

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

і лікарями-невропатологами поліклінічної ланки. Ними ж було призначено проведення МРТ головного мозку, й усі хворі звернулися за консультацію з наявними результатами нейровізуалізаційного обстеження.

У 28 % пацієнтів за даними неврологічного обстеження було виявлено одне вогнище ураження ЦНС: зорового нерва (15 %), задніх або бічних канатиків (10 %), мозочка (3 %). У решти хворих (72 %) за наявності скарг на порушення однієї функції виявлялись об'єктивні ознаки багатовогнищевого ураження пірамідних шляхів глибокої чутливості, мозочкова або сенситивна атаксія. Переважна більшість хворих (91 %) мали численні вогнища на МРТ головного мозку різної локалізації, гіперінтенсивні у T2 33 і у 53 % гіпоінтенсивні у T1 33. Дослідження з контрастуванням було проведено при першому МРТ всього 21 % пацієнтів, у 18 з яких знайдено накопичення контрасту і у 10 — у безсимптомних вогнищах. Лише у цих хворих була можливість підтвердити діагноз РС на самому ранньому етапі хвороби завдяки одночасному виявленню на МРТ гіпоінтенсивних (так званих «чорних дірок») і вогнищ, що накопичували контрастну речовину.

Отже, діагностичне значення важливого критерію, який дозволяє за першого ж звернення пацієнта визначити діагноз РС, в клінічній практиці не можна назвати високим. За нашим досвідом, воно складає від 9,5 до 17 %. Пояснюється це недостатнім проведенням МРТ-досліджень з контрастуванням в перший місяць захворювання, яке, здебільшого, не призначають лікарі поліклінічних установ. Проведення такого дослідження після звернення до спеціалізованого центру не завжди відповідає активній стадії хвороби з можливим накопиченням контрастної речовини на МРТ.

УДК 378.147-051:616.8

Соколова Л. І., Ілляш Т. І.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)
**Вдосконалення підготовки
лікарів-інтернів неврологів**

Результатом підготовки лікарів-невропатологів у інтернатурі має бути отримання первинної професійної підготовки, що включає знання та вміння з базових клінічних і теоретичних наук у обсязі, що необхідний для виконання професійної кваліфікованої допомоги. Сьогодні суттєво змінюються вимоги до професійної підготовки фахівців. По-перше, це пов'язано зі стрімким зростанням кількості інформації з неврології, по-друге, з переходом до стандартів надання медичної допомоги відповідно до принципів доказової медицини. Нажаль, не завжди рівень підготовки лікарів відповідає бажаному. З одного боку, це пов'язано з низькою мотивацією інтернів. Частина з них не має конкретного місця майбутньої роботи і не до кінця усвідомлює практичні завдання, які будуть ставитися перед ними. Інші не задоволені отриманим місцем, низькою майбутньою оплатою праці і тому мають на меті лише отримати сертифікат спеціаліста, але працювати в іншому напрямку.

Ще кілька років тому недостатньо уваги приділялося післядипломній підготовці внаслідок низької мотивації професорсько-викладацького складу, але зі створенням у Національному медичному університеті Інституту післядипломної освіти ситуація значно поліпшилася. Наводимо досвід підготовки лікарів-інтернів на кафедрі неврології НМУ.

Інтерни проходять навчання за двома формами: очна та заочна. Очна форма є базою для удосконалення теоретичних і практичних знань з неврології. Заочна — дозволяє закріпити набуті знання і розвинути свої здібності до само-

стійної роботи. Не зменшуючи значення заочної форми навчання, на наш погляд, надзвичайно важливою для формування майбутнього фахівця має очна форма. У період очного навчання інтерни вивчають основні розділи неврології згідно з програмою і складеним планом навчання. Він передбачає поглиблене вивчення загальної пропедевтичної неврології, методів обстеження неврологічних хворих, окремих захворювань нервової системи, а також проходження циклів на деяких суміжних кафедрах. Чимало уваги на кафедрі приділяється питанням топічної діагностики. Саме під час навчання в інтернатурі закладаються основи методології визначення топічного діагнозу, без чого неможлива безпомилкова клінічна діагностика в майбутній роботі лікаря-невролога. Після вивчення окремих тем інтерни складають заліки, а наприкінці навчання — іспит, який поєднує комп'ютерне тестування, контроль практичних навичок і усну співбесіду.

Очна форма навчання містить різні варіанти вивчення матеріалу. Це і лекції з головних проблем неврології, семінарські і практичні заняття, участь у обходах професорів і доцентів, докладне обговорення клінічних випадків. На практичних і семінарських заняттях регулярно проводиться контроль рівня знань лікарів-інтернів. Надзвичайно важливим для розвитку клінічного мислення і створення алгоритму ведення пацієнтів мають клінічні огляди хворих з професором або доцентом з подальшим докладним обговоренням. Кожному лікарю-інтерну надається можливість висловити й обґрунтувати свою думку щодо діагнозу, обстеження і лікування конкретного пацієнта. Значна частка такого заняття відводиться для обговорення диференціального діагнозу. На кафедрі неврології НМУ заняття з інтернами проводять висококваліфіковані професори і доценти, які мають достатній практичний і педагогічний досвід, можуть зацікавити інтернів і передати їм свої знання. Систематично на засіданнях кафедри обговорюються проблемні питання, які виникають у підготовці лікарів-інтернів на кафедрі, ведеться пошук оптимальних форм донесення матеріалу і самостійної роботи інтернів.

Важливою складовою підвищення ефективності підготовки інтернів-неврологів сьогодні, на наш погляд, є збільшення мотивації до навчання і майбутньої роботи. Одним з шляхів досягнення цього, можливо, стане введення резидентури з неврології, як це передбачено новим Законом «Про вищу освіту».

УДК 614.2:616.89-008.441.13

*Стоянов О. М., Колесник О. О.,
Антоненко С. О.**, *Борисенко О. А.*
Одеський національний медичний університет;
*Одеська міська лікарня № 5 (м. Одеса)
**Можливості терапії дрижальних гіперкінезів
при вегетативних і судинних дисфункціях**

У ангіоневрології при початкових проявах хронічної ішемії мозку (ХІМ) тремор може бути основним або єдиним симптомом порушень рухової сфери, а також — частою ознакою порушення вегетативної регуляції, вираженої лабільності ВНС.

Обстежено 67 пацієнтів з церебральними ангіодистоніями і наявністю дрижальних гіперкінезів на тлі ХІМ і в осіб з синдромом вегетативної дистонії. Вираховували інтегральний тремографічний індекс (ТІ) за допомогою сконструйованого тремометра (Патент України № 22207). Вивчали динаміку змін ТІ в досліджуваних групах хворих під впливом розробленого лікувального комплексу (Патент України № 70543), який включає в себе використання