

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