

Катамнез відстежено у строки від 5 до 72 місяців. Рецидив больового синдрому, що не піддався консервативній терапії, відзначено у 2 хворих, яким проводили БКТН, та у 1 хворого, якому було виконано МВД трійчастого нерва. Хворі оперовані повторно: 1 хворому виконали МВД трійчастого нерва, двом — БКТН. У всіх трьох випадках відзначили повний регрес больового синдрому після реоперації.

Мікрovasкулярна декомпресія та балонна компресія трійчастого нерва є високоефективними методами лікування невралгії трійчастого нерва.

Вибір методу хірургічно лікування базується насамперед на виявленні нейроваскулярного конфлікту за даними МРТ головного мозку в режимі візуалізації черепних нервів до операції.

Низький відсоток післяопераційних ускладнень робить хірургічне лікування методом вибору під час лікування фармакорезистентної невралгії трійчастого нерва.

УДК 616.831-005.1-085: 612.13

Смотрицька Т. В.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Загальна характеристика показників варіабельності артеріального тиску в гострому періоді мозкового інсульту

Варіабельність артеріального тиску (ВАТ) розглядають сьогодні як самостійний прогностичний показник при багатьох патологіях та синдромах (гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарду, критичні стани тощо) і, зокрема, при судинно-мозкових катастрофах (Stead L. G. et al., 2006). Вивчення закономірностей цього показника в умовах гострого періоду інсульту може призвести до випереджувальних терапевтичних рішень та профілакувати ускладнення, спричинені зривом механізмів авторегуляції кровообігу.

Мета дослідження: характеристика розподілу показників варіабельності артеріального тиску в гострому періоді інсульту, залежно від головних демографічних та клінічних факторів.

Проспективне спостереження проводили у безвідбірковій когорті хворих в гострому періоді інсульту ($n = 478$; чоловіки — 270, жінки — 208), в умовах обласного спеціалізованого інсультного центру (*stroke unit*). Коефіцієнт варіабельності (CV) артеріального тиску (систоличного та діастолічного) обчислювали на основі ряду послідовних вимірів (12—36). Аналіз показників та перевірку характеру розподілу проводили за допомогою пакету Statistica 7.0.

В загальній когорті пацієнтів розподіл варіативного ряду CV систолічного та діастолічного артеріального тиску добре відповідає критеріям нормальності. Крім того, так саме нормальний розподіл мають показники CV в різні часові проміжки інсульту: перші 72 години, період від 72 годин до виписки та CV за весь період перебування в стаціонарі. Тому справедливим є використання статистик для нормального типу розподілу даних.

Аналіз усереднених даних за різними часовими проміжками демонструє певні відмінності, які можуть свідчити про різний стан механізмів авторегуляції. Середній CV систолічного тиску в період перших 72 годин перебування в стаціонарі становив $10,61 \pm 3,41$, а CV діастолічного тиску був недостовірно вищий — $10,95 \pm 2,94$. Цей показник в період від 72 годин до виписки склав $9,48 \pm 3,21$ та $10,59 \pm 2,54$, відповідно. Різниця в CV систолічного тиску в ці два періоди виявилась високодостовірною ($p < 0,001$). CV систолічного та діастолічного артеріального тиску в період стабілізації клінічної

картини статистично достовірно відрізняються ($p < 0,001$), хоча ні в надгострому періоді (72 години), ні в загальній оцінці за весь період (CV систолічного тиску $11,41 \pm 3,08$ та діастолічного — $11,73 \pm 2,35$) різниця не встановлена.

Кореляційний аналіз зв'язків параметрів CV артеріального тиску з демографічними показниками (стать, вік) демонструють дуже слабкий рівень впливу старшого віку та жіночої статі на рівень CV ($r = 0,11$ — $0,14$). Такий саме слабкий зв'язок спостерігається і з типом інсульту — на користь геморагічного процесу ($r = 0,13$). Але цікавим є характер кореляцій між самими показниками CV: якщо CV систолічного тиску та CV діастолічного тиску в перші 72 години госпіталізації, природно, мають доволі сильний зв'язок ($r = 0,64$), то відношення CV систолічного тиску в перші 72 години до CV систолічного тиску в період стабілізації (в тій самій когорті хворих) зменшується до $r = 0,18$. Це може свідчити на користь припущення про різний компонентний склад механізму авторегуляції артеріального тиску в різні періоди перебігу інсульту. Вплив цих компонентів (важкість інсульту, ступінь набряку мозку, наявні морфологічні зміни речовини мозку, локалізація тощо) та прогностичне значення варіабельності тиску будуть предметом подальшого аналізу.

УДК 616.832-004.2-07

Соколова Л. І.

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)*

Сучасні критерії діагностики розсіяного склерозу в практичній неврології

Незважаючи на добре відомі ознаки клінічної картини й особливості перебігу розсіяного склерозу (РС), діагностика цього захворювання нерідко буває складною. Особливо це стосується питання ранньої діагностики або першого епізоду захворювання, коли немає достовірних клініко-анамнестичних даних про хронічний перебіг хвороби. Водночас, саме рання діагностика дозволяє найефективніше допомогти хворому шляхом призначення препаратів, що змінюють перебіг РС. Тому важливим компонентом діагностики стали методи нейровізуалізації, які дозволяють верифікувати вогнища демієлінізації та їх характер.

Сучасний діагностичний алгоритм ремітуючого РС вимагає об'єктивного підтвердження дисемінації вогнищ у часі та в просторі, узгодження нейровізуалізаційної картини з клінічними та іншими параклінічними даними. Цей алгоритм чітко визначений критеріями McDonald останнього перегляду (2010), які є оптимальними для діагностики ремітуючого РС в сучасних умовах.

За цими критеріями у хворих з одним/першим загостренням потрібно довести наявність дисемінації процесу в часі. Для цього необхідно або очікувати розвиток в подальшому наступного клінічного загострення, що було необхідним у докомп'ютерну еру, або підтверджувати таку дисемінацію за допомогою МРТ-ознак у вигляді нових T2 та/або вогнищ, які накопичують контрастну речовину, на наступній МРТ, незалежно від терміну її проведення, або виявлення одночасної присутності на МРТ безсимптомних вогнищ, що накопичують і не накопичують контраст в будь-який час обстеження.

З метою визначення ефективності останнього діагностичного критерію для клінічної практики ми проаналізували перші звернення 105 пацієнтів до Київського міського центру РС і кафедри неврології НМУ за останній рік. Припущення про демієлінізуюче захворювання у більшості хворих було висунуто лікарями загальної практики