

статистически достоверное снижение пульсационного индекса с  $1,51 \pm 0,13$  до  $1,18 \pm 0,05$  и возрастания линейной средней систолической скорости (ЛССК) во внутренней сонной артерии (ВСА) с  $59,40 \pm 3,69$  до  $68,1 \pm 5,03$  см/с и в основной артерии (ОА) с  $41,35 \pm 2,28$  до  $47,13 \pm 4,12$  см/с. Мемоплант-форте способствует реорганизации частотно-амплитудных показателей биоэлектрической активности головного мозга, более выраженной в здоровом полушарии. Препарат статистически достоверно увеличивает частоту  $\alpha$ -ритма в центрально-теменной области полушария на  $0,5$ — $0,7$  гц. В пораженном полушарии отмечена лишь тенденция к увеличению частоты  $\alpha$ -ритма в указанной области.

Таким образом, использование мемоплант-форте в лечении больных, перенесших ИИ на фоне СД II, является патогенетически обоснованным. Препарат способствует восстановлению неврологического дефицита, уменьшению вегетативной в конечностях, улучшению мозговой гемодинамики как в каротидном, так и в вертебробазиллярном бассейнах, нормализации электрогенеза мозга как в здоровом, так и в пораженном полушарии.

УДК 616.071+616.08+616.831-005.1

### ЕФЕКТИВНІСТЬ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

*О. Я. Михалойко, Р. Д. Герасимчук, Г. С. Чмир, С. І. Генік*  
Івано-Франківський національний державний медичний університет

*Ключові слова:* ішемічний інсульт, тромболітична терапія

Цереброваскулярні захворювання залишаються однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасної неврології, що пояснюється їх значною часткою в структурі захворюваності, інвалідності та смертності населення.

Згідно з діючими міжнародними рекомендаціями, найуспішнішим способом відновлення перфузії в ішемізованій ділянці мозку є тромболітична терапія (ТЛТ) з використанням рекомбінантного тканинного активатора плазміногену (rt-PA). Однак тромболізис застосовується менше ніж у 2—5 % хворих з ГП. Труднощі, які виникають при цьому, включають: пізні звернення за медичною допомогою поза рамками терапевтичного вікна, втрата часу при госпіталізації, недостатня оснащеність лікарень апаратами КТ, МРТ, невпевненість лікарів у безпеці і ефективності методу, жорсткі протипоказання до застосування, висока вартість лікування.

Мета дослідження: оцінити ефективність та безпечність тромболітичної терапії у гострий період ішемічного інсульту. Обстежено 13 хворих з середньоважким ішемічним інсультом в басейні середньомозкової артерії (СМА), віком від 46 до 72 років, серед яких 8 чоловіків і 5 жінок. Хворі були госпіталізовані в межах «терапевтичного вікна», тобто впродовж трьох годин від початку клінічних проявів інсульту. При госпіталізації хворим проводили КТ головного мозку, ТКДГ, дуплексне сканування магістральних артерій голови. З метою оцінки ефективності тромболітичної терапії на 2-гу добу пацієнтам проводили контрольну КТ головного мозку. Оцінку неврологічного дефіциту і ступеня відновлення втрачених функцій проводили з використанням загальноприйнятих шкал: NIHSS, модифікованої шкали Ренкіна, індексу Бартеля. Неврологічний дефіцит хворих за шкалою NIHSS при надходженні становив 16—22 бали.

Проведене при надходженні хворих КТ-дослідження виявило відсутність внутрішньочерепних крововиливів. Результати ТКДГ при надходженні хворих показали гемодинамічно важливе зниження лінійної швидкості кровотоку (ЛШК) по СМА на стороні вогнища з коефіцієнтом міжпівкульової асиметрії, яка перевищує 50 %. В усіх випадках мали місце доплерографічні ознаки оклюзії СМА (M1 сегмента). Четверо хворих отримали ТЛТ в перші 90 хвилин від початку захворювання, дев'ятеро — в проміжку 90—180 хвилин. Через 1—2 години після ТЛТ у 12 хворих відмічалась позитивна динаміка в неврологічному статусі. Через добу у 4 хворих, які отримали ТЛТ в часовому інтервалі до 90 хвилин відмічався практично повний регрес неврологічного дефіциту.

У 8 з 9 хворих, які отримали ТЛТ в проміжку з 90—180 хвилин відмічено значний регрес неврологічної симптоматики. При виписці із стаціонару неврологічний дефіцит у них за шкалою NIHSS становив 4—8 балів проти 20—22 балів при надходженні. Однак лікування не було повністю безпечним, у однієї пацієнтки розвинулася фатальна симптоматична геморагічна трансформація головного мозку.

Повторні КТ-дослідження показали відсутність органічних змін в головному мозку у 4 хворих, що вказує на розрешення ішемічних процесів на фоні проведення ранньої реканалізації, що клінічно відповідало абсолютному нівелюванню неврологічного дефіциту. У 8 хворих повторні КТ-дослідження показали формування невеликих вогнищ ішемії в кінцевих гілках СМА, що пояснюється реканалізацією основного стовбура і оклюзією кінцевих гілок і клінічно відповідає значній позитивній неврологічній динаміці.

Таким чином, результати проведених досліджень свідчать про високу ефективність тромболітичної терапії у хворих з ішемічним інсультом. Отримані дані вказують, що стратегія ранньої тромболітичної реканалізації в умовах «терапевтичного вікна» приводить до повного, або ж значного регресу неврологічного дефіциту у хворих з ГП, що очевидно зумовлено високим ступенем реканалізації інфарктзалежної судини і відновленням кровотоку в ураженому басейні і як наслідок — регресом неврологічного дефіциту. Ефективне проведення тромболізу можна за умови узгодженої дії персоналу на всіх етапах діагностики та лікування хворих з інсультом, що досягається завдяки чіткій організації, ретельній підготовці та тренінгу медичних працівників.

УДК 616.12-008.331:616.831-005.8

### КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ АСИМПТОМНЫХ ИНФАРКТОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Т. С. Мищенко, Е. В. Дмитриева*

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

*Ключевые слова:* артериальная гипертензия, асимптомные инфаркты

Актуальность изучения асимптомных («немых») инфарктов головного мозга, которые встречаются в 5—8 раз чаще симптомных, обусловлена тем, что они являются маркерами повышенного риска повторных острых нарушений мозгового кровообращения, в том числе тяжелого геморрагического инсульта, лакунарного состояния мозга, а также сосудистой деменции.

В работе изучены клинико-патогенетические особенности формирования асимптомных инфарктов головного мозга у 67 больных с артериальной гипертензией (АГ) в возрасте от 49 до 63 лет. При проведении нейровизуализационного обследования (КТ, МРТ головного мозга) из 67 больных с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) гипертонического генеза, у которых не было анамнестических указаний на клинические проявления перенесенного мозгового инсульта, у 18 (26,9 %) больных выявлены признаки перенесенных лакунарных инфарктов мозга размером до 1,5 см в диаметре (одиночные — у 44,4 % больных, множественные лакуны — у 55,6 %). У 16,4 % больных выявленные асимптомные инфаркты сочетались с диффузными изменениями белого вещества головного мозга — лейкоареозом. У 27,8 % обследованных больных ишемические очаги размером 1—1,5 см локализовались в базальных ганглиях, у 38,9 % — в подкорковом белом веществе, у 11,1 % — в коре головного мозга, у 5,6 % — в стволе, в 16,7 % случаев — в других отделах головного мозга.

Анализ неврологической симптоматики у больных с асимптомными инфарктами позволил выявить субклинические проявления неврологического дефицита в виде пирамидных, вестибулярных, астенических, психоэмоциональных и когнитивных нарушений. Проведенные исследования состояния когнитивных функций (по данным психодиагностического тестирования: MMSE, тест рисования часов, таблиц Шульце) у больных с асимптомными