

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 пацієнток 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 реєструвались 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 сьогоднішньому 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

2. Задовольнити гостру потребу в підготовці лікарів, медсестер і інтервенційних радіологів для участі в мультидисциплінарних бригадах по боротьбі з інсультом, створити для цього «просвітницькі кампанії» серед населення і медичних працівників;

3. Збільшити зусилля, спрямовані на впровадження в практику кращих досягнень в лікуванні та профілактиці інсульту;

4. Створити реєстр інсультів та інсультні центри.

УДК 616.833.36-001.35-089.168

*Курпа І. Ю., Сірко А. Г.*

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова», ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (м. Дніпро)*

### **Досвід хірургічного лікування хворих з тунельними нейропатіями верхніх кінцівок**

Мета: провести аналіз результатів хірургічного лікування хворих з тунельними нейропатіями верхніх кінцівок (ТНВК).

Проведено аналіз результатів лікування 236 пацієнтів з ТНВК, які були оперовані з 2009 по 2016 рік включно. Загалом виконано 239 хірургічних втручань (236 первинних, 3 реоперації з приводу рецидиву).

Оперовано 169 жінок та 67 чоловіків. Вік хворих — від 25 до 82 років. Карпальний тунельний синдром було діагностовано у 152 хворих, кубітальний тунельний синдром — у 84 хворих. До операції всім хворим проведено електронейроміографічне дослідження для визначення ступеня ураження серединного та ліктьового нерва. Всім хворим з метою виключення вертеброгенної патології та дискогенних радикулопатій проводили МРТ шийного відділу хребта.

За давністю захворювання хворі розподілились так: до 3 місяців з часу появи первинних симптомів — 89 (37,7 %) хворих, від 3 до 6 місяців — 82 (34,7 %), від 6 до 12 місяців — 63 (26,7 %), понад 12 місяців — 2 (0,8 %) хворих.

Операція полягала у невролізі та декомпресії відповідного нерва.

Усім хворим під час хірургічного втручання проводили міжфасцикулярну гідробіопрепаровку з кортикостероїдом. Це виконують для внутрішнього невролізу фасцикул та зменшення явищ набряку у післяопераційному періоді. Оцінювання результатів лікування проводили в ранньому (перші 10 днів) та віддаленому періодах після операції. При синдромі карпального каналу оцінювали вираженість больового синдрому та функцію серединного нерва. При синдромі кубітального каналу оцінювали чутливість в зоні іннервації та функцію ліктьового нерва.

Зникнення больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді відзначено у 101 (66,4 %) хворого з карпальним тунельним синдромом, зменшення інтенсивності больового синдрому — у 45 (29,6 %), поліпшення чутливості в зоні іннервації серединного нерва на кісті — у 61 (40,1 %) хворого. Не було виявлено змін після хірургічного втручання у 6 (3,9 %) пацієнтів.

Під час аналізу віддалених результатів хірургічного лікування хворих з карпальним тунельним синдромом отримані такі результати: повне відновлення функції серединного нерва — у 30 (19,7 %) хворих, добре відновлення — у 71 (46,7 %) хворих, задовільне — у 45 (29,6 %), відсутність ефекту від операції відзначено у 3 хворих (1,9 %). Повторно з приводу рецидиву синдрому карпального каналу оперовані 2 (1,3 %) хворих.

У хворих з кубітальним тунельним синдромом в ранньому післяопераційному періоді відзначали поліпшення в зоні

іннервації ліктьового нерва на кісті у 43 (51,2 %) хворих, поліпшення рухів у 4, 5 пальцях кісті — у 35 (41,6 %) хворих. У 6 (7,1 %) пацієнтів стан залишився без змін.

Під час аналізу віддалених результатів встановлено, що повне відновлення функції ліктьового нерва відбулося у 20 (23,8 %) хворих, добре відновлення — у 45 (53,6 %), задовільне — у 18 (21,4 %) хворих. Ефект від операції був відсутній у 1 (1,2 %) хворого з кубітальним тунельним синдромом, якому довелося виконати реоперацію.

Хірургічне лікування ТНВК — високоєфективний і безпечний метод лікування.

Найкращі результати хірургічного лікування в найближчому та віддаленому періодах отримано у групі пацієнтів, яких оперували в строк від 1 до 3 місяців від початку захворювання, до появи симптомів випадіння функції нерва.

УДК 616.831-005.1-036.22

*Коленко О. І.*

### **Оценка динамики стационарной летальности среди пациентов с мозговым инсультом**

Одним из направлений наших постоянных научных исследований является мониторинг основных показателей, дающих представление о качестве оказания медицинской помощи жителям города с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Несмотря на прогресс современной медицинской науки, инсульты остаются основной причиной инвалидизации и смертности населения Украины.

Целью текущего исследования было сравнение показателей стационарной летальности, причин неблагоприятного исхода лечения в условиях неврологического отделения, оказывающего медицинскую помощь пациентам с ОНМК.

Для решения поставленной задачи были проанализированы данные о пациентах, умерших в наблюдаемом сосудистом отделении от мозговых инсультов с февраля 2015 г. по февраль 2016 г. Была дана оценка медицинской документации, а также использованы результаты собственных наблюдений. Для сравнения использовали данные проведенных ранее исследований.

Следует отметить, что в последние пять лет в городе функционируют два неврологических отделения, оказывающие неотложную помощь больным с сосудистой патологией ЦНС, что, несомненно, сделало более доступным квалифицированное лечение и улучшило показатели госпитализации в целом. В профильных лечебно-профилактических заведениях доступны и работают 2 компьютерных и 2 магнитно-резонансных томографа. Благодаря этому факту, большинству людей с инсультом, смогли своевременно поставить клинический диагноз.

Показатели летальности в неврологическом отделении остаются на протяжении последних лет относительно стабильными. Почти 31 % всех пациентов сосудистого отделения госпитализированы в тяжелом состоянии. За годы наблюдений практически не изменился процент поздних госпитализаций. Причины этого явления остаются прежними — недостаточная информированность и слабый интерес к проблемам здоровья у населения в целом. Около трети отсроченных госпитализаций происходит по вине медицинских работников первичного звена оказания помощи.

Факторами, определяющими исход мозговых инсультов, остаются осложнения острейшего и острого периода заболевания. Сохраняется высокая летальность от ишемических нарушений кровообращения. Соотношение инфарктов и внутримозговых кровоизлияний составляет 1:1,5.