

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
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.

Більшість хворих (90 — 73,17 %) були доставлені каретою швидкої медичної допомоги, із групи нефатального — також 70 % (35).

Серед хворих основної групи були 8 осіб (6,5 %), які були доставлені в лікарню після повторного виклику бригади швидкої медичної допомоги в зв'язку з появою нової симптоматики.

В контексті задач нашого дослідження ми визначали строки госпіталізації та надання допомоги на догоспітальному етапі. Визначено кількість випадків госпіталізації в перші 3 години, в інтервалі 3—6 годин, 6—24 години і після 24 годин.

Встановлено, що лише дві третини хворих (61,8 % в основній і 68 % в контрольній) потрапляли до лікарні в період вікна терапевтичних можливостей. Отже, кожен третій хворий доставляється до лікарні тоді, коли застосування сучасних методів диференційованої терапії не дасть тих результатів, які б могли бути в перші 3—6 годин.

В обох групах переважна більшість випадків інсульту була спричинена атеротромботичним процесом (60,16 % в основній і 66,0 % в контрольній групі).

Кардіоемболії спостерігались частіше в основній групі (25,2 % проти 8,0 %). Кардіоемболічний інсульт у хворих обох груп був спричинений миготливою аритмією, вадами серця, порушенням ритму серця. Лакунарні інсульти частіше спостерігались у жінок і в контрольній групі.

Нами встановлено, що фатальний атеротромботичний інсульт достовірно частіше розвивався у хворих середнього віку (58, 11 %), рідше — у осіб похилого та молодого віку (24,32 % та 10,81 %), і найменшою його частота була в осіб старечого віку (6,76 %). Кардіоемболічний інфаркт діагностовано у 41,94 % осіб середнього віку і найменше — молодого (3,23 %), у 61,54 % хворих середнього віку, спостерігались змішані форми інсульту.

Більша частина померлих від ішемічного інсульту була віком 46—59 років, люди соціально активного та працездатного віку.

Головним чином причинами їх інсультів були потенційно модифіковані фактори ризику: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, фібриляція передсердь, атеросклеротичні ураження судин, шкідливі звички.

Третина хворих більше 6 годин після появи перших симптомів не зверталися за медичною допомогою, а також не були своєчасно (в час терапевтичних можливостей) госпіталізовані.

Необхідна подальша координація зусиль медиків різних спеціальностей первинної ланки для своєчасної діагностики інсульту, надання екстреної медичної допомоги, цілеспрямованої ранньої госпіталізації.

УДК 616.832-002-004.2-037

ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ТРАНСФОРМАЦІЇ ГОСТРОГО РОЗСІЯНОГО ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТУ У РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

О. А. Мяловицька, І. С. Лобанова

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
м. Київ

Ключові слова: гострий розсіяний енцефаломієліт, розсіяний склероз, прогнозування, метод Каплана — Мейєра

Гострий розсіяний енцефаломієліт (ГРЕМ) — це аутоімунне захворювання, яке характеризується наявністю в центральній нервовій системі вогнищ запалення (дем'єлінізації), що виникають після інфекційного захворювання або вакцинації. Здебільшого гострий розсіяний енцефаломієліт характеризується монофазним перебігом зі значними варіаціями стосовно тривалості хвороби та одужання. Проте спостерігаються і рецидиви ГРЕМ, які можна розцінювати як мультифазний перебіг цього захворювання або його трансформацію у розсіяний склероз (за критеріями Макдональда). Прогнозування трансформації гострого розсіяного енцефаломієліту у розсіяний склероз має важливе значення, що дозволяє вчасно визначити тактику ведення хворих і обсяг терапевтичних заходів.

Метою нашої роботи було визначення прогностичних факторів ризику розвитку трансформації гострого розсіяного енцефаломієліту у розсіяний склероз.

Ми оцінювали кумулятивну частку відсутності рецидивів впродовж 3-річного періоду спостереження у 101 хворого на гострий розсіяний енцефаломієліт (28 чоловіків та 73 жінки) віком від 12 до 53 років (у середньому $31,7 \pm 1,01$ року) за методом Каплана — Мейєра з оцінкою критерію Фішера, використовуючи найбільш вагомі клініко-параклінічні дані.

Найкращі показники відсутності рецидивів виявлялись у пацієнтів віком 30—40 років, хоча статистична різниця недостовірна ($p = 0,78019$). Прогнозування розвитку трансформації ГРЕМ у розсіяний склероз в залежності від статі також не виявило достовірної різниці між трирічною відсутністю рецидивів у чоловіків та жінок, хоча і спостерігалась тенденція до збільшення кумулятивної частки у жінок ($p = 0,15560$). Достовірної різниці за безрецидивністю між групами хворих з різними змінами неврологічного статусу не визначалось, тобто наявність у хворих на ГРЕМ того чи іншого неврологічного дефіциту не чинить суттєвого впливу на його трансформацію у розсіяний склероз ($p = 0,56316$). У хворих з легким ступенем інвалідизації за шкалою EDSS трансформація ГРЕМ у розсіяний склероз виникла пізніше, у порівнянні з хворими із середнім і тяжким ступенем інвалідизації; у хворих з тяжким ступенем інвалідизації трансформація ГРЕМ у розсіяний склероз виникла пізніше, але ще до 25 місяців спостереження у 100 % хворих даної групи виникає розсіяний склероз ($p = 0,01516$). При аналізі даних МРТ у пацієнтів з ГРЕМ визначили, що чим більший середній розмір вогнищ дем'єлінізації, тим повільніше розвивається трансформація ГРЕМ у розсіяний склероз ($p = 0,01757$). Ця тенденція є протилежною по відношенню до мультифазного типу перебігу ГРЕМ, де повільніший розвиток рецидиву пов'язаний з меншим розміром вогнищ дем'єлінізації на МРТ.

Результати нашої роботи свідчать, що достовірний вплив на розвиток трансформації гострого розсіяного енцефаломієліту у розсіяний склероз чинять такі прогностичні ознаки, як ступінь інвалідизації за шкалою EDSS і розмір вогнищ дем'єлінізації за даними МРТ. Найбільш сприятливими критеріями прогнозування захворювання із пізнішим розвитком трансформації гострого розсіяного енцефаломієліту у розсіяний склероз є легкий ступінь інвалідизації за шкалою EDSS і великий розмір вогнищ дем'єлінізації за даними МРТ.

УДК 616.833.1/2:616.85]-066-07

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИХ ПОЛИНЕВРОПАТИЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М. Б. Наврузов

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: рак молочной железы, паранеопластические полиневропатии

Рак молочной железы занимает лидирующее место в структуре онкологической заболеваемости у женщин и одно из первых мест по частоте развития осложнений. К наиболее распространенным паранеопластическим проявлениям заболевания относятся неврологические нарушения, которые у 30 % больных опережают обнаружение опухоли и более чем в 40 % случаев проявляются паранеопластическими полиневропатиями. Чаще всего течение полиневропатии не зависит от течения основного заболевания и требует самостоятельного лечения.

Целью исследования явилось изучение частоты встречаемости и клинических особенностей формирования паранеопластических полиневропатий при раке молочной железы.

Было обследовано 105 больных раком молочной железы в возрасте $50,6 \pm 5,2$ года с гистологически подтвержденным диагнозом заболевания: первой стадии — 9 (8,5 %), второй стадии — 27 (25,7 %), третьей стадии — 42 (40 %), четвертой стадии — 27 (25,7 %). Всем больным клинико-инструментальное исследование проводилось до начала