

Показник захворюваності на ГВП у європейських країнах становить 1,2 на 100 тис. дітей до 15 років.

З метою вивчення захворюваності та розповсюдженості ГВП в Херсонській області, аналізу якості діагностики та їх лікування проведено аналіз статистичних показників та медичної документації щодо гострих в'ялих паралічів у дітей в Херсонській області за період з 2000 по 2010 роки включно.

Дитяче населення області до 15 років складало — 223 142 дитини у 2000 році та 159 547 дітей у 2010 році.

Згідно з МКХ-10 до в'ялих паралічів, крім гострого паралітичного поліомієліту, відносять поліневропатії, мононевропатії, мієліт та гострий паралітичний поліомієліт іншої та неуточненої етіології.

У більшості випадків основними конкуруючими поліомієліту захворюваннями є гострі демієлізуючі полірадікулоневропатії Гієна — Барре — Штроля, Ландрі та Фішера.

З 2000 року включно до 2010 року в області зареєстровано 31 випадок ГВП. Середньостатистично за вищевказаний період — це 2,81 випадки на рік та 1,53 на 100 тис. дітей.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Абсолютна кількість	4	4	1	2	4	2	3	2	1	3	5
Показник	1,8	1,8	0,45	1,1	2,1	1,1	1,7	1,2	0,6	1,9	3,1

Нозологічна структура ГВП: демієлізуючі полірадікулоневропатії діагностовано у 25 дітей (80,64 %), при цьому у 1 дитини був діагностований синдром Фішера, у 5 — синдром Ландрі, у 19 дітей — синдром Гієна — Барре — Штроля; у 4 дітей в подальшому був діагностований мієліт (12,90 %); у 2 хворих (6,45 %) ГВП був симптоматичний: у 1 випадку — остеомієліт хребців ускладнений епідуральним абсцесом, а в другому — обумовлений системним захворюванням сполучної тканини. Усім дітям проведено обстеження згідно з вимогами наказу МОЗ (2 проби фекалій з інтервалом 24—48 годин та аналіз крові на парні сироватки, з інтервалом 2 тижні, для визначення антитіл до поліовірусів).

В Херсонській області доступність до спеціалізованої неврологічної допомоги дітям — цілодобова (у ОДКЛ функціонує цілодобовий пост ургентної неврологічної допомоги), що дозволяє при клінічних проявах ГВП терміново розпочати обов'язкові діагностичні заходи та лікування.

За вищевказаний період відпрацьовані протоколи терапевтичних заходів при демієлізуючих полірадікулоневропатіях, мієлітах — це, насамперед, плазмаферез та внутрішньовенне введення імуноглобуліну людини, в подальшому адитивна терапія (фізіолікування, вітамінотерапія, препарати міонейротропної дії та ін.).

За вищевказаний період лабораторно верифікованих випадків поліомієліту не було. Остаточні прояви через 60 діб серед дітей, у яких було діагностовано демієлізуючі полірадікулоневропатії, були лише у однієї дитини (4,0 %).

Своєчасна діагностика ГВП, термінове обстеження згідно з вимогами ВООЗ та МОЗ України дозволяє не тільки виключити поліомієліт, а й забезпечити якість сучасного лікування дітей з ураженням ЦНС, насамперед демієлізуючих полірадікулоневропатій.

УДК 616.714+616.831]-001.31-036:616.89-008.45].47

ДИНАМИКА КЛИНИКО-КОГНИТИВНИХ НАРУШЕНІЙ ПРІ ПАСЛІДСТВІЯХ ЗАКРИТОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЇ ТРАВМИ СРЕДНЕЇ СТЕПЕНІ ТЯЖЕСТІ НА ФОНЕ ПРОВІДИМОЇ ТЕРАПІЇ

И. А. Григорова, Н. С. Куфтерина

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: закрытая черепно-мозговая травма, когнитивные нарушения, цераксон, актовегин

Цель исследования: оптимизация терапевтических мероприятий у пациентов с последствиями закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) средней степени тяжести

на основании изучения клинико-когнитивных изменений на фоне проводимой терапии.

Обследовано 92 пациента в возрасте от 21 до 48 лет с последствиями ЗЧМТ средней степени тяжести, которые находились на стационарном лечении в КВОЗ «ОКБ — ЦЭМП» г. Харькова. Все пациенты получали общепринятую терапию (нейропротекторы, антиоксиданты, антигипоксанты, ноотропы), включающую цераксон и актовегин. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц.

Были использованы следующие методы исследования: клинико-неврологические, инструментальные (ЭЭГ, Эхо-ЭГ, ВП, КТ, МРТ, УЗДГ), нейропсихологические (тест MMSE, тест на запоминание 10 слов, методики Векслера, таблицы Шульте). Исследования проводились на 1-й и на 14-й день лечения. Полученные результаты подлежали статистической обработке.

При поступлении пациенты предъявляли жалобы на общую слабость (95,7 %); головную боль (83,7 %); ухудшение памяти, внимания (77,2 %); снижение зрения (75,0 %), слуха (64,1 %); судорожные приступы (38,0 %); головокружение (34,7 %); апатию и сонливость (22,8 %). В неврологическом статусе преобладали синдромы: астенический (93,4 %), когнитивных нарушений (90,2 %), цефалгический (77,1 %), ликворно-гипертензионный (75 %) и вегетативной дистонии (69,6 %). При инструментальных исследованиях были выявлены структурно-функциональные и гемодинамические изменения, которые коррелировали с жалобами и неврологическими нарушениями. При нейропсихологическом обследовании было выявлено, что у 90,22 % пациентов имели место нарушения когнитивных функций умеренной и выраженной степени. Нарушения общей интеллектуальной продуктивности наблюдались у 78 % пациентов, нарушения вербальной памяти — у 83,9 %, нарушения зрительной памяти — у 93,7 %, расстройства внимания — у 97,3 % пациентов.

На 14-й день терапии количество жалоб уменьшилось на 83,2 % и они были представлены преимущественно головными болями значительно меньшей интенсивности, сонливостью, общей слабостью. Выраженность неврологических синдромов уменьшилась на 76,4 %. При нейропсихологическом исследовании была установлена позитивная динамика при выполнении тестов. Интеллектуальная продуктивность по шкале MMSE улучшилась на 36,2 %, среднее время выполнения заданий по таблицам Шульте уменьшилось на 42,7 %, продуктивность воспроизведения 10 слов улучшилась на 23,6 %.

Таким образом, с учетом мультифакторных механизмов травматического поражения головного мозга, а также структурно-функциональных изменений головного мозга, гемодинамических и когнитивных изменений в комплекс традиционных лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий целесообразно включать соответствующие дозы антиоксидантов, нейропротекторов, антигипоксантов, антиконвульсантов, нейротрофических препаратов и препаратов, улучшающих метаболизм головного мозга и имеющих мембраностабилизирующее действие.

УДК 616.831-002.1

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ДЭ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

В. Г. Деревецкая, И. В. Реминяк

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, дисциркуляторная энцефалопатия

Фибрилляция предсердий (ФП) является мощным фактором риска развития мозгового инсульта и хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Цель исследования — изучить патогенетические механизмы развития хронической недостаточности мозгового кровообращения у больных с ФП.

Методы исследования: клиничко-неврологический, нейропсихологический, компьютерная томография (КТ) головного мозга, ультразвуковая доплерография, биохимический.

Обследовано 138 больных с неклапанной формой ФП в возрасте от 55 до 75 лет. Группу сравнения составили 50 больных соответствующего возраста без ФП и других нарушений сердечного ритма. На основании проведенных клиничко-неврологических исследований нами было установлено наличие хронической прогрессирующей недостаточности мозгового кровообращения у 98 % больных с ФП. Характерной особенностью клиничко-неврологического течения дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) у больных с ФП является прогрессивное течение с быстрым формированием когнитивного дефицита и наличием частых пароксизмальных состояний в виде синкопальных (у 31,8 % больных), вестибулярных кризов и пароксизмов (у 23,9 % больных), вегетовисцеральных пароксизмов (у 19,5 % больных), эпилептиформных (у 18,6 % больных), синдрома Морганьи — Адамса — Стокса (у 6,5 % больных). Характерной особенностью когнитивного дефицита у больных с ФП является более быстрый темп его формирования. В структуре эмоциональных нарушений наряду с чертами ипохондризации, астенизации, тревожности, раздражительности, четко выявлены кардиофобические проявления (страх остановки сердца, наступления приступа и его исхода).

Нами показано, что особенностью структурных изменений головного мозга (по данным КТ) у больных с ФП являются лакунарные инфаркты (у 54,8 % больных), часто «немые», которые локализируются преимущественно в базальных ганглиях, подкорковом белом веществе, а также явления «лейкоареозиса» (у 29,4 % больных). Также у этих больных отмечаются нарушения церебральной гемодинамики в виде гипоперфузии мозга (у 95 % больных), асимметрии кровотока (у 85,5 % больных) и стенозирующих процессов магистральных артерий головы (у 76 % больных). Проведенные биохимические исследования показали, что у больных с ФП достоверно повышается активность тромбоцитарного звена гемостаза — повышается индекс агрегации тромбоцитов ($66,1 \pm 8,7 \%$), выявлена повышенная активность тромбоксансинтезирующей системы тромбоцитов ($10,72 \pm 0,81$ мкмоль/л), а также повышается концентрация эндоперекисных соединений в крови ($8,57 \pm 0,77$ мкмоль/мин. мг белка). Проведенные исследования позволили выявить основные патогенетические механизмы развития ДЭ у больных с неклапанной формой ФП. Большую роль в развитии и прогрессировании ДЭ у больных с ФП играет гипоперфузия мозга, одной из основных причин которой является нарушение общей гемодинамики. Важную роль играет наличие стенозирующих процессов магистральных артерий головы и шеи, приводящих к снижению линейной скорости кровотока, а с другой стороны, наличие атеросклеротических бляшек, которые могут быть источником атеротромбоэмболии. Также одним из механизмов развития ДЭ является поражение интрацеребральных артерий за счет артериальной гипертензии, которая наблюдается у большинства больных с ФП. Важную роль также играет нарушение активности тромбоцитарного звена гемостаза в виде повышения индекса агрегации тромбоцитов, активности тромбоксансинтезирующей системы тромбоцитов и концентрации эндоперекисных соединений в крови

УДК 616.714+616.831

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Л. А. Дзяк, А. Г. Сирко, В. М. Сук

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: тяжелая черепно-мозговая травма, медицинская помощь, индикаторы качества

Увеличение количества черепно-мозговых травм (ЧМТ), усугубление их тяжести, возрастающее значение этого вида травматизма среди основных причин смертности

и инвалидизации населения, в особенности у лиц молодого и среднего возраста, вывели эту проблему на одно из первых мест среди основных медико-социальных проблем современного общества.

Улучшение качества оказания медицинской помощи при тяжелой ЧМТ связано со следующими факторами: разработка и внедрение современных протоколов диагностики и лечения, улучшение материально-технической базы лечебных учреждений, постоянный анализ качества оказания медицинской помощи и принятие решений на основании проведенного анализа.

Эффективность медицинской помощи, оказываемой больным с тяжелой ЧМТ, может быть объективно оценена с использованием индикаторов качества медицинской помощи (ИКМП). Общепринятые показатели оценки деятельности нейрохирургических отделений (хирургическая активность, предоперационный койко-день, послеоперационный койко-день, средняя длительность пребывания больного на койке, расхождение клиничко-неврологического и патологоанатомического диагнозов, % оперативных вмешательств 3—5 уровней сложности) в полной мере не отражают качество оказания медицинской помощи больным с тяжелой ЧМТ и не могут быть признаны ИКМП.

Цель работы — на основании анализа литературных данных и собственных наблюдений определить наиболее чувствительные и информативные ИКМП больным с тяжелой ЧМТ.

За основу была взята общепринятая модель оценки качества медицинской помощи (*Donabedian's triad model*), которая включает оценку трех составляющих: структуры (средств), технологий, исхода (результатов) лечения.

Были предложены следующие ИКМП больным с тяжелой ЧМТ:

- Доля (%) больных, поступивших в клинику с диагнозом тяжелой ЧМТ, от общего количества больных с диагнозом ЧМТ.
- Доля (%) оперативных вмешательств, выполненных в первые три часа (при наличии показаний) с момента поступления, к общему количеству оперированных больных.
- Доля (%) случаев лечения больных с нарушением утвержденных протоколов лечения, которые привели к неблагоприятному исходу (по результатами разбора КЭК).
- Доля (%) больных с тяжелой ЧМТ, леченных с использованием мониторинга внутричерепного и церебрального перфузионного давления.
- Летальность при тяжелой ЧМТ, %;
- Послеоперационная летальность при тяжелой ЧМТ, %.
- Послеоперационные гнойно-септические осложнения у больных с тяжелой ЧМТ, %.

Предложенные индикаторы качества позволяют объективно оценивать качество оказания медицинской помощи больным с тяжелой ЧМТ. ИКМП позволяют объективно оценивать состояние медицинской помощи в отдельно взятом отделении, больнице, районе или области. Применение ИКМП является важным инструментом в системе управления качеством медицинской помощи.

УДК 616.714+616.831

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ПРОФІЛАКТИКИ ВТОРИННИХ ІШЕМІЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

Л. А. Дзяк, А. Г. Сирко, В. М. Сук

Дніпропетровська державна медична академія

Ключові слова: тяжка черепно-мозкова травма, вторинні ішемічні ушкодження, внутрішньочерепний тиск, церебральний перфузійний тиск

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) спричиняє різке зниження мозкового кровотоку (МК). Сучасний підхід до лікування тяжкої ЧМТ — попередження факторів вторинного ішемічного ушкодження головного мозку. Для забезпечення достатнього кровотоку та оксигенації головного мозку