігалася у 73 % випадків: дистрофія міокарду була у 36,2 % пацієнтів, хронічний гепатит не вірусної етіології — у 2,8 %, гастрит або виразка шлунку була у 2,4 % осіб, цукровий діабет другого типу розвинувся у 1,2 % хворих, пієлонефрит — у 0,4 %; ознаки вегетативно-судинної дистонії спостерігалися у 16 % випадків, початкові прояви дисциркуляторної енцефалопатії були у 14 % випадків.

Як показали проведені дослідження, у всіх осіб з наявною вторинною патологією нервової системи та внутрішніх органів спостерігалися розлади в діяльності вегетативної нервової системи. Зокрема, ступінь вираженості відхилень кардіоваскулярних тестів була в межах 5,0 ± 1,2 бали. У 58 % обстежених були патологічні значення кардіоваскулярних тестів, у 17 % — пограничні і у 25 % відхилень від норми не спостерігалося.

Ритмограма 1-го класу спостерігалась у 14 % і характеризувалася добре вираженими хвилями короткого, довгого і дуже довгого періоду. При цьому модулююча симпатопарасимпатична дія превалювала над гуморально-метаболічними і церебральними ерготропними впливами. Найбільший внесок в регуляцію серцевого ритму вносила парасимпатична нервова система (ваготонія спокою). Даний варіант регуляції ритму серця був проявом хорошого фізичного стану (переважно у пацієнтів в післяопераційному періоді та в стадії стійкої ремісії).

Ритмограма 2-го класу спостерігалась у 74 % пацієнтів. Даний варіант ритмограми і структура варіабельності серцевого ритму відображали переважання хвиль повільного періоду (LF-компонент) і зумовлювали збільшення симпатичного впливу на модуляцію серцевого ритму.

Ритмограма 3-го класу спостерігалась у 12 % пацієнтів. Даний варіант ритмограми і структура варіабельності серцевого ритму вказувала на патологічну стабілізацію модуляції ритму серця з переходом його регуляції з рефлекторного, вегетативного рівня керування на більш низький — гуморально-метаболічний, який не здатен швидко забезпечувати гомеостаз. Ця ритмограма спостерігалася у пацієнтів з важкими проявами ХОНК, що поєднувався із супутніми ускладненнями внутрішніх органів.

Загальна потужність спектра нейрогуморальної модуляції була високою у 10 % обстежених; помірною — у 15 %, помірно зниженою — у 42 %, низькою — у 25 % хворих із значно зниженою — у 8 осіб. Висока реактивність парасимпатичного відділу ВНС була у 62 % обстежених, помірно знижена реактивність — у 24 %, підвищена активація симпатичного відділу ВНС спостерігалася у 24 % осіб, знижена активація симпатичного відділу ВНС — у 3 % осіб. Рівень адаптаційних резервів організму був хорошим у 2 % пацієнтів (8 балів), задовільним — у 88 % (5 балів) та значно зниженим — у 10 осіб (1—2 бали). Рівень функціонування фізіологічної системи був високим — у 4 % обстежених (5—6 балів), нормальний — у 12 % осіб (2—4 бали), помірно знижений — у 45 % хворих (2 бали), значно знижений — у 39 % випадків (1 бал).

Таким чином, при хронічному остеомієліті нижніх кінцівок у осіб працездатного віку досить часто виникають вторинні трофічні розлади внутрішніх органів та судинна патологія нервової системи. Вагомий вклад у розвиток цієї патології вносить розбалансованість діяльності вегетативної нервової системи.

УДК 616.831-005.1-091.5

Яворская В. А., Бондарь О. Б., Бондарь Б. Е.
Харьковская академия последипломного образования, Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины (г. Харьков)

ОСОБЕННОСТИ ПАТОМОРФОЛОГИИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

Кровоизлияние в мозг является наиболее тяжелым и инвалидизирующим состоянием среди инсультов. Частота их варьирует от 10 до 20 случаев на 100 тыс. населения, они чаще встречаются у мужчин, но смертельные исходы выше у женщин. Общая летальность от геморрагического инсульта — 60—75 %.

Цель: Выявление особенностей изменений в головном мозге при патоморфологическом исследовании умерших от геморрагического инсульта.