

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 (М1 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

інфарктами показали, що незважаючи на те, що асимптомні інфаркти не мають клінічних проявів, характерних для ішемічного інсульту, вони більше ніж вдвоє збільшують ризик розвитку когнітивного зниження, вплоть до розвитку деменції. Длительність течення АГ у больних з виявленими асимптомними інфарктами була більше 5 лет и в більшості випадків гіпертонічна хвороба характеризувалась кризовим теченням. С помощью метода суточного моніторингу артеріального тиску (АД) встановлено, що у больних з виявленими асимптомними інфарктами головного мозку відзначались вищі показники середнього суточного АД, як систолического, так і діастолічного, а також вищі показники максимального АД. Більшість обстежених больних мали декілька факторів ризику розвитку асимптомних інфарктів головного мозку. Найбільш часто зустрічалося поєднання АГ з цукровим діабетом, атеросклеротичним ураженням магістральних артерій голови, гіперхолестеринемією, фібриляцією передсердь і поєднання цих факторів. При проведенні дуплексного дослідження сонних артерій у всіх больних з асимптомними інфарктами виявлялись атеросклеротичні ураження сонних артерій в формі утолщення комплексу «інтима-медіа», втрати диференціації судинної стінки на сонні, наявності атеросклеротичних бляшок в просвіті судин.

Полученные результаты дадут возможность разработать лечебно-профилактические мероприятия у данной категории больных.

УДК 616.831-005.1:616/618-08:312.2

#### КРИТЕРІЇ ЯКОСТІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ

*Т. С. Міщенко*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків*

*Ключові слова:* захворюваність, інвалідизація, смертність, мозковий інсульт, критерії якості

Сьогодні до найпоширеніших хвороб в Україні належать неврологічні захворювання, розповсюдженість яких в останні роки, на жаль, значно збільшилася. У 2009 р. в Україні офіційно зареєстровано 4 913 890 хворих із різними формами неврологічних захворювань.

Перше місце серед неврологічних захворювань посідають цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ), поширеність яких становить станом на 01.01.2010 р. 3 185 686 хворих. У структурі захворюваності на ЦВЗ найбільш важливе значення мають мозкові інсульти (МІ). Щорічно від 100 до 120 тис. мешканців країни вперше захворюють на МІ. 35,5% всіх МІ сталися у людей працездатного віку. Внаслідок МІ щорічно помирає до 40 тис. жителів країни, і 20 тис. втрачають працездатність. Високі показники смертності від МІ в Україні в багатьох випадках обумовлені недосконалістю системи надання допомоги хворим з цієї патологією. Одним із шляхів вирішення цієї проблеми є створення високотехнологічної допомоги хворим із серцево-судинними та судинно-мозковими захворюваннями. Такі регіональні центри почали створюватись в м. Одесі, Донецьку, Львові. Але ж основною метою є створення спеціалізованих інсультних відділень, що мають спеціально підготовлений персонал та оснащені сучасним обладнанням. Такі відділення повинні бути створені в усіх містах та районних центрах країни та бути доступними цілодобово для всього населення.

Потребує негайного рішення проблема реабілітації інсультних хворих. Реабілітаційні відділення в Україні створені лише в окремих областях, але і вони не відповідають сучасним стандартам надання реабілітаційної допомоги.

Однією із важливих причин, що впливають на смертність та інвалідизацію внаслідок інсульту є недостатня усвідомленість населення щодо симптомів інсульту та необхідності термінової допомоги. Тому в багатьох випадках хворі або їх родичі вчасно не звертаються за допомогою. Працівники швидкої медичної допомоги затримують першочергову

госпіталізацію хворих до стаціонару, а частина хворих взагалі залишається дома без належної допомоги. Дуже малий відсоток хворих госпіталізується до стаціонарів в межах «терапевтичного вікна». Це значить, що тромболітична терапія виконується лише поодиноким хворим.

Удосконалення системи діагностики та лікування хворих на МІ неможливо без впровадження та контролю виконання стандартів та протоколів клінічного ведення пацієнтів у діяльність лікувальних установ, що надають медичну допомогу таким хворим. Критеріями якості надання допомоги хворим на МІ повинні бути: 1) летальність внаслідок інсульту через 1, 3, 12, 24 місяця від початку захворювання; 2) відсоток хворих, повністю незалежних у повсякденному житті пацієнтів, що перенесли інсульт, через 3, 12 місяців; 3) відсоток хворих, що перенесли повторні судинні катастрофи (інсульт, інфаркт міокарду), через 1 та 2 роки після перенесеного інсульту; 4) відсоток хворих, що регулярно приймають препарати для вторинної профілактики МІ, через 1 та 2 роки після перенесеного інсульту; 5) відсоток хворих, що лікувались у спеціалізованих інсультних відділеннях; 6) відсоток хворих МІ, що госпіталізовані протягом перших 4—5 годин; 7) відсоток хворих з інсультом, яким була проведена КТ головного мозку в перші години захворювання; 8) відсоток хворих на ішемічний інсульт, яким було проведено тромболітичну терапію.

Впровадження індикаторів якості дозволить підвищити відповідальність медичних працівників за стан кожного пацієнта, а також оцінити та порівняти якість надання медичної допомоги хворим на МІ в усіх регіонах країни.

УДК 616.831-005.1-037

#### КРИТЕРІЇ ВИХОДІВ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

*Т. С. Міщенко, В. М. Міщенко*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків*

*Ключові слова:* ішемічний інсульт, сприятливий, несприятливий, вихід, фактори ризику

Останнім часом в літературі з'явилось багато робіт, що присвячені проблемі прогнозування виходів мозкового інсульту (МІ). Незважаючи на це, остаточних даних відносно сприятливого та несприятливого виходів інсульту на сьогодні не одержано.

Тому метою цього дослідження стало визначення критеріїв прогнозу виходів ішемічного інсульту.

Для виконання поставленої мети нами було обстежено в динаміці 148 хворих з ішемічним інсультом, з них 92 з підкульовим ішемічним інсультом і 46 — з інсультом у стовбурі мозку. Середній вік обстежених хворих склав 62,8 років.

У роботі були застосовані такі методи дослідження: 1) клініко-неврологічні обстеження хворих з використанням індексу Бартеля та шкали Ренкіна для оцінки їх функціонального стану; 2) психопатологічні з'ясуваннями шкали Гамільтона та опитувальника Бека для виявлення депресивних порушень; 3) психодіагностичні (тест Mini-Mental State Examination — MMSE), методика «Запам'ятовування 10 слів», «Таблиці Шульце») для оцінки стану когнітивних функцій; 4) КТ або МРТ головного мозку; 5) біохімічні; 6) статистичні.

Проведені динамічні дослідження протягом 2-х років дозволили виділити та доповнити основні критерії виходів ішемічного інсульту. За нашими даними до сприятливих критеріїв належать: чоловіча стать, невеликі розміри вогнища, наявність двох і менше факторів ризику МІ, проживання в родині, лікування у спеціалізованих інсультних відділеннях, госпіталізація протягом перших годин від початку захворювання, раннє виконання методів нейровізуалізації, лікування згідно з протоколами ведення хворих, проведення вторинної профілактики та ранній початок реабілітації хворих.

Наші спостереження показали, що раннє застосування нейропротекторів (цитіколіну або церебролізіну) сприяє більш швидкому та вираженому відновленню рухових, мовних функцій, когнітивних порушень.

До несприятливих критеріїв належать: похилий вік, низький рівень свідомості на початку захворювання, тяжкість