

веденні (вогнищевий забій головного мозку середнього та важкого ступеня). Курс терапії методом ЕМВ розпочинався після верифікації клінічного діагнозу. На пацієнта впливали потоком ЕМВ з діапазоном 0,01–18,0 Гц згідно розробленої програми лікування. Результативна потужність усіх генераторів в місці перебування хворого не перебільшила санітарно-гігієнічних норм і складала від 0,001–2,5 мкВт/см.кв. Всі учасники клінічних досліджень проходили лікування добровільно, за письмовою згодою пацієнта. Режими добирались індивідуально, в залежності від тяжкості травми та стану хворого, з урахуванням супутніх захворювань та віку, на фоні загальноприйнятної медикаментозної терапії. Тривалість курсу лікування складала 7–10 днів. Результати лікування оцінювались за станом самопочуття хворих, даних соматичного та неврологічного статусу, ЯМР-томографії головного мозку до початку курсу ЕМВ та після його закінчення.

Висновки. Впливання потоками ЕМВ здійснюється неінвазивно, дистанційно, тотально на весь організм, не має абсолютних протипоказів, не вимагає відмови або обмеження базової терапії. Метод дозволяє прискорити процес організації контузійних осередків головного мозку, скоротити термін перебування в стаціонарі, зменшити кількість використаних лікарських препаратів, поліпшити віддалені результати лікування та соціальну адаптацію

Вплив церебрального вазоспазму на найближчі результати лікування хворих з гострими внутрішньочерепними травматичними крововиливами

Болюх А.С.

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

Клінічні спостереження і КТ-дослідження постраждалих з різним ступенем тяжкості ЧМТ показали, що у 3,3–15% з них розвивається картина гострого порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом. Причиною порушення мозкового кровообігу у пацієнтів з ЧМТ може бути розвиток спазму магістральних артерій основи головного мозку — церебральний вазоспазм (ЦВ), який виявляють різними методами у 5–78% постраждалих.

Нами досліджено 135 пацієнтів з різними видами внутрішньочерепних крововиливів в гострому періоді черепно-мозкової травми, які знаходились на лікуванні у клініці нейротравми Інституту нейрохірургії АМН України. Серед потерпілих було 116(85,93%) чоловіків та 19(14,07%) жінок. Вік хворих коливався від 19 до 74 років, середній вік склав $45,11 \pm 1,4$ роки. Наявність ЦВ визначали за даними транскраніальної УЗДГ — щоденно досліджували швидкість кровотоку по СМА. Критеріями ЦВ були швидкість кровотоку по СМА більше 120см/сек та гемісферний індекс більше 3.

Із 135 хворих померло 13(9,63%) та у одного (0,74%) хворого розвинувся вегетативний стан.

В гострому періоді травматичного внутрішньочерепного крововиливу із 135 хворих у 31(22,96%) знайшли ЦВ.

В групі 104 хворих без ЦВ померло шість(5,77%), а в групі з 31-го хворого з ЦВ несприятливі результати зареєстровані у сімох (шість померло, у одного вегетативний стан) (22,58%) пацієнтів ($p < 0,05$).

Серед хворих з несприятливими результатами лікування ЦВ легкого ступеню був у одного(7,1%) пацієнта, ЦВ середнього ступеню у трьох хворих (21,4%) та вазоспазм важкого ступеню у трьох (21,4%) постраждалих. Серед сприятливих результатів ЦВ легкого ступеню був у 11(9%) хворих, середнього ступеню важкості у 13(10,7%) хворих, а ЦВ важкого ступеню у хворих зі сприятливими наслідками лікування не спостерігали.

Таким чином, ЦВ статистично достовірно пов'язаний з несприятливими результатами лікування постраждалих з травматичними внутрішньочерепними крововиливами; розвиток ЦВ середнього та важкого ступеню, особливо важкого ступеню, підвищує вірогідність несприятливих результатів лікування хворих з ЧМТ.