

проявленні і теченні захворювання. Особливо це стосується посттравматичного ликворно-гіпертензійного синдрому (ЛГС) у осіб різних вікових груп.

Наші спостереження включали 61 хворого з ЛГС травматичного генезу, верифікованого комп'ютерною томографією (КТ). Хворі були розділені на дві вікові групи: молодого (від 18 до 45 років) — 34 особи і середнього віку (від 46 до 60 років) — 27 осіб. При вивченні клінічних ознак ЛГС враховували морфологічні особливості змін жовчастих і субарахноїдальних просторів головного мозку.

При порівнянні клініки ЛГС у хворих першої і другої груп вдалося відзначити ряд відмінностей: у хворих першої групи переобладали головні болі приступообразного характеру, більш інтенсивні, мали більшу залежність від положення голови, посилювалися в постелі, зменшувалися при вставанні. При КТ у осіб молодого віку відзначено переобладання симетричної гідроцефалії, як ведучого рентгено-морфологічного субстрату посттравматичного ЛГС. У 15 (44,1 %) хворих цього віку переобладали кистозні і кистозно-слипчиві церебральні арахноїди. У хворих другої групи переобладала асиметрична гідроцефалія. Таким чином, відзначені морфоклінічні особливості віддалених наслідків ЗЧМТ у осіб молодого і середнього віку дозволяють більш диференційовано підійти до вибору патогенетичного лікування з урахуванням віку хворих. Во всіх випадках функціонально-коригуючу терапію поєднали з адаптогенною. Дезадаптація хворих у віддаленому періоді ЗЧМТ більш виражена в середньому віку. Відому роль грають розвиваючіся в цьому віку початкові прояви церебрального склерозу, клінічні прояви і течення яких можуть бути посилені ЗЧМТ.

Для активації компенсаторних церебральних механізмів хворим з ЛГС призначали адаптогенну терапію з урахуванням диференціального підходу до лікування з урахуванням віку хворих. Так, хворим молодого віку необхідно призначати адаптогени в стаціонарі і після виписки в період 1—2 тижнів. Хворим середнього віку необхідно поєднати прийом адаптогенів і вазоактивних препаратів, ноотропів в період 3—4 тижнів після виписки зі стаціонару. Лікувальний ефект функціонально-коригуючої і адаптогенної терапії значно вище порівняно з звичайними методами лікування.

УДК 616.831-005.1-071:001.8

*Гуйтур М. М.*

*Запорізький державний медичний університет  
(м. Запоріжжя)*

**Онлайн діагностика гострого порушення мозкового кровообігу за типом мозкового ішемічного інсульту в період «терапевтичного вікна» (до 3 годин від початку захворювання)**

На прикладі діагностики гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за типом мозкового ішемічного інсульту в період «терапевтичного вікна» (до 3 годин від початку захворювання) розкриваються можливості електронної системи підтримки прийняття рішень (ЕСППР) для перетворення знань та практичного досвіду в онлайн-консультації, якими можуть користуватися сімейні лікарі та лікарі в рамках національного проекту «Вчасна допомога».

Онлайн консультація — це онлайн тести, об'єднані конкретною темою, наприклад онлайн консультація

«Діагностика інсульту» (<http://www.konovalenko.zp.ua/tests/user/tests.php?cat=162>).

Онлайн тест — це база даних в понятті Закону України «Про авторське право і суміжні права» (ст. 1).

Дані — це тексти запитань, відповідей і результатів тестування, які створює в ЕСППР\* відповідний фахівець (практикуючий лікар, науковець та інші).

Результати тестування — це частина текстових даних, які відображаються візуально у вигляді таблиці і доступні індивідуально в результаті пошуку, проведеного лікарем за допомогою ЕСППР.

В ЕСППР можуть бути створені сотні-тисячі варіантів результатів тестування, що допомагає лікарю вийти на найбільш обґрунтований діагноз.

Зразок результатів тестування в ЕСППР наводиться.

**Тест з виявлення наявності у хворого (пацієнта) гострого порушення мозкового кровообігу**

Питання	Відповідь	Результати тестування	
		Виявлені ознаки, що свідчать про наявність захворювання	Дії лікаря
<i>Питання 1. З'явилася у хворого оніміння або слабкість в руці, нозі, утруднення в розумінні мови або можливості членороздільно говорити?</i>	Так	У пацієнта є ознаки гострого порушення мозкового кровообігу	Хворий має бути госпіталізований в спеціалізоване стаціонарне відділення лікувального закладу, де можуть бути проведені діагностичні та лікувальні заходи, що включають комп'ютерну томографію та/або ЯМР томографію та/або лікворологічне обстеження шляхом проведення люмбальної пункції
<i>Питання 2. З'явилася у хворого хиткість при ходьбі, утруднення координації рухів, двоїння перед очима предметів або запаморочення, порушення ковтання рідкої або твердої їжі?</i>	Так		
<i>Питання 3. Скільки часу пройшло з моменту виникнення захворювання?</i>	До 1,5 год		
<i>Питання 4. Скільки часу необхідно для доставки пацієнта в медустанова?</i>	До 1 год		

У зв'язку з тим, що онлайн тест є базою даних, то він охороняється авторським правом. Автор онлайн консультації може розпорядитися майновими правами на об'єкт авторського права на власний розсуд, надаючи безкоштовний або платний доступ до онлайн консультації.

УДК 616.831-005-06-073

*Дарий В. І.*

*Запорізький державний медичний університет (г. Запоріжжя)*

**Клінічні, доплерографічні і комп'ютерно-томографічні сопоставлення у хворих з ускладненими мозговими ішемічними інсультами**

Сосудисті захворювання головного мозку являються однією з актуальних проблем сучасної неврології. Це обумовлено високою частотою мозгових інсультів (МИ) в структурі цереброваскулярної патології, які нерідко приводять до летальних ішемічних інсультів або до інвалідизації хворих. Особу небезпечність представляють мозгові

\* Див. про ЕСППР в статті «Онлайн мобілізація наукових (науково-педагогічних) працівників на модернізацію економіки України» // Науково-практичне видання «Вища школа». 2015. № 2—3.

інсульты с различными осложнениями (выраженным отеком мозгового вещества, гидроцефальными проявлениями, дислокационным синдромом, прорывом крови в желудочковую систему, блокадой ликворопроводящих путей, вторичным стволовым синдромом, вторичной полушарной геморрагической трансформацией в зону ишемического инфаркта), нередко приводящие к смертельным исходам. Своевременная их диагностика и адекватная терапия позволяют повлиять на результаты лечения.

Целью настоящей работы явилось изучение клинических, доплерографических и компьютерно-томографических показателей и их сопоставление в остром периоде осложненного мозгового ишемического инсульта (ОМИИ).

Проводился анализ доплерографических показателей, свидетельствующий о гемодинамических отклонениях и структурных изменениях, выявляемых методом компьютерной томографии мозга у больных с различными клиническими формами МИ, с осложнениями в остром периоде.

Под наблюдением находились 76 больных (40 женщин и 36 мужчин) с мозговым полушарным ишемическим инсультом (17 больных с неосложненным (по шкале NIHSS — до 7 баллов) и 59 — с осложненным МИ (по шкале NIHSS — до 19 баллов)). В первые трое суток больным проводили доплерографическое исследование сосудов мозга и компьютерно-томографическое исследование, данные которого в дальнейшем сопоставляли с доплерографическими показателями.

У больных с ОМИИ, в структуре осложнений которых был выраженный дислокационный синдром (по данным КТ — смещение прозрачной перегородки на 4 мм и более), имелась довольно четкая закономерность, — у 14 (73,7 %) больных из 19 имелись асимметричные данные СДО по средним мозговым артериям в сторону преобладания на гомолатеральной стороне. При этом у пятерых больных имелась также гомолатерально преобладающая асимметрия СДО по позвоночным артериям. Причем, данная корреляция отчетливо проявлялась у больных ОМИИ, у которых по шкале NIHSS показатели были не более 19 баллов.

В условиях негенерализованного отека полушарий головного мозга, а преимущественно пораженного, вызывающего не только дислокационные нарушения вещества мозга, но и смещение и ущемление некоторых артерий, а также ирритативные сосудистые изменения при сдавлении нервных сплетений вокруг крупных артерий, в гомолатеральной очагу области, вызывают данную асимметрию доплерографических показателей.

Проведенные исследования и анализ полученных результатов говорит о том, что в остром периоде у больных с ОМИИ имеются клинические, компьютерно-томографические и доплерографические соотношения, выражающиеся в большей интенсивности гемодинамических изменений в пораженном полушарии при условии выраженного смещения на КТ (прозрачная перегородка смещена на 4 мм и более).

УДК 616.831-005.1-002.1-009.17

*Дельва І. І., Литвиненко Н. В., Дельва М. Ю.*  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
(м. Полтава)

### **Фактори, асоційовані з постінсультною втомою в гострому періоді інсультів**

Постінсультна втома (ПІВ) є розповсюдженим проявом, яке негативно впливає на процеси відновлення, показники смертності та якості життя. ПІВ є багатогранним проявом,

що складається з різних компонентів: фізичного, психічного, емоційного тощо. Для здійснення ранньої ефективної профілактики та патогенетичної корекції ПІВ необхідно визначити фактори, що можуть впливати на виникнення як загалом ПІВ, так і окремих її компонентів.

Мета: ідентифікувати персональні та коморбідні характеристики пацієнтів, асоційовані з ПІВ та з окремими її компонентами, протягом періоду стаціонарного лікування.

Обстежено 234 пацієнти — 112 (47,9 %) чоловіків та 122 (52,1 %) жінок в гострому періоді ішемічних (201 випадок, 85,9 %) та геморагічних (33 випадки, 14,1 %) інсультів. Вік пацієнтів — від 43 до 79 років (середній вік —  $63,3 \pm 8,4$  роки). Наявність загалом ПІВ та певних її компонентів визначали за допомогою багатовимірної шкали втоми MFI-20. Серед персональних факторів досліджували вік, стать, сімейний стан, рівень освіти, професійну зайнятість до інсульту, наявність втоми в доінсультному періоді, рівень паління та вживання алкоголю, індекс маси тіла та об'єм талії, тривожні та депресивні розлади (за госпітальною шкалою тривоги та депресії), апатичні порушення (за шкалою оцінки апатії), наявність легких когнітивних розладів (за Монреальською шкалою когнітивної оцінки), підвищеної денної сонливості (за шкалою сонливості Епворта). Серед супутніх захворювань фіксували артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, фібриляцію передсердь, цукровий діабет та больовий синдром. Для виявлення асоціацій між факторами, що досліджували, та ПІВ проводили мультиваріантний логістичний аналіз з визначенням відношення шансів (ВШ) та 95 % довірчого інтервалу (ДІ). Різницю вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

Виявлені статистично достовірні асоціації між ризиком розвитку загальної ПІВ та наявністю доінсультної втоми (ВШ 2,26; ДІ 1,06—4,83;  $p = 0,04$ ), тривожними розладами (ВШ 3,41; ДІ 1,28—9,05;  $p = 0,01$ ), підвищеною денною сонливістю (ВШ 2,07; ДІ 1,13—3,78;  $p = 0,02$ ), між ризиком фізичної ПІВ та больовим синдромом (ВШ 2,65; ДІ 1,45—4,82;  $p = 0,002$ ), між ризиком психічної ПІВ та тривожними розладами (ВШ 3,21; ДІ 1,27—8,09;  $p = 0,01$ ), між ризиком мотиваційної ПІВ та тривожними розладами (ВШ 4,03; ДІ 1,35—12,03;  $p < 0,001$ ). Втома в гострому періоді інсультів не обов'язково зумовлена безпосередньо інсультом, а може бути продовженням доінсультної втоми, тому що поширеність цього прояву загалом в популяції є досить високою. Тривожні розлади через підвищену подразливість, гіперчутливість до стресових факторів, проблеми з розумовою та психічною концентрацією можуть безпосередньо спричиняти та посилювати різні компоненти ПІВ. Підвищена сонливість є поширеним постінсультним проявом, внаслідок якої пацієнти стають менш активними та скаржаться на підвищену втомлюваність; в свою чергу, ПІВ може первинно приводити до збільшення потреби пацієнта у сні. Пацієнти з больовим синдромом (особливо м'язово-скелетного походження) можуть свідомо уникати фізичної активності в зв'язку з посиленням болю, а нестача фізичної активності, в свою чергу, може посилювати ПІВ.

В гострому періоді інсультів підвищений ризик загальної ПІВ достовірно асоціюється з наявністю втоми в доінсультному періоді, з тривожними розладами та з підвищеною денною сонливістю, підвищений ризик психічної та мотиваційної ПІВ — з тривожними розладами, а підвищений ризик фізичної ПІВ — з наявністю больового синдрому.

Профілактика виникнення та своєчасна корекція факторів, що піддаються модифікації (тривожних розладів, підвищеної денної сонливості, больового синдрому) в гострому періоді інсультів, ймовірно, може бути ефективною в менеджменті ПІВ.