

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 вищезазначених 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
ІУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», г. Харків

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, клініко-неврологічне проявлення

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 $36,7 \pm 10,65$ 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., Ruerits 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, сьогоденні реформи, нововведення не надають 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 верифікованого фатального інсульту в гострий період у хворих, які надійшли до нейроvascularного (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.