

зультати у пацієнтів молодого віку були нижчими на 15,0 %, у пацієнтів похилого віку — на 40,0 %. Дослідження за методикою Шульте: у пацієнтів молодого віку були в межах норми, а у хворих похилого віку — на 16,6 % нижче норми.

На підставі літературних даних щодо патогенетичного впливу загальної анестезії на стан когнітивної сфери доцільним є додаткове призначення до лікувального комплексу цитиколіну та цитофлавіну. Враховуючи результати отриманого дослідження та літературні дані, нами розроблена метода та отримано Патент на корисну модель № 89336 «Спосіб корекції післяопераційних когнітивних дисфункцій» (2014).

У процесі проведеного дослідження нами отримано такі результати. На 1-шу добу після операції за шкалою MMSE у пацієнтів молодого віку показники знизились на 6,5 % порівняно з передопераційним періодом та відновились на 7-му добу. У хворих похилого віку на 1-шу та 7-му добу показники стали нижчими ще на 16,7 % та майже відновились на 30-ту добу. Показники тесту малювання годинника у пацієнтів молодого віку нормалізувалися на 7-му добу, а у хворих похилого віку вони знизилися ще на 20,0 % на 1-шу добу та на 10,0 % на 7-му добу, з подальшою нормалізацією на 30-ту добу. За шкалою FAB у хворих молодого віку показники відновились до доопераційного рівня на 7-му добу та стали у межах норми на 30-ту добу, у хворих похилого віку майже відновились до доопераційного рівня на 30-ту добу, але були нижче ніж стандартна норма на 22,2 %. За методою А. Р. Лурія пацієнтам на всіх етапах дослідження потрібно було від 6 до 9 повторень, спостерігалось від 2 до 5 помилок залежно від віку. У пацієнтів спостерігалось збільшення кількості помилок та зміна середнього значення ступеня спроможності до праці за результатами таблиць Шульте. У пацієнтів молодого віку показники відновлювались після 7-ї доби, у хворих похилого віку — через 30 днів відрізнялись від доопераційних значень на 11,2 %.

Отримані нами результати дослідження дозволили визначити спосіб корекції. Він включає призначення нейропротекторних препаратів за схемою. Пацієнтам похилого віку за 30 хвилин до закінчення операції, повторно через 12 годин після операції та щоденно протягом 5 днів внутрішньовенно крапельно вводять цитофлавін. Пацієнтам молодого та середнього віку за тією ж схемою вводять цитиколін.

УДК 616.831-005.1-036.8-06: 616.89-008

Дуве Х. В., Шкробот С. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

Оцінка когнітивних функцій у пацієнтів у відновному та резидуальному періодах аневризмального субарахноїдального крововиливу

Дані літератури щодо наслідків аневризмального субарахноїдального крововиливу (аСАК) є фрагментарними і потребують подальших досліджень.

Метою роботи була оцінка когнітивних функцій у хворих в відновному та резидуальному періодах САК за допомогою МоСА-тесту.

Нами було обстежено 40 пацієнтів (30 чоловіків, 10 жінок). Середній вік становив $45,0 \pm 8,74$ роки. Контрольну групу склали 15 здорових людей, репрезентативних за віком та статтю. Відповідно до віку хворі були поділені на групи: молодий вік (15—29 років) — 2 пацієнти (5 %), середній (30—44 роки) — 16 пацієнтів (40 %), зрілий (45—59 років) — 22 пацієнти (55 %). Враховували форму крововиливу: субарахноїдальний крововилив перенесли 15 пацієнтів (37,5 %), субарахноїдально-паренхіматозний — 16 (40 %),

субарахноїдально-вентрикулярний — 5 (12,5 %), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний — 4 (10 %). Ступінь тяжкості крововиливу в гострому періоді оцінювали за шкалою Hunt-Hess: I — мали 7 пацієнтів (17,5 %), II — 17 (42,5 %), III — 12 (30 %), IV — 0, V — 4 (10 %). За рівнем освіти пацієнтів було поділено на такі групи: вища освіта — 16 (40 %), незакінчена вища — 6 (15 %), середня спеціальна — 11 (27,5 %), середня — 7 (17,5 %).

Для оцінення когнітивного функціонування використували Монреальський когнітивний тест (MoCA), який дозволяє оцінити різні когнітивні аспекти. Результат 26 балів і вище розглядають як норму.

Скарги на зниження пам'яті та уваги висловлювали 55 % хворих. Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів з перенесеним САК становив $22,25 \pm 0,65$ бали. Когнітивні порушення різного ступеня вираженості були виявлені у 32 пацієнтів (80 %). Легкий когнітивний дефіцит виявлено у 27 пацієнтів (67,5 %), помірний — у 4 пацієнтів (10 %) та виражений — у 1 хворого (2,5 %).

Під час докладного аналізу результатів шкали MoCA за рубриками з-поміж усіх сфер виявили, що достовірно найбільше постраждали функції уваги ($5,1 \pm 0,20$ проти $5,93 \pm 0,06$ в нормі), мови ($1,65 \pm 0,12$ проти $2,80 \pm 0,10$), пам'яті ($2,17 \pm 0,23$ проти $4,66 \pm 0,15$) та зорово-конструктивних навичок ($2,97 \pm 0,15$ проти $4,86 \pm 0,09$), причому найбільший вплив на загальний результат шкали MoCA мали рубрики зорово-конструктивних навичок та пам'ять ($r = 0,724$, $p = 0,001$ та $r = 0,671$, $p = 0,001$ відповідно).

Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів, що перенесли субарахноїдальний крововилив, був ($24,53 \pm 0,54$), субарахноїдально-паренхіматозний — ($22,43 \pm 0,76$), субарахноїдально-вентрикулярний — ($22,2 \pm 1,15$), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний крововилив — ($13,0 \pm 1,35$). У останній групі постраждало найбільше доменів, причому достовірно нижчими порівняно з пацієнтами інших груп були показники рубрик «увага» та «абстракція».

Результат шкали MoCA у групах пацієнтів з різним ступенем тяжкості крововиливу в дебюті був таким: у хворих з I ступенем тяжкості — $24,85 \pm 0,63$ бали, II — $23,58 \pm 0,49$ бали, III — $21,16 \pm 1,27$ бали, V — $15,25 \pm 2,68$ бали. Отже, із підвищенням ступеня тяжкості крововиливу спостерігалась тенденція до посилення когнітивного дефіциту.

Встановлено залежність показника когнітивного функціонування за шкалою MoCA від ступеня тяжкості крововиливу в дебюті захворювання ($r = -0,643$, $p = 0,001$), а також від форми перенесеного крововиливу ($r = -0,698$, $p = 0,001$). Достовірного зв'язку між показниками MoCA-тесту та віком пацієнтів, статтю, а також освітою встановлено не було.

УДК 618.3-07:616.83

Егоров О. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2 (м. Харків)

Електроенцефалографічне дослідження вагітних після органозберігаючого лікування передрака і початкових стадій рака ендометрія

Сьогодні відзначають тенденцію зростання захворюваності раком ендометрія, що можна пояснити збільшенням середньої тривалості життя і дедалі більшою частотою таких «захворювань цивілізації» як ановуляція, хронічна гіперестрогенія, безпліддя, лейоміома матки й ендометріоз. Поєднання їх з порушеннями ендокринної функції й обміну речовин (ожиріння, цукровий діабет) призводить

до розвитку синдрому порушень в репродуктивній, обмінній та адаптаційних системах організму.

Метою дослідження було вивчення особливостей характеру електричної активності мозку у жінок, які завагітніли після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку ендометрія.

Методом електроенцефалографії було обстежено 40 жінок, які завагітніли після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку ендометрія (основна група), та 30 вагітних з необтяженим акушерським і соматичним анамнезом (контрольна група) в першому і другому триместрах вагітності.

У жінок контрольної групи в першому триместрі вагітності посилення активності ерготропних серединно-стовбурових активуючих структур мозку виявлялося збільшенням моди частоти альфа-ритму на 2 цикли, зниженням його амплітуди та індексу до 40%, збільшенням бета-активності низької амплітуди при збереженні просторового розподілу активності і нормального рисунку електроенцефалограми. В другому триместрі вагітності у жінок контрольної групи спостерігалось посилення активності трофотропних синхронізуючих утворень стовбура мозку, що знайшло відображення в збільшенні амплітуди альфа-ритму в 2 рази (до 100 мкВ), зменшенні його частоти (з 12—13 до 8—10 Гц), стертості просторового розподілу, збільшенні індексу альфа-ритму до 70%.

У пацієнок основної групи в першому та другому триместрах вагітності на електроенцефалограмах спостерігались виражені ознаки активації трофотропних синхронізуючих утворень стовбура мозку. В усіх ділянках реєструвався високоамплітудний (до 120 мкВ) гіперсинхронний альфа-ритм з загостреними вершинами частотою 8,5—10,5 Гц. Його індекс перевищував 80%. Просторовий розподіл — не виражений. Генералізовано і білатерально реєструвалися спалахи тета-ритму або складної структури. В другому триместрі вагітності процеси внутрішньої синхронізації активності так посилювались, що електроенцефалограма набувала пароксизмального характеру. Зміна активності регулюючих структур центральної нервової системи корелювала з адаптивними реакціями при певному виді діяльності.

Порівняльний аналіз особливостей адаптивних реакцій на функціональні навантаження та електричної активності мозку в обстежених вагітних виявив у жінок основної групи після проведеного органозберігаючого лікування передраку і початкового раку ендометрія зміну активності структур лімбіко-ретиккулярного комплексу, що виявилось в порушенні процесів синхронізації електричної активності.

інсульту. Експерти вважають, що якщо ситуація не зміниться на краще, то кожний п'ятий мешканець України помре від інсульту, а кожен десятий — стане інвалідом внаслідок інсульту.

Проте, лише невелика частина хворих може потрапити до спеціалізованих відділень для надання термінової допомоги в межах «терапевтичних можливостей». Сьогодні постійно стоїть питання створення та функціонування реєстру інсульту, нейросудинних центрів у великих містах, обласних центрах для надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги хворим з гострим мозковим інсультом із залученням мультидисциплінарних бригад, спеціально підготовленим медичним персоналом для роботи з інсультними хворими (серед них — медичні сестри та молодший медперсонал). В таких центрах треба цілодобово використовувати нейровізуалізаційні методи дослідження, повинен працювати блок інтенсивної терапії, протишокова палата, інфарктне відділення, нейрохірургічна операційна.

Хоч мультидисциплінарний підхід є основою надання допомоги в інсультних центрах (відділеннях), ключову роль в них повинні відігравати неврологи, що відповідає рекомендаціям міжнародних асоціацій.

Своєчасна та адекватна допомога на догоспітальному етапі силами екстреної медичної допомоги є обов'язковою умовою ефективного лікування гострого інсульту в стаціонарі. Тому треба розробляти заходи, спрямовані на удосконалення роботи екстреної медичної допомоги (ЕМД), включаючи навчання лікарів, фельдшерів і забезпечення їх необхідною апаратурою та медикаментами.

Персонал ЕМД повинен стати складовою частиною програми допомоги хворим з гострим інсультом, оскільки це пов'язано з великим потенціалом скорочення часу догоспітального етапу і поліпшення результатів лікування інсультів згідно з правилом «час — це мозок». Інсультні бригади мають бути інтегровані до складу відділень невідкладної допомоги та центрів вторинної допомоги після інсульту (Comprehensive stroke center).

Спеціалізовані неврологічні бригади, як і кардіологічні (бригади інтенсивної терапії), відіграли значну роль у наданні допомоги хворим з інсультом на догоспітальному етапі, що підтверджує їх право на існування в сучасній структурі охорони здоров'я. Міцні контакти ЕМД та інсультної служби стаціонарів також дозволили скоротити час допомоги на догоспітальному етапі.

Описані служби треба об'єднати в систему, яка забезпечує своєчасну госпіталізацію хворих — кандидатів на проведення тромболізу в регіональні інсультні центри.

На сьогодиньшому етапі активно розглядається питання використання індикаторів якості, на виконання проекту ESO-EAST, а це значить:

- полегшення доступу пацієнта з інсультом до профільного відділення;
- вдосконалення використання принципів доказової медицини в лікуванні інсульту;
- підвищення освіченості щодо питань інсульту;
- запровадження механізмів, що поліпшують надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом: реєстр, індикатори якості, моніторинг, сучасні протоколи;
- запровадження міжнародних та національних стратегій з профілактики інсульту.

Отже, завданнями, які стоять перед спеціалістами по боротьбі з інсультом на будь-якому рівні організації, є використання декількох підходів:

1. Збільшити кількість людей, які задіяні у боротьбі з інсультом;

УДК 616-035.1:[616.831-005]

Зозуля І. С., Зозуля А. І., Волосовець А. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

Деякі напрямки поліпшення надання медичної допомоги при мозковому інсульті

Мета роботи: проаналізувати сучасний стан надання медичної допомоги при мозковому інсульті та перспективи її поліпшення, впроваджуючи міжнародний досвід.

Методи дослідження: системний аналіз, бібліосемантичний, статистичний, соціологічний методи та метод експертних оцінок.

Об'єкт дослідження: система надання медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами, факторами ризику їх виникнення.

Україна належить до країн з високими показниками захворюваності, смертності та інвалідизації від мозкового