инфарктами показали, что несмотря на то, что асимптомные инфаркты не имеют клинических проявлений, характерных для ишемического инсульта, они более чем вдвое увеличивают риск развития когнитивного снижения, вплоть до развития деменции. Длительность течения АГ у больных с выявленными асимптомными инфарктами была более 5 лет и в большинстве случаев гипертоническая болезнь характеризовалась кризовым течением. С помощью метода суточного мониторирования артериального давления (АД) установлено, что у больных с выявленными асимптомными инфарктами головного мозга отмечались более высокие цифры среднего суточного АД, как систолического, так и диастолического, а также более высокие показатели максимального АД. Большинство обследованных больных имели несколько факторов риска развития асимптомных инфарктов головного мозга. Наиболее часто встречалось сочетание АГ с сахарным диабетом, атеросклеротическим поражением магистральных артерий головы, гиперхолестеринемией, фибрилляцией предсердий и сочетания этих факторов. При проведении дуплексного исследования сонных артерий у всех больных с асимптомными инфарктами выявлялись атеросклеротические поражения сонных артерий в виде утолщения комплекса «интима-медиа», утраты дифференциации сосудистой стенки на слои, наличие атеросклеротических бляшек в просвете сосудов.

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 непрацездатність. Високі показники смертності від МІ в Україні в багатьох випадках обумовлені недосконалістю системи надання допомоги хворим з цією 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 необхідністю 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 лікувалися 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 півкульовим 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 застосуванням шкали Гамільтона та опитувальника Бека для виявлення депресивних порушень; 3) психодіагностичні (тест Mini-Mental State Examination — MMSE), методика «Запам'ятовування 10 слів», «Таблиці Шульте») 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 церебролізину) сприяє більш швидкому та вираженому відновленню рухових, мовних функцій, когнітивних порушень.

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

інсульту, великі розміри вогнища ураження, особливо відносно функціонально значущих структур, локалізація вогнища (підкоркові структури, стовбур, мозочок), геморагічна трансформація вогнища, гіпертермія у гострому періоді МІ, підвищений рівень С-реактивного білка, наявність цукрового діабету, фібриляції передсердь, артеріальна гіпертензія більше 10 років, наявність 3-х і більше факторів ризику інсульту, депресії, помірні когнітивні порушення та деменція, «лейкоареозис», самотнє проживання, втрата роботи.

Наші спостереження показали, що несприятливий вихід інсульту не завжди пов'язаний з розмірами та локалізацією вогнища. Багато хворих помирають або стають тяжкими інвалідами при наявності у гострому періоді інсульту вторинних ускладнень, таких як аспіраційна пневмонія, тромбози глибоких вен, тромбоемболія легеневої артерії, ускладнені пролежні та ін. Порушення сечовипускання теж є предиктором несприятливого прогнозу.

Врахування вищенаведених факторів прогнозу сприяє правильній побудові лікувальних та реабілітаційних програм у хворих на МІ.

УДК 616.8:616.126.424

ПОЛИМОРФИЗМ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Т. С. Мищенко, Е. В. Песоцкая, Е. В. Харина, А. В. Линская

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

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, клинико-неврологические проявления

В последние годы пролапсу митрального клапана (ПМК) как наиболее частому и клинически значимому проявлению дисплазии соединительной ткани (ДСТ) уделяется все больше внимания в контексте формирования синдромов поражения нервной системы.

С целью изучения полиморфизма неврологических проявлений нами было обследовано 99 пациентов в возрасте от 20 до 58 лет (средний возраст 36,7 ± 10,65 лет) с ПМК, из них 45 мужчин и 54 женщины.

Всем больным проводили стандартное клинико-неврологическое обследование. Так как синдром ДСТ характеризуется определенным набором жалоб, был проведен тщательный их анализ. Фенотипические признаки дисплазии определяли с помощью фенотипической карты (Glesby M. J., Pyerits R. E., 1989). Всем больным проводили ультразвуковое доплерографическое (УЗДГ) исследование магистральных сосудов головы (МАГ) и шеи и эхокардиоскопию (ЭХО-КС).

При объективном осмотре чаще всего у обследованных пациентов мы выявляли такие фенотипические черты как черепно-лицевой дисморфизм — 73,2 %, миопия — 32,1 %, плоскостопие — 16,1 %, долихоморфии — 89,3 %, снижение массы тела — 64,3 %, гипермобильность суставов —37,5 %, нарушения осанки (незначительный сколиоз, синдром «прямой спины») — 60,7 %, нестабильность шейного отдела позвоночника — 62,5 %. Аускультативная картина ПМК характеризовалась сохраненным I тоном на верхушке сердца. Систолический дополнительный тон («клик») и систолический шум на верхушке сердца определялся в 30,4 % случаев. Пролапс передней створки митрального клапана был выявлен у 91,9 % пациентов, задней створки — у 6,1 %, обеих створок — у 2,0 %. По степени выраженности ПМК I ст. определялся у 78,8 %, ПМК II ст. — у 22,2 %, ПМК III ст. диагностирован не был. Митральная регургитация I ст. выявлялась у 69,7 % пациентов, II ст. — у 30,2 %, III ст. — у 1,1 %.

Неврологические проявления ПМК у обследованных пациентов были разнообразны. Было выделено 5 групп: 1 группа — больные с перманентным течением вегетативно-сосудистой дистонии (ВСД) (цефалгии, кардиалгии, гипервентиляционный синдром, метеотропность) — 21 %; 2 группа — больные с паническими атаками на фоне ВСД — 30 %; 3 группа — больные с ВСД и синкопальными пароксизмами — 16 %; 4 группа — пациенты с мигренью — 18 %, 5 группа — больные, перенесшие ОНМК в виде ТИА или ишемического инсульта — 15 %.

При УЗДГ у 65,5 % обследованных выявлены аномалии МАГ в виде: деформации и извитости внутренних сонных артерий с признаками локальных гемодинамических нарушений, гипоплазии и извитости позвоночных артерий (ПА), аномального вхождения ПА в канал поперечных отростков шейных позвонков.

При ЭХО-КС у 72,4 % больных выявлены так называемые малые аномалии сердца (МАС) в виде миксематозной дегенерации, пролапса аортального клапана, пролапса трикуспидального клапана, аневризматического выпячивания межпредсердной перегородки, дополнительных трабекул в полости левого желудочка.

Таким образом, проведенное нами исследование показало преобладание в клинической картине пациентов с ПМК смешанных вариантов ВСД, мигрени, а также эпизодов церебральной ишемии. Выявленные у обследованных больных аномалии МАГ и МАС могут представлять собой факторы риска развития церебральных ишемий у этой категории больных. Всем больным с ПМК необходимо длительное диспансерное наблюдение с целью оценки особенностей течения заболевания, степени риска развития осложнений и проведения адекватных лечебных мероприятий.

УДК 616.831-005.1:312.2

ОСНОВНІ ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ФАТАЛЬНОГО ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

О. П. Мошенська, І. С. Зозуля

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ

Ключові слова: фатальний ішемічний інсульт, причини виникнення

Порівняно з розвиненими країнами, смертність від інсульту в Україні в 2—3 рази вища, що зумовлено багатьма причинами, в тому числі і недостатньою ефективністю системи надання допомоги таким хворим. Проте, сьогоднішні реформи, нововведення не придають надії на краще.

Ми поставили перед собою за мету вивчити причини, які впливають на смертність хворих з ішемічним інсультом на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах. Нами проведено ретроспективний (за 5 років) аналіз верифікованного фатального інсульту в гострий період у хворих, які надійшли до нейросудинного (II нейрохірургія) відділення Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. В основну групу дослідження були включені хворі (123 випадки) на фатальний гострий ішемічний інсульт, віком від 18 до 80 років. Верифікація здійснена за допомогою нейровізуалізуючих методів (КТ, МРТ, СКТ, УЗДГ), або під час патологоанатомічного дослідження. В групу контролю за тими ж критеріями було включено 50 хворих на ішемічний інсульт, які вижили в гострий період інсульту.

Дослідження охоплювало догоспітальний період, етап транспортування до стаціонару та перші 5 діб з моменту госпіталізації.

Найбільша кількість хворих належала віковим групам (згідно з класифікацією ВООЗ) 45—69 років (69 — 52,8 % осіб) та 60—74 рр. (30 — 24,39 %). Значно менше було хворих молодого віку (18—45 років) — 17 осіб (13,8 %) та ще менше — осіб старечого віку (75—80 років) —11 (8,94 %). Як свідчать наші дані, більшість хворих на нефатальний ішемічний інсульт також належали віковій групі 45—69 років (38 осіб, або 76 %).

Частота ішемічного інсульту була значно вищою серед чоловіків. Локалізація вогнища була в півкулях великого мозку (права — 21,6 %, ліва — 35 %), стовбурі (25,20 %), мозочку (2,5 %), одночасно кілька вогнищ інфаркту (8,13 %).

За часом настання смерті всі випадки фатального інсульту були поділені: протягом першої доби — 13 (10,6 % випадків), другої — 53 (43,09 %), третьої і аж до 21 доби — 57 (46,34 %).

Майже половина випадків смерті на першу добу припадає на локалізацію інфаркту в стовбурі мозку.