

Ключевые слова: офтальмологическая патология, медпомощь, финансирование, качество, доступность, сельское население, Украина.

Clinical and economic results of qualified hospital surgical ophthalmic care for the rural population in conditions of public hospital

O. CHEREMUKHINA

Intensification and optimization of diagnostic and treatment processes reduced the duration of in-hospital stay for patients and the cost of their treatment. Introduction of voluntary health insurance system assisted in increased ease of access to high-quality care that is provided in the municipal health care facilities for the rural patients with ophthalmic pathology.

Key words: *Ophthalmic pathology, medical care, finance, quality, availability, rural population, Ukraine.*

УДК 616.133/.134+616.137.83/.93-044.6-06:617.58-005.4-089-059

Догоспітальна діагностика транзиторних церебральних ішемічних порушень, викликаних позиційною компресією судин шиї і плечового пояса

**В.А. ЧЕРНЯК, С.В. ДИБКАЛЮК, В.М. РОГОВСЬКИЙ,
В.В. ЯЦУН, В.В. ГАЧКІВСЬКИЙ, О.М. БОРКІВЕЦЬ**

Резюме. *В статті наведені дані про застосування функціональних проб для діагностики транзиторних церебральних ішемічних порушень, викликаних позиційною компресією судин шиї і плечового пояса в амбулаторних умовах. Показано ефективність методів діагностики екстравазальних компресій судин шиї.*

Ключові слова: *функціональні проби, транзиторні ішемічні атаки, екстравазальна компресія судин шиї.*

Транзиторні ішемічні атаки (ТІА) – короткочасні епізоди локальної ішемії головного мозку або сітківки, які зазвичай тривають не більше однієї години і не призводять до утворення інфаркту головного мозку [6]. У 30–50% хворих, що перенесли ТІА, протягом наступних 5 років розвивається інсульт [1]. Ризик розвитку інсульту становить 10-20% у найближчі три місяці з моменту ТІА, він максимальний протягом першого тижня [3].

Після ТІА також істотно зростає ризик інфаркту міокарда та смертності від серцево-судинних захворювань [4].

Профілактика інсульту складає одне з провідних напрямків ведення пацієнтів, що перенесли ТІА, тому що у них вірогідність інсульту збільшується більш ніж у десять разів [1–3].

ТІА приблизно в 90–95% випадків викликані атеросклерозом церебральних і прецеребральних артерій, ураженням дрібних церебральних артерій внаслідок

артеріальної гіпертонії, цукрового діабету або кардіогенною емболією [2]. Атеросклероз представляє найбільш часте захворювання церебральних і прецеребральних артерій, що викликає ТІА. Однак існують і інші причини розвитку ішемії головного і спинного мозку, актуальність вивчення яких зростає у зв'язку з тим, що виникають вони в осіб молодого віку. Це специфічні синдроми та розлади, викликані позиційною екстравазальною компресією плече-головних судин.

Мета – популяризація результатів діагностики транзиторних церебральних ішемічних порушень, викликаних позиційною компресією судин шиї і плечового пояса на догоспітальному етапі.

Матеріал і методи

За період з 2008 по 2010 рр. під нашим наглядом перебувало 3 558 хворих з транзиторними церебральними ішемічними порушеннями, викликаними позиційною компресією судин шиї і плечового пояса, з яких 337 були оперовані. У всіх хворих нами були виділені декілька причин розвитку функціональної компресії хребцевої артерії і судин плечового поясу, які перераховані нижче – у міру їх появи та значущості.

1. Здавлення хребцевої артерії та вени м'язами і фасціями, що формують скалено-вертебральний канал: Медіально-нижньою косою частиною довгого м'яза шиї (*m. longus colli*). Збоку – переднім східчастим м'язом (*m. scalenus anterior*). Спереду – передхребцевою пластинкою (*lamina prevertebralis*) шийної фасції, що покриває глибокі м'язи шиї, утворюючи фасціальні піхви для сходових м'язів, з боків фіксуючись до передніх горбиках поперекових відростків шийних хребців, а знизу прикріплюється разом зі сходовими м'язами до I–II ребер. Позаду – середнім східчастим м'язом (*m. scalenus medius*) і передніми міжпоперековими м'язами шиї (*mm. intertransversarii anteriores cervicis*) (1 786 хворих).

2. Здавлення хребцевої артерії та вени у скалено-вертебральному каналі голівкою додаткового шийного ребра (772 хворих).

3. Здавлення хребцевої артерії і вени у скалено-вертебральному каналі патологічно подовженим поперековим відростком C_6 – C_7 (99 хворих).

4. Здавлення хребцевої артерії та вени у скалено-вертебральному каналі остеофітами поперекових відростків C_6 – C_7 (88 хворих).

5. Здавлення хребцевої артерії та вени у скалено-вертебральному каналі ганглієм симпатичного шийного стовбура (84 хворих).

6. Здавлення хребцевої артерії та вени тілом хребця C_6 при аномально високому їх входженні в канал поперекових відростків (78 хворих).

7. Здавлення хребцевої артерії та вени патологічно зміненим середнім сходовим м'язом в місці її проксимального кріплення (76 хворих).

8. Здавлення підключичної артерії в місці прикріплення сходових м'язів біля першого грудного ребра (56 хворих).

9. Здавлення підключичної артерії між першим ребром, ключицею і підключичної м'язом (38 хворих).

10. Здавлення підключичної артерії в звуженій ділянці, утвореній дзьобоподібним відростком лопатки, сухожиллям малого грудного м'яза і реберно-дзьобовидною зв'язкою (36 хворих).

11. Здавлення плечової артерії між голівками серединного нерва (22 хворих).

12. Сполучення перерахованих вище факторів (400 хворих).

Зустрічалися варіанти екстравазальної компресії при збільшених розмірах вищеперелічених м'язів, інших вроджених аномаліях, крайньому ослабленні м'язового пояса, розщепленні перший ребер, попередніх переломах і організованих гематомах в області скалено-вертебрального каналу шиї (23 хворих).

Особливістю порушень кровообігу голови, шиї і верхніх кінцівок при перелічених вище випадках є їх незначність в стані функціонально спокою і особлива важкість при навантаженні. Тому виявити такі порушення було непросто, але проведення функціональних проб допомогло на догоспітальному етапі виявити напрямок пошуку проблем і допомогти при постановці діагнозу. Основними з цих функціональних проб були:

1. Реберно-ключична проба: обстежуваний в положенні сидячи відводить плечі вниз і назад. Поява шуму під ключицею або ослаблення пульсу на променевій артерії свідчать про позитивну пробу.

2. Проба з надмірним відведенням: максимальне відведення верхньої кінцівки зменшує пульс в дистальних відділах.

3. Проба Адсона. Обстежуваний повертає голову в уражену сторону і робить глибокий вдих при максимально розігнутій шиї, при цьому зникає пульс на променевій артерії.

4. Проба Аллена: при слабо стиснутій в кулак кисті перетискають артерії передпліччя і по черзі відпускають, стежачи за забарвленням шкірних покривів.

5. Проба на визначення переміжного болю: при піднятих, відведених в сторони і розгорнутих назовні руках хворий швидко стискає й розтискає кулаки, через що при зниженні кровотоку через кілька секунд розвивається біль (здорова людина виконує вправу без болю протягом хвилини).

6. Розроблений нами комплекс функціональних проб для виявлення компресії хребцевих артерій і вен під контролем УЗД в триплексному режимі, МРТ в судинному режимі, МСКТ з контрастуванням судин і прямої ангиографії [5].

Таким чином, зазначена технологія діагностики транзиторних церебральних ішемічних порушень, викликаних позиційної компресією судин шиї і плечового пояса, виявилася ефективною як до операції, так і для контролю післяопераційних результатів лікування.

Література

1. Болезни нервной системы / И.В. Дамулин, В.А. Парфенов, А.А. Скоромец, Н.Н. Яхно. – М.: Медицина, 2005. – Т. 1. – С. 231–302.
2. Парфенов В.А. Повторный ишемический инсульт и его профилактика у больных с артериальной гипертонией / В.А. Парфенов, С.В. Гурак // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2005. – № 14. – С. 3–7.
3. Johnston S.C. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. / S.C. Johnston, D.R. Gress // JAMA. – 2000. – № 284. – P. 2901–2906.
4. Touze E. Risk of myocardial infarction and vascular death after transient ischemic attack and ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. / E. Touze, O. Varenne // Stroke. – 2005. – № 36. – P. 2748–2755.
5. Покровский А.В. Хирургическое лечение сочетанных поражений различных артериальных бассейнов / А.В. Покровский, В.Н. Дан // Хирургия. – 1990. – № 2. – С. 62–66.
6. Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір № 32271. Стаття «Відкриття патогенезу хронічної церебро-спинальної венозної недостатності» // В.Ю. Зоргач, В.А.Черняк, В.Г. Мішалов та ін. Дата реєстрації 01.03.2010.

Догоспитальная диагностика транзиторных церебральных ишемических нарушений, вызванных позиционной компрессией сосудов шеи и плечевого пояса

**В.А. ЧЕРНЯК, С.В. ДЫБКАЛЮК, В.М. РОГОВСКИЙ, В.В. ЯЦУН,
В.В. ГАЧКОВСКИЙ, А.Н. БОРКИВЕЦ**

Резюме. В статье приведены данные о применении функциональных проб для диагностики нарушений кровообращения головы в амбулаторных условиях. Показана эффективность методов диагностики экстравазальных компрессий сосудов шеи.

Ключевые слова: функциональные пробы, транзиторные ишемические атаки, экстравазальная компрессия сосудов шеи.

**Prehospital diagnosis of transient cerebral ischemic disorders caused
by positional compression of the neck vessels and shoulder girdle**

**V.A. CHERNIAK, S.V. DIBKALYUK, V.M. ROGOVSKY, V.V. YATSUN,
V.V. GACHKIVSKY, O.M. BORKIVETS**

The paper presents data on the use of functional tests for the diagnosis of circulatory disorders of the head in an outpatient setting. The efficiency of diagnostic methods extravasal compressions of the neck vessels.

Key words: functional tests, transient ischemic attack, extravasal compression of the neck vessel.