

кадрового забезпечення, безперервне підвищення якості комплексної медичної допомоги, матеріально-технічне і технологічне забезпечення процесу організації надання медичної допомоги.

Висновки. Впровадження системи комплексної медичної допомоги при судинній патології головного

мозку потребує матеріально-технічного забезпечення відповідно до галузевих стандартів, підготовки медичних працівників для роботи з використанням сучасних клінічних та організаційних технологій і забезпечення лікарськими препаратами та засобами медичного призначення відповідно до галузевих стандартів.

І. С. ЗОЗУЛЯ¹, Н. С. СИЧ², В. І. БОБРОВА¹

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, Київ
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Когнітивні функції та якість життя у хворих на гострий інфаркт мозку

Мета — оцінити якість життя та когнітивні функції у хворих на гострий інфаркт мозку (ІМ).

Матеріали і методи. Обстежено 35 осіб у гострий період ІМ віком від 29 до 62 років (середній вік — $46,12 \pm 0,21$ року), з них 21 жінку та 14 чоловіків (основна група). До контрольної групи залучено 20 осіб з дисциркуляторною енцефалопатією без ІМ в анамнезі віком від 32 до 61 року (середній вік — $45,36 \pm 0,17$ року). Діагноз ІМ був підтверджений за допомогою магнітно-резонансної томографії. Для оцінки когнітивних функцій використовували тест Заззо. Якість життя оцінювали за допомогою шкали опитувальника SF-36.

Результати. У хворих основної групи швидкість виконання коректурної проби Заззо дорівнювала в середньому ($68,9 \pm 1,5$) с, у хворих контрольної групи — ($47,6 \pm 1,5$) с ($p < 0,05$). При виконанні коректурної проби Заззо в усіх випадках зареєстровано

значне збільшення швидкості виконання завдань та зменшення помилок, що свідчить про підвищення концентрації уваги та поліпшення працездатності у хворих контрольної групи порівняно з основною групою. За даними опитувальника SF-36 у хворих основної групи відзначено достовірне зниження середніх показників порівняно з контрольною групою за такими субшкалами: емоційна сфера ($12,02 \pm 0,77$ та $18,98 \pm 0,97$ відповідно, $p < 0,05$), рівень незалежності ($13,74 \pm 1,02$ та $23,78 \pm 1,27$, $p < 0,05$), психологічна сфера ($14,26 \pm 1,41$ та $21,04 \pm 1,12$, $p < 0,05$).

Висновки. У хворих у гострий період ІМ відзначено достовірне зниження когнітивних функцій за даними проби Заззо порівняно з хворими з дисциркуляторною енцефалопатією без ІМ, а також достовірне зниження якості життя у духовній та психологічній сферах і рівня незалежності.

Т. О. КОБИСЬ¹, Н. В. ДОМРЕС²

¹Київська міська клінічна лікарня № 4, Київський центр розсіяного склерозу

²Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, Київ

Чинники ризику клінічної активності рецидивно-ремітивного розсіяного склерозу та довгостроковий прогноз

Проблема прогнозу розсіяного склерозу (РС) після першої клінічної атаки та в перші роки після початку захворювання, існування «клініко-радіологічного парадоксу» при РС, вивчення ролі різних патофізіологічних механізмів робить актуальним вивчення взаємозв'язку клініко-нейровізуалізаційних методів моніторингу активності захворювання.

Мета роботи — визначити клініко-нейровізуалізаційні чинники впливу на вираження клінічної активності рецидивно-ремітивного розсіяного склерозу (PPPC).

Матеріали і методи. Обстежено 145 хворих з PPPC. Визначали характер дебюту, частоту загострень, рівень EDSS у групах з різною клінічною активністю захворювання. МРТ-дослідження проводили на МР-томографі GESignaExciteHD 1,5 Тл. Визначали кількість T2- і T1-вогнищ. За допомогою програмного пакета Statistica 10.0 проведено кореляційно-регресійний аналіз, визначено прогностичне значення

показників клінічної активності захворювання.

Результати. Встановлено кореляційний зв'язок середньої сили між ознаками ураження стовбура і пірамідної системи в дебюті захворювання та частотою загострень у перші три роки від початку захворювання та при збільшенні його терміну ($r_s = 0,521$, $r_s = 0,551$; $p < 0,05$ відповідно). Наявність і кількість T1-вогнищ, виявлених у дебюті захворювання, є прогностичними чинниками несприятливого перебігу захворювання. Прогностичне значення для терміну розвитку загострень за методом Каплана—Мейера мали такі фактори, як розмір вогнища, зменшення величини індексів NAA/Cr і Cho/Cr. Підвищення вмісту лактату у вогнищах демієлінізації мало тісний кореляційний зв'язок з частотою загострень ($r_s = 0,710$; $p < 0,05$).

Висновки. Встановлено кореляційний зв'язок між клінічними та нейровізуалізаційними характеристиками захворювання, які мають прогностичне значення.