

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

НЕВРОЛОГІЯ

УДК 616.831-005.1-036.11-08-035-037

ОСОБЛИВІСТЬ РОЗВИТКУ, ПЕРЕБІГУ ТА ВИХОДУ У ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ГЕМОРАГІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

*А. І. Зозуля, І. С. Зозуля, А. О. Волосовець,
І. В. Кім, А. О. Камінський*

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

Резюме. В усьому світі спостерігається ріст гострих і хронічних порушень мозкового кровообігу, які супроводжуються смертю, значною інвалідністю, зниженням працездатності. Щорічно біля 17 млн. осіб вперше переносять мозковий інсульт, а 6 млн. помирають внаслідок нього. Лише 10-20 % осіб можуть повернутися до своєї попередньої роботи і тільки 8 % зберігають свою професійну спроможність. Біля 25 % осіб, що перенесли інсульт потребують сторонньої допомоги. Вирішальними факторами, які в подальшому визначають життя пацієнтів після інсульту, є рухові, чутливі, когнітивні і психічні розлади, які ламають життя не тільки пацієнта, але й його членів сім'ї.

Тому розробка комплексного підходу до терапії інсультів є актуальною і своєчасною проблемою.

Метою дослідження було проведення аналізу початку, розвитку та виходу у пацієнтів з гострим геморагічним інсультом, показ ефективності лікування та виокремлення недоліків у проведенні лікувально-діагностичного процесу.

Матеріали та методи. Обстежено та проліковано 216 хворих з гострим геморагічним інсультом в умовах Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Використані сучасні шкали для визначення свідомості і тяжкості стану хво-

рих, методи нейровізуалізації, лабораторні методи, статистичні методи.

Всі хворі були поділені на 2 групи: перша група — хворі, які отримували лише консервативне лікування, друга — оперативне, а також у котрих інсульт був фатальним і нефатальним.

Результати та їх обговорення. За терміном госпіталізації пацієнти першої групи розподілені наступним чином: 1-3 години від початку захворювання було 64 хворих (48,85 %), 3-6 годин — 22 хворих (16,79 %), 6-24 години — 14 (10,69 %), більше 24 годин — 31 хворий (23,66 %).

За рівнем свідомості при поступленні пацієнти були розподілені: в ясній свідомості було 42 (32,06 %) пацієнтів, пацієнти в приглушенні — 34 (25,95 %), в сопорі — 16 (12,21 %), в помірній комі — 11 (8,39 %), в глибокій комі — 24 (18,32 %), в термінальній комі — 4 (3,05 %) пацієнти. Із 131 хворого першої групи вижило 87 (66,41 %) пацієнтів і померло 44 (33,59 %).

В другій групі (хірургічне лікування) було 85 хворих. В період 1-3 години від початку захворювання поступило 40 (47,06 %) хворих, 3-6 годин — 14 (16,74 %), 6-24-14 (16,47 %), пізніше 24 години — 17 (20,0 %) хворих. У 30 хворих (35,29 %) була втрата свідомості, у 41 (48,24 %) — спостерігалось порушення свідомості і порушення неврологічного дефіциту.

Приглушення було у 30 (35,29 %), сопор — в 23 (27,06 %), помірна кома — в 8 (9,41 %), глибока кома — в 9 (10,59 %), термінальна кома — в одного (1,18 %) пацієнта.

Первинні внутрішньомозкові гематоми різних локалізацій діагностовано у всіх спостереженнях. У 82,35 % локалізація гематоми була супратенторіально, в 7,06 % — субтенторіально. У більшості хворих було виконано наступні оперативні втручання: ДТЧ, вентрикулодренування, кліпування мозкових артерій, КПТЧ, пункційне видалення гематоми.

Із 85 хворих в другій групі вижило 46 (54,12 %) пацієнтів і померло 39 (45,8 %).

В хірургічну групу входили більш важкі пацієнти, часто оперативні втручання виконувались за життєвими показами. Для хірургічної групи пацієнтів були характерні наступні ознаки: більш виражено пригнічення свідомості при поступленні, апоплектиформна маніфестація захворювання з раннім при-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

гніченням свідомості, більший об'єм гематоми, наявність і більша вираженість зміщення серединних структур головного мозку, більш частий ускладнений перебіг захворювання.

Проаналізовано ускладнення геморагічного інсульту у хворих обох груп. Найчастіше при фатальному мозковому інсульті спостерігались набряк головного мозку, компресійно-дислокаційний синдром. Із позачерепних ускладнень — гіпостатична пневмонія, набряк легень. При нефатальному мозковому інсульті набряк головного мозку розвивався в 7 разів рідше.

Проаналізовано час смерті хворих: перша доба після розвитку інсульту, перша-п'ята доба і шоста-двадцять перша. В першу добу померло 4 хворих, в другу-п'яту — 70, шосту-двадцять першу — 19 хворих.

Головними причинами були: гостра оклюзивна гідроцефалія, набряк головного мозку, компресійно-дислокаційний синдром, тромбоемболія легеневої артерії, епілептичний статус, набряк легенів.

Нами встановлено, що 96,7 % пацієнтів доставлено до лікарні каретами швидкої медичної допомоги, тобто первинний огляд та перша медична допомога були надані лікарем або фельдшером бригади екстреної медичної допомоги. Встановлено недоліки надання екстреної медичної допомоги, а саме: 34,44 % хворим не було введено повітровод при наявних показах, не проведена катетеризація центральної ліктьової вени (51,11 %), артеріальний тиск був знижений більше ніж на 1/4 висхідного рівня, 11,11 % хворим вводився розчин глюкози, що недопустимо без визначення рівня глюкози, 24,44 % на догоспітальному етапі не проводилася електрокардіографія, 20 % пацієнтам використовувалась поліпрагмазія стосовно лікарських препаратів (но-шпа, папаверин, дибазол, фуросемід, коргліккон, дексон та інше).

Встановлено, що більшість недоліків, пов'язаних з неадекватною діагностикою та медикаментозним супроводом на догоспітальному етапі було у фельдшерських медичних бригадах.

Висновки.

1. Найбільш ефективним при геморагічному інсульті є хірургічне лікування в перші 6 годин після виникнення інсульту.

2. При безперервно-прогресуючому перебігу геморагічного інсульту спостерігається раннє виникнення інтра- та екстра церебральних ускладнень, які не піддаються корекції і в короткі строки приводять до фатального закінчення хворих.

Ключові слова: гостре порушення мозкового кровообігу, геморагічний інсульт, лікування.

Вступ. В усьому світі спостерігається ріст гострих і хронічних порушень мозкового кровообігу, які супроводжуються смертю, значною інвалідністю, зниженням працездатності. Щорічно біля 17 млн. осіб вперше переносять мозковий інсульт, а 6 млн. помирають внаслідок нового. Лише 10-20 % осіб можуть повернутися до своєї попередньої роботи і тільки 8 % зберігають свою професійну спроможність. Біля 25 % осіб, що перенесли інсульт потребують сторонньої допомоги. Вирішальними факторами, які в подальшому визначають життя пацієнтів після інсульту, є рухові, чутливі, когнітивні і психічні розлади, які ламають життя не тільки пацієнта, але й його членів сім'ї.

Тому розробка комплексного підходу до терапії інсультів є актуальною і своєчасною проблемою.

Метою дослідження було проведення аналізу початку, розвитку та виходу у пацієнтів з гострим геморагічним інсультом, показ ефективності лікування та виокремлення недоліків у проведенні лікувально-діагностичного процесу.

Матеріали та методи. Обстежено та проліковано 216 хворих з гострим геморагічним інсультом в умовах Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Використані сучасні шкали для визначення свідомості і тяжкості стану хворих, методи нейровізуалізації, лабораторні методи, статистичні методи.

Всі хворі були поділені на 2 групи: перша група — хворі, які отримували лише консервативне лікування, друга — оперативне, а також у котрих інсульт був фатальним і нефатальним.

Результати та їх обговорення. За терміном госпіталізації пацієнти першої групи розподілені наступним чином: 1-3 години від початку захворювання було 64 хворих (48,85 %), 3-6 годин — 22 хворих (16,79 %), 6-24 години — 14 (10,69 %), більше 24 годин — 31 хворий (23,66 %).

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

За рівнем свідомості при поступленні пацієнти були розподілені: в ясній свідомості було 42 (32,06 %) пацієнтів, пацієнти в приглушенні — 34 (25,95 %), в сопорі — 16 (12,21 %), в помірній комі — 11 (8,39 %), в глибокій комі — 24 (18,32 %), в термінальній комі — 4 (3,05 %) пацієнтів. Із 131 хворого першої групи вижило 87 (66,41 %) пацієнтів і померло 44 (33,59 %).

В другій групі (хірургічне лікування) було 85 хворих. В період 1-3 години від початку захворювання поступило 40 (47,06 %) хворих, 3-6 годин — 14 (16,74 %), 6-24-14 (16,47 %), пізніше 24 години — 17 (20,0 %) хворих. У 30 хворих (35,29 %) була втрата свідомості, у 41 (48,24 %) — спостерігалось порушення свідомості і порушення неврологічного дефіциту.

Приглушення було у 30 (35,29 %), сопор — в 23 (27,06 %), помірна кома — в 8 (9,41 %), глибока кома — в 9 (10,59 %), термінальна кома — в одного (1,18 %) пацієнта.

Первинні внутрішньо мозкові гематоми різних локалізацій діагностовано у всіх спостереженнях. У 82,35 % локалізація гематоми була супратенторіально, в 7,06 % — субтенторіально. У більшості хворих було виконано наступні оперативні втручання: ДТЧ, вентрикулодренування, кліпування мозкових артерій, КПТЧ, пункцій не видалення гематоми.

Із 85 хворих в другій групі вижило 46 (54,12 %) пацієнтів і померло 39 (45,8 %).

В хірургічну групу входили більш важкі пацієнти, часто оперативні втручання виконувались за життєвими показами. Для хірургічної групи пацієнтів були характерні наступні ознаки: більш виражено пригнічення свідомості при поступленні, апоплектиформна маніфестація захворювання з раннім пригніченням свідомості, більший об'єм гематоми, наявність і більша вираженість зміщення серединних структур головного мозку, більш частий ускладнений перебіг захворювання.

Проаналізовано ускладнення геморагічного інсульту у хворих обох груп. Найчастіше при фатальному мозковому інсульті спостерігались набряк головного мозку, компресійно-дислокаційний синдром. Із позачерепних ускладнень — гіпостатична пневмонія, набряк легень. При нефатальному мозковому інсульті набряк головного мозку розвивався в 7 разів рідше.

Проаналізовано час смерті хворих: перша доба після розвитку інсульту, перша-п'ята доба і шоста-двадцять перша. В першу добу померло 4 хворих, в другу-п'яту — 70, шосту-двадцять першу — 19 хворих.

Головними причинами були: гостра оклюзивна гідроцефалія, набряк головного мозку, компресійно-дислокаційний синдром, тромбоемболія легеневої артерії, епілептичний статус, набряк легенів.

Нами встановлено, що 96,7 % пацієнтів доставлено до лікарні каретами швидкої медичної допомоги, тобто первинний огляд та перша медична допомога були надані лікарем або фельдшером бригади екстреної медичної допомоги. Встановлено недоліки надання екстреної медичної допомоги, а саме: 34,44 % хворим не було введено повітровод при наявних показах, не проведена катетеризація центральної ліктьової вени (51,11 %), артеріальний тиск був знижений більше ніж на 1/4 висхідного рівня, 11,11 % хворим вводився розчин глюкози, що недопустимо без визначення рівня глюкози, 24,44 % на догоспітальному етапі не проводилася електрокардіографія, 20 % пацієнтам використовувалась поліпрагмазія стосовно лікарських препаратів (но-шпа, папаверин, дибазол, фуросемід, коргліккон, дексон та інше).

Встановлено, що більшість недоліків, пов'язаних з неадекватною діагностикою та медикаментозним супроводом на догоспітальному етапі було у фельдшерських медичних бригадах.

Ми зробили аналіз даних обстеження 216 пацієнтів, що отримали комплексне медикаментозно-оперативне лікування в умовах спеціалізованого нейрохірургічного відділення. Хворі були розподілені на дві групи: перша група — хворі отримували лише консервативне лікування, друга група — отримувала оперативне лікування.

Першу групу склали 131 пацієнт з геморагічним інсультом. По термінах госпіталізації пацієнти першої групи розподілені наступним чином: 1-3 години від початку захворювання було 64 хворих (48,85 %), 3-6 годин — 22 (16,79 %), 6-24 годин — 14 хворих (10,69 %), пізніше 24 годин — 31 хворий (23,66 %) від початку захворювання.

Анамнестично, в 32,06 % (42) пацієнтів захворювання протікало з прогресуванням неврологічного дефіциту без по-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

рушення свідомості, 25,95 % (34) пацієнтів гостре порушення мозкового кровообігу виникло раптово на тлі гіпертонічного кризу і проявилось раптовою втратою свідомості. Поступове порушення свідомості та наростання неврологічного дефіциту спостерігалось у 41,98 % (55).

За рівнем порушення свідомості при поступленні пацієнти були розподілені наступним чином: у ясній свідомості були 42 (32,06 %) пацієнтів, в приглушенні — 34 (25,95 %), в сопорі — 16 (12,21 %), в помірній комі — 11 (8,39 %), в глибокій комі — 24 (18,32 %), в термінальній комі — 4 (3,05 %) хворих.

У таблиці 1 представлено характер неврологічних порушень у хворих даної групи.

Таблиця 1

Групи хворих	N	%
Без пірамідної недостатності і порушення свідомості	32	22,70
Парези	49	34,75
Паралічі	24	17,02
Не визначено через важкість стану	25	17,73

Таким чином, при поступленні 58,02 % хворих мали порушення свідомості до рівня приглушення включно, 41,98 % — до сопора і коми.

Паралельно ми оцінили тяжкість стану хворих по шкалі коми Глазго. Дані представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Розподіл хворих першої групи по рівню порушення свідомості за ШКГ

Показники за ШКГ	Абсолютні значення	%
15 балів	38	29,00
13–14 балів	37	28,24
9–12 балів	14	10,69
7–8 балів	18	13,74
5–6 балів	17	12,98
3–4 балів	7	5,34

В деяких випадках було діагностовано супутні захворювання. Так, артеріальна гіпертензія виявлена до мозкового інсульту в 105 (74,47 %) хворих, після мозкового інсульту — в 18 (12,77 %); ішемічна хвороба серця виявлена до мозкового інсульту в 9 (6,38 %), після мозкового інсульту — в 42 (29,79 %), інфаркт міокарда за рік до інсульту спостерігався в 3 (2,13 %) хворих; миготлива аритмія — в 7 (4,96 %); цукровий діабет 2 типу був у 10 (7,09 %), після перенесеного мозкового інсульту — в 2 (1,42 %).

92 (65,25 %) пацієнтам на протязі першої доби після поступлення в стаціонар виконано КТ головного мозку, що дозволило отримати достатню інформацію для верифікації діагнозу.

МРТ виконана 25 (17,73 %) хворим, з яких 5 пацієнтам — на протязі першої доби, іншим 20 — дослідження виконано в більш пізні терміни з ціллю контролю і діагностики ускладнень.

Первинні внутрішньомозкові гематоми різних локалізацій діагностовано у всіх спостереженнях. У (63,83 %) спостережена гематома локалізована супратенторіально, в 10,64 % — субтенторіально (мозочок, стовбур мозку). Підоболонкові крововиливи спостерігались в 18,44 % хворих.

Таблиця 3

Розподіл хворих першої групи по локалізації гематоми

Локалізація гематоми	Кількість хворих	%
Права гемісфера	46	35,11
Ліва гемісфера	44	33,59
Мозочок	3	2,29
Стовбур мозку	12	9,16
САК	26	19,85

Таким чином, у більшості хворих першої групи об'єм гематоми був більше 20 см³, у 25,53 % хворих він був в межах 20–40 см³, у 9,22 % від 40–60 %, у 5,67 % хворих об'єм складав 60–80 см³.

Розподіл хворих по вираженості вентрикулярного крововиливу

Вираженість вентрикулярного крововиливу в балах за Graeb D. A.	Всього
1–2	28 (49,12 %)
3–5	17 (29,82 %)
> 6	12 (21,05 %)
Всього	57 (100 %)

Розподіл хворих першої групи по об'єму гематоми

Об'єм гематоми, см ³	Кількість пацієнтів	%
< 20	58	41,13
20–40	36	25,53
40–60	13	9,22
60–80	8	5,67
> 80	0	0

Розподіл спостережень по вираженості латеральної дислокації

Показник	Кількість хворих (%)
<5 мм	12 (8,51 %)
>5 мм	11(7,80 %)

Всі пацієнти першої групи отримували ізольоване консервативне лікування в умовах спеціалізованого нейрохірургічного відділення. В ході консервативного лікування хворих ПВМК розвинулись наступні ускладнення.

Як впливає з таблиці 7, у більшості хворих спостерігалася пневмонія — 53 (37,59 %), набряк мозку 43 (30,50 %), ГСЛН у 38 (26,95 %), компресійно-дислокаційний синдром — у 23 (16,31 %), епістатус — у 5 (3,55 %) хворих, набряк легень — у одного (0,71 %), гостра оклюзійна гідроцефалія — у одного (0,71 %) пацієнта. Із 131 хворого в першій групі вижило 87 пацієнтів (66,41 %), померло 44 пацієнта (33,59 %).

**Ускладнення, що розвинулись у хворих першої групи
на тлі консервативного лікування**

Ускладнення	Кількість	%
Гостра оклюзійна гідроцефалія	1	0,71
Набряк мозку	43	30,50
Епістатус	5	3,55
Пневмонія	53	37,59
Гостра серцево-легенева недостатність	38	26,95
Компресійно-дислокаційний синдром	23	16,31
Набряк легень	1	0,71

В другу групу було включено 85 пацієнтів. Всі пацієнти були оперовані по одній із прийнятих методик і отримували повноцінне медикаментозне лікування в нейрореанімаційному та нейрохірургічному відділеннях КМКЛ ШМД. По термінах госпіталізації пацієнти другої групи розподілені наступним чином: 1–3 години від початку захворювання — 40 хворих (47,06 %), 3–6 годин — 14 (16,47 %), з 6–24 години — 14 хворих (16,47 %) і пізніше 24 годин від початку захворювання — 17 хворих (20,00 %).

Анамнестично, в 16,47 % (14) пацієнтів захворювання протікало з прогресуванням неврологічного дефіциту без порушення свідомості, у 30 (35,29 %) випадках гостре порушення мозкового кровообігу виникло раптово на фоні гіпертонічного кризу і проявилось раптовою втратою свідомості. Поступове порушення свідомості і наростання неврологічного дефіциту спостерігалось у 41 (48,24 %) пацієнтів.

По рівню порушення свідомості при поступленні пацієнти були розподілені наступним чином: в ясній свідомості були 14 (16,47 %) пацієнтів, приглушення — у 30 (35,29 %) пацієнтів, в сопорі знаходились 23 (27,06 %), помірна кома — 8 (9,41 %) пацієнтів, глибока кома 2 — 9 (10,59 %), термінальна кома — один (1,18 %) пацієнт.

Розподіл хворих за характером неврологічних порушень наведено в таблиці 4, 8.

Розподіл хворих по характеру неврологічних порушень

Групи хворих	Кількість	%
Без пірамідної недостатності і порушення свідомості	5	5,88
Парези	52	61,18
Паралічі	20	23,53
Не визначено через важкість стану	8	9,41

Розподіл хворих другої групи за рівнем порушення свідомості

Показники за ШКГ	Абсолютні значення	%
15 балів	14	16,47
13–14 балів	30	35,29
9–12 балів	23	27,06
7–8 балів	8	9,41
5–6 балів	9	10,59
3–4 балів	1	1,18

В деяких випадках було діагностовано супутні захворювання. Так, артеріальною гіпертензією до мозкового інсульту хворіли 62 (72,94 %) хворих. Ішемічна хвороба серця була до мозкового інсульту в 2 (2,35 %) хворих, після мозкового інсульту — в 25 (29,41 %), миготлива аритмія була у 6 (7,06 %), цукровий діабет другого типу був у 3 (3,53 %). Хворі, які перенесли мозковий інсульт двічі менш ніж за рік до даного 2 (2,35 %), більш ніж за рік до даного — 1 (1,18 %).

Більшості пацієнтів (76 — 89,41 %), впродовж першої доби після поступлення в стаціонар виконано КТ головного мозку, що дозволило отримати достатні діагностичні дані для верифікації діагнозу і встановлення основних характеристик крововиливу.

МРТ виконано 10 (11,76 %) хворим, із них двом пацієнтам — протягом першої доби у зв'язку з неможливістю виконати КТ. Іншим 12 пацієнтам дослідження виконано в більш пізні терміни з метою контролю і діагностики ускладнень.

Первинні внутрішньомозкові гематоми різних локалізацій діагностовано у всіх спостереженнях. У більшості спостережень (82,35 %) локалізація гематоми була супратенторіальною, в 7,06 % — субтенторіальною (мозочок, стовбур мозку). Підоболонкові крововиливи спостерігалися у 10,59 % хворих.

Таблиця 10

Розподіл хворих другої групи по локалізації гематоми

Локалізація гематоми	Кількість хворих	%
Права гемісфера	27	31,76
Ліва гемісфера	43	50,59
Мозочок	3	3,53
Стовбур мозку	3	3,53
САК	9	10,59

Таблиця 11

Розподіл хворих по вираженості вентрикулярного крововиливу

Вираженість вентрикулярного крововиливу у балах по Graeb D. A.	Всього
1–2	21(58,33 %)
3–5	10 (27,77 %)
> 6	5 (13,88 %)
Всього	36 (100 %)

Таблиця 12

Розподіл хворих другої групи за об'ємом гематоми

Об'єм гематоми, см ³	Кількість пацієнтів	%
< 20	7	8,33
20–40	16	18,82
40–60	13	15,29
60–80	2	2,35
> 80	8	9,41

Із представлених даних видно, що у більшості хворих другої групи об'єм гематоми був більше 20 см³. У 18,82 % хворих об'єм гематоми був в межах 20–40 см³, у 13 (15,29 %) — 40–

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

60 см³, у 2 (2,35 %) — 60–80 см³ і у 8 (9,41 %) об'єм склав більше 80 см³.

Таблиця 13

Розподіл спостережень по вираженості латеральної дислокації

Показник	Кількість хворих, %
<5 мм	17 (20,00 %)
>5 мм	25 (29,41 %)

Всі пацієнти другої групи отримували оперативне + консервативне лікування в умовах спеціалізованого нейрохірургічного відділення.

В післяопераційному періоді спостерігалися наступні ускладнення: пневмонія — у 41 (48,24 %) хворого, набряк мозку — у 34 (40,00 %) пацієнтів, ГСЛН — у 33 (38,82 %), компресійно-дислокаційний синдром — у 42 (49,41 %), епістатус спостерігався у 4 (4,71 %) хворих, набряк легень — у одного (1,18 %), гостра оклюзійна гідроцефалія — у 11 (12,94 %), ТЕЛА — у 2 (2,35 %) хворих.

Таблиця 14

Ускладнення, що розвинулись у хворих другої групи на фоні оперативного лікування

Ускладнення	n	%
Гостра оклюзійна гідроцефалія	11	12,94
Набряк мозку	34	40,00
Епістатус	4	4,71
Пневмонія	41	48,24
Гостра серцево-легенева недостатність	33	38,82
Компресійно-дислокаційний синдром	42	49,41
Набряк легень	1	1,18
ТЕЛА	2	2,35

Із 85 хворих в другій групі вижило 46 пацієнтів (54,12 %) і померло 39 (45,88 %). Хворим виконано декомпресивну трепанацію черепа (43,53 %), вентрикулодренування (18,82 %), кліпування мозкових артерій (10,59 %), костно-пластичну трепанацію черепа (9,41 %), пункційне видалення гематоми (9,41 %).

Не дивлячись на порівняльну більшу кількість летальних випадків в хірургічній групі, говорити про більшу ефективність консервативного лікування не слід, так як групи були неоднорідні. До хірургічної групи входили більш важкі пацієнти, часто операції виконувались за життєвими показами.

Таким чином, попередній статистичний аналіз клініко-діагностичних показників обстежуваних груп хворих, які отримували консервативне лікування і хірургічне втручання з приводу гострих внутрішньомозкових крововиливів, виявив достовірну різницю між групами за рядом ознак. Для хірургічної групи пацієнтів були характерні наступні ознаки:

- 1) більш виражене пригнічення свідомості при поступленні;
- 2) апоплектиформна маніфестація захворювання з раннім пригніченням свідомості;
- 3) більший об'єм гематоми;
- 4) наявність і більша вираженість зміщення серединних структур головного мозку;
- 5) більш частий ускладнений перебіг захворювання.

В подальшому ми поставили за мету проаналізувати основні причини і фактори, які призвели до фатальних наслідків у пацієнтів з гострим геморагічним мозковим інсультом.

Встановлено, що у хворих на фатальний та нефатальний геморагічний інсульт спостерігались як інтрацеребральні, так і екстрацеребральні ускладнення, що представлено в таблиці 15.

Серед інтрацеребральних ускладнень найчастішим в гострому періоді фатального мозкового геморагічного інсульту був набряк мозку, компресійно-дислокаційний синдром; екстрацеребральних — гіпостатична пневмонія, набряк легень в тлі гострої серцево-легеневої (серцево-судинної та дихальної) недостатності. Менш характерними для фатальної геморагії, за даними аналізу, були гостра оклюзійна гідроцефалія та тромбоемболія легеневої артерії.

В групі нефатального геморагічного церебрального інсульту статистично достовірно ($p < 0,05$) меншою була частота виникнення таких ускладнень як набряк мозку, компресійно-дислокаційний синдром. Так, набряк мозку при нефатальному інсульті розвивався в 7 разів рідше, ніж при фатальному (7,52 % та 82,80 % відповідно), а випадків набряку легень, тромбоем-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

болії легеневої артерії, гострої серцево-легеневої недостатності не було.

Таблиця 15

Ускладнення геморагічного інсульту у хворих обох груп

Вид ускладнення	Група			
	Перша (n=133)		Друга (n=93)	
	Абс.	%	Абс.	%
Гостра оклюзійна гідроцефалія	2	1,50	10	10,75
Набряк мозку	10	7,52*	77	82,80
Епістатус	6	4,51	2	2,15
Пневмонія	55	41,35	43	46,24
Набряк легень / гостра серцево-легенева недостатність	—	—	82	88,18
Компресійно-дислокаційний синдром	14	10,53*	65	69,89
ТЕЛА	—	—	2	2,15
Пролежні	2	1,50	10	10,75
Інші	3	2,26	7	7,53

Примітка: * — статистично достовірна ($p < 0,05$) різниця між результатами в першій та другій групі.

Встановлено, що швидкість розвитку набряку мозку достовірно вища ($p < 0,05$) у хворих, які госпіталізовані в важкому та вкрай важкому стані. Так, у осіб, стан яких при першому огляді в приймальному відділенні було оцінено за ШКГ у 7 балів і менше, а неврологічний дефіцит за Скандинавською шкалою — у 20 балів і менше, набряк мозку розвивався протягом першої доби хвороби в 3,41 рази частіше, ніж у решти хворих. Не виявлено залежності частоти розвитку набряку мозку від статі та віку хворих.

Стовсотно гіпостатичної пневмонії: залежність частоти розвитку даного ускладнення у хворих в аналогічному стані була ще більш очевидною ($p < 0,01$). Встановлено також частоту виникнення пневмонії при різній локалізації геморагічного процесу: при процесі у стовбурі мозку пневмонія розвивалася у 10 випадках із 17 (58,82 %), при локалізації вогнища у великих півкулях — у 30 випадках із 64 (46,88 %). Таким чином, гіпоста-

тична пневмонія виникала найчастіше у хворих із локалізацією фатальної церебральної геморагії у стовбурових структурах мозку, що пояснювалось частими дисфагічними розладами, пригніченням рівня свідомості, враженням дихального центру.

Ми проаналізували перебіг геморагічного інсульту у хворих контрольної групи по підгрупах: 1 підгрупа — померлі протягом першої доби, 2 підгрупа — померлі між першою та п'ятою добою, 3 підгрупа — померлі між шостою та двадцять першою добою хвороби.

Першу підгрупу склали 4 хворих. В усіх хворих першої підгрупи спостерігалось невпинне прогресивне поглиблення неврологічної симптоматики, пригнічення рівня свідомості та наростання явищ порушення вітальних функцій. На перший план виступили явища наростання набряку мозку, які проявлялися компресійно-дислокаційним синдромом. Поступово наростала дисоціація між вогнищевою неврологічною та загально мозковою симптоматикою з переважанням останньої. У 2 хворих були розгорнуті судомні напади, у 2 — епілептичний статус. Серед вогнищевої симптоматики домінували порушення зіничних реакцій, грубі двобічні патологічні знаки. На тлі прогресування набряку мозку та стовбурово-дислокаційного синдрому наростали симптоми кардіореспіраторних ускладнень, які не піддавались фармакологічній та апаратній корекції. Серед порушень дихання відмічались тахіпное, брадіпное, патологічні типи дихання, клінічна картина набряку легень. Серцево-судинні порушення проявлялися порушеннями ритму та частоти серцевих скорочень, прогресуючим падінням артеріального тиску.

Лабораторні показники демонстрували у двох випадках гіперглікемію, лише в одному випадку — відхилення від норми показників коагулограми. За результатами КТ/МТР та секційного дослідження, геморагічне вогнище було локалізоване в одному випадку паренхіматозно-субарахноїдально, у трьох випадках паренхіматозно-вентрикулярно.

У хворих другої підгрупи (70 хворих, що померли протягом 2–5 доби) було два варіанта перебігу хвороби. У 42 (60,00 %) хворих в даній підгрупі спостерігалось поступове наростання симптомів, аналогічне першій підгрупі без епізодів покращення стану хворих. У 35 (83,33 %) із 42 випадках із них за даними КТ/

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

MPT, зона геморагії була розташована у великих півкулях, у 6 (14,28 %) — у стовбурі мозку, в одному (2,38 %) випадку — підболонковий крововилив. Перебіг хвороби був постійно прогресуючим, лише більш уповільненим порівняно з першою підгрупою. Клінічну картину обтяжували ускладнення, і синдром дисфункції стовбурових структур, який визначався у всіх хворих, незалежно від локалізації процесу.

У 28 (40,00 %) із 70 хворих мало місце наростання симптомів до ступеня розгорнутої клінічної картини інсульту з наступною стабілізацією або навіть тимчасовим покращенням стану. Це проявлялось покращенням рівня свідомості до рівня сопору, оглушення на певний час, і тимчасовим переважанням вогнищевої симптоматики над загально мозковою у 5 (11,90 %) хворих, стабілізацію функцій дихальної та серцево-судинної систем — у 3 (7,14 %). Така стабілізація стану виникала на фоні проведення адекватної інтенсивної базисної та диференційованої терапії. Надалі незважаючи на комплексні терапевтичні заходи, наростала загально мозкова симптоматика, клініка вторинного стовбурового синдрому із набряком головного мозку, яка нівелювала вогнищеві симптоми. Приєднувалися ранні ускладнення інсульту. Локалізація геморагічного вогнища була наступною: у 6 (14,29 %) випадках мав місце паренхіматозний крововилив, у одному (2,38 %) випадку — паренхіматозно-субарахноїдальний, у 4 (9,52 %) — субарахноїдально-вентрикулярний, у 29 (69,05 %) — паренхіматозно-вентрикулярний, в одному (2,38 %) — паренхіматозно-вентрикулярно-субарахноїдальний, в одному (2,38 %) випадку — підболонковий.

У хворих, тривалість життя яких після початку інсульту було від 1 до 5 діб, частіше знаходили відхилення від норми лабораторних показників, ніж у хворих із першої підгрупи. Так, у 63 (67,74 %) хворих виявлено при госпіталізації глікемію вище 6,9 ммоль/л, у одного (1,08 %) — нижче 3,3 ммоль/л, у 6 (6,45 %) рівень глюкози в дебюті був у межах 4,4–6,9 ммоль/л. Вже через 24 години рівень глюкози в межах норми був у 16 (17,20 %) хворих. У 68 (97,14 %) хворих протягом першої доби було виявлено порушення рівноваги системи гемостазу із посиленням згортальної системи: високий рівень протромбінового індексу, скорочення протромбінового часу та часу рекальцифікації. На

фоні терапії в динаміці суттєвої позитивної динаміки не було виявлено. Серед показників загальноклінічного аналізу крові привертає увагу рівень лейкоцитів крові. Він був підвищений в першу добу в 8 (11,43 %) хворих, через добу — в одного (14,29 %), через три доби — у 13 (18,57 %) хворих (притому, що абсолютна кількість хворих в даній підгрупі зменшувалась щоденно, кількість випадків лейкоцитозу крові зростала як в абсолютних, так і в відносних значеннях).

Серед ускладнень, які сприяли фатальному закінченню хвороби, в даній підгрупі були виявлені як інтрацеребральні, так і екстрацеребральні. Ускладнення були діагностовано як прижиттєво, так і при секційному дослідженні. Так, в 5 (7,14 %) випадках було виявлено гостру оклюзійну гідроцефалію, в 59 (84,29 %) — ознаки набряку мозку, в 2 (2,56 %) — був епістатус, в 47 (67,14 %) спостерігався компресійно-дислокаційний синдром, в 2 (2,56 %) випадках була тромбоемболія легеневої артерії. Характерною була достовірна ($p < 0,05$) різниця співвідношення частоти набряку легенів та пневмонії у хворих даної підгрупи порівняно з померлими протягом першої доби. Так, в даній підгрупі виявлено набряк легенів у 61 (87,14 %) хворих, а пневмонію у 27 (38,57 %), тобто частота першого перевищувала частоту розвитку пневмонії у 2,25 рази. Патоморфологічно у 31 (44,29 %) хворого було виявлено ознаки значного атеросклеротичного ураження аорти, судин серця, мозку (на стадії атеросклеротичних бляшок, інколи із виразкуванням бляшок). Гіпертонічне ураження серця та нирок було встановлено у 40 (57,14 %) хворих.

В третій підгрупі (19 хворих, що померли на шосту добу хвороби та пізніше) мав місце як безперервно прогресуючий перебіг хвороби, так і перебіг хвороби з тимчасовою стабілізацією або навіть покращенням стану. Стан 8 (42,11 %) із 19 хворих прогресивно погіршувався протягом усього періоду, у 11 (57,89 %) мали місце періоди тимчасової стабілізації стану. Геморагічне вогнище локалізувалося у 13 осіб (68,43 %) у великих півкулях, у 4 (21,05 %) — в стовбурі мозку, в 2 (10,53 %) осіб спостерігався під оболонковий крововилив. Лабораторні обстеження зафіксували глікемію 7,0 ммоль/л і вище — у 9 (47,37 %), в межах 4,4–6,9 ммоль/л — у 10 (52,63 %). Коагуло-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

грама з тенденцією до гіперкоагуляції при госпіталізації була у 11 (57,89 %) хворих, позитивну динаміку було виявлено у 5 (26,32 %) хворих. В даній підгрупі була виявлена негативна динаміка змін лабораторних показників: поява гіперазотемії у 8 (42,11 %) хворих, лейкоцитозу — у 6 (31,58 %), підвищення ШОЕ — у 7 (36,84 %), що було проявом інтра- та екстрацеребральних ускладнень інсульту.

У хворих даної підгрупи прижиттєво та секційно були виявлені такі ускладнення основного захворювання як гостра оклюзійна гідроцефалія, яка спостерігалася у 3 (15,77 %) хворих, набряк мозку — у 14 (73,68 %), компресійно-дислокаційний синдром — у 14 (73,68 %), гостра серцево-легенева недостатність — у 16 (84,21 %) хворих, пневмонія була у 15 (78,94 %) хворих.

Співвідношення частоти випадків набряку легенів до частоти пневмонії в даній підгрупі становила 1,06, що суттєво відрізнялось від такого співвідношення в інших групах. Атеросклеротичне ураження серцево-судинної системи різного ступеня вираженості під час секційного дослідження виявлено у 13 (68,42 %) хворих.

Оперативне лікування серед цієї категорії хворих було проведено 39 (41,94 %) хворим з геморагічним інсультом. У 24 (25,81 %) випадках внутрішньомозкової інсульт-гематоми було проведено декомпресійну трепанацію черепа через причину зміщення серединних структур головного мозку в середньому до 12 мм. У інших 13 (13,98 %) випадках було проведено вентрикулодренування.

Кліпування мішкоподібної аневризми у хворих з нетравматичним САК (рівень за шкалою Ханта-Хесса 1–2) було проведено в 2 (2,15 %) випадках на другу добу перебування у клініці. За даними ТКДГ, церебральний ангіоспазм у цих хворих діагностовано не було. Однак, у післяопераційний період у зазначених хворих виникло інфекційно-запальне ускладнення у вигляді госпітальної пневмонії, яка і стала причиною летального наслідку.

Усі інші пацієнти, що перебували на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії і мали відносні та абсолютні протипоказання до оперативного лікування отримували стандартну базисну, диференційовану та симптоматичну медикаментозну терапію.

Під час аналізу медичних карт стаціонару та супровідних листків бригад екстреної медичної допомоги ми виявили деякі недоліки надання медичної допомоги хворим із фатальним церебральним інсультом на догоспітальному етапі.

Ми врахували, що 90 (96,77 %) пацієнтів надійшли до приймального відділення клініки за допомогою карети екстреної медичної допомоги. Це означає, що первинний огляд та перша медична допомога була надана лікарем (62 — 68,88 %) або фельдшером (28 — 31,11 %) бригади екстреної медичної допомоги.

Таблиця 16

Недоліки надання першої медичної допомоги хворим з фатальним церебральним інсультом

Недоліки	Геморагічний інсульт	
	Абс.	%
Відсутність введення повітроводу	31	34,44
Відсутність гемодилуції	—	—
Відсутність катетеризації вени	46	51,11
Надмірне зниження АТ	37	41,11
Введення глюкози	10	11,11
Відсутність введення антиаритмічних препаратів	3	3,33
Відсутність ЕКГ-діагностики	22	24,44
Поліпрагмазія	18	20

Таким чином, 31 (34,44 %) пацієнту в тяжкому та вкрай тяжкому стані не було введено повітровод при наявних показах. Відповідно до уніфікованого протоколу надання медичної допомоги на догоспітальному етапі обов'язковою є катетеризація центральної ліктьової вени, що в 46 (51,11 %) випадків, тобто більше ніж половині хворим з церебральним інсультом, не було проведено.

У 43 (47,77 %) хворих з інсультом, АТ був знижений більше ніж на $\frac{1}{4}$ від вихідного, а саме до 40 % і навіть до 50 % від вихідного, що значно погіршило стан хворого після госпіталізації.

У 10 (11,11 %) випадках було виявлено введення лікарських засобів, зокрема, розчину глюкози бригадою екстреної медичної допомоги, що недопустимо без визначення рівня глюкози.

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

Відповідно до протоколу надання медичної допомоги, обов'язковим є введення антиаритмічних препаратів при виявленні порушень серцевого ритму. У 5 (5,55 %) випадках пацієнтам із групи фатального інсульту із порушенням серцевого ритму у вигляді пароксизмальної форми миготливої аритмії не було введено антиаритмічні медичні засоби.

У 22 (24,44 %) випадках церебрального інсульту на догоспітальному етапі не проводили ЕКГ, що не дало можливість провести дослідження стану серцевої діяльності у хворих в тяжкому стані.

У 18 (20 %) випадках церебрального інсульту у хворих було відмічено введення від 4 до 6 лікарських препаратів (но-шпа, папаверин, дібазол, фурсемід, корглікон, дексон та інші) одному хворому, що в конкретних випадках є недопустимим, тим більше вони не входять в перелік уніфікованого протоколу.

Слід відмітити, що достатній рівень помилок і недоліків, пов'язаних із адекватною діагностикою інсульту та медикаментозного супроводу на догоспітальному етапі було відмічено у більшості фельдшерських медичних бригад.

Виявлені під час ретельного аналізу історій хвороб та супровідної документації недоліки надання медичної допомоги хворим з фатальним церебральним інсультом могли сприяти погіршенню загального стану, перебігу інсульту і мати безпосередній вплив на подальший прогноз для виживання та одужання.

Патологоанатомічне дослідження було виконано 90 (96,77 %) померлим. На секції у всіх померлих було знайдено зони геморагічного вогнища різної локалізації та розміру. Розбіжностей діагнозів не було. У більшості випадків було знайдено набряк головного мозку, дислокацію серединних структур та стовбурових відділів мозку. Характерним було атеросклеротичне ураження аорти, судин мозку, серця, гіпертрофію міокарда шлуночка (товщина міокарду до 2,5 см та більше), ознаки пневмонії та набряку легенів.

Висновки.

1. Найбільш ефективним при геморагічному інсульті є хірургічне лікування в перші 6 годин після виникнення інсульту.

2. При безперервно-прогресуючому перебігу геморагічного інсульту спостерігається раннє виникнення інтра- та екстра це-

ребральних ускладнень, які не піддаються корекції і в короткі строки приводять до фатального закінчення хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чистік Т. В. Комплексний підхід до терапії порушень мозкового кровообігу / Медицина неотложных состояний № 7 (78). — 2016. — С. 66–74
2. Андре Грабовски. Неотложная неврология. — Москва: Издательство Панфилова. — 2016. — С. 577.
3. Brott T., Broderick J., Kothari Zefal. Early hemorrhage growth in patients with intracerebral hemorrhage stroke . — 1997. — № 28 (1). — С. 1–5.
4. Волошин П.В., Міщенко Т.С., Лекомцева С. В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні / Международный неврологический журнал. — 2006. — № 3 (7). — С. 9–13.

Особенности развития, течения и исхода у больных с острым геморрагическим инсультом

*А. И. Зозуля, И. С. Зозуля, А. О. Волосовец, И. В. Кит,
А. А. Каминский*

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев

Введение. Во всем мире наблюдается рост острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, которые сопровождаются смертью, значительной инвалидностью, снижением работоспособности. Ежегодно около 17 млн. людей впервые переносят мозговой инсульт, а 6 млн. умирают от него. Лишь 10-20 % пациентов могут вернуться к своей предыдущей работе и только 8 % сохраняют свой профессионализм. Около 25 % человек, которые перенесли инсульт, нуждаются в посторонней помощи. Решающими факторами, которые в дальнейшем определяют жизнь пациентов после инсульта, являются двигательные, чувствительные, когнитивные и психические нарушения, которые ломают жизнь не только пациента, но и членов его семьи. Поэтому разработка комплексного подхода к терапии инсультов является актуальной и своевременной.

Цель исследования провести анализ начала, течения и исхода болезни у пациентов с острым геморрагическим инсультом, показать эффективность лечения и рассмотреть недостатки в проведении лечебно-диагностического процесса.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 216 больных с острым геморрагическим инсультом в условиях

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи. Использованы современные шкалы для определения состояния сознания и тяжести больных, методы нейровизуализации, лабораторные методы, статистические методы.

Все больные были разделены на 2 группы: первая группа — больные, которые получали лишь консервативное лечение, вторая — оперативное, а также у которых инсульт был фатальным и нефатальным.

Результаты и их обсуждения. Согласно времени госпитализации пациенты первой группы распределены следующим образом: 1-3 часа от начала заболевания поступило 64 больных (48,85 %), 3-6 часов — 22 больных (16,79 %), 6-24 часа — 14 (10,69 %), более 24 часов — 31 больной (23,66 %).

По состоянию сознания при поступлении больные были распределены: в полном сознании — 42 (32,06 %) пациента, в оглушении — 34 (25,95 %), в сопоре — 16 (12,21 %), в умеренной коме — 11 (8,39 %), в глубокой коме — 24 (18,32 %), в терминальной коме — 4 (3,05 %) пациента. Из 131 больного первой группы выжило 87 (66,41 %) пациентов и умерло 44 (33,59 %).

Во второй группе (хирургическое лечение) было 85 больных. В период 1-3 часа от начала заболевания поступило 40 (47,06 %) больных, 3-6 часов — 14 (16,74 %), 6-24 — 14 (16,47 %), позже 24 часа — 17 (20,0 %) больных. У 30 больных (35,29 %) была потеря сознания, у 41 (48,24 %) — наблюдалось нарушение сознания и грубый неврологический дефицит. Оглушение было у 30 (35,29 %), сопор — у 23 (27,06 %), умеренная кома — у 8 (9,41 %), глубокая кома — у 9 (10,59 %), терминальная кома — у одного (1,18 %) пациента.

Первичные внутримозговые гематомы разных локализаций диагностированы у всех больных. У 82,35 % больных локализация гематомы была супратенториально, у 7,06 % — субтенториально. У большинства больных объем гематомы был более 20 см³. Были проведены следующие оперативные вмешательства: ДТЧ, вентрикулодренирование, клипирование мозговых артерий, КПТЧ, пункционные удаления гематомы.

Из 85 больных во второй группе выжило 46 (54,12 %) пациентов и умерло 39 (45,8 %). В хирургическую группу входили

более тяжелые пациенты, зачастую оперативные вмешательства выполнялись по жизненным показаниям. Для хирургической группы пациентов были характерны следующие признаки: более выражено нарушение сознания при поступлении, апоплектиформная манифестация заболевания с ранним нарушением сознания, большой объем гематомы, наличие и большая выраженность смещения срединных структур головного мозга.

Проанализировано осложнение геморрагического инсульта у больных обеих групп. Чаще всего при фатальном мозговом инсульте наблюдались отек головного мозга, компрессионно-дислокационный синдром, гипостатическая пневмония, отек легких. При нефатальном мозговом инсульте отек головного мозга развивался в 7 раз реже.

Проанализировано время смерти больных. В первые сутки умерло 4 больных, 2-5 суток — 70, 6-21 сутки — 19 больных.

Главными причинами смерти были: острая окклюзивная гидроцефалия, отек головного мозга, компрессионно-дислокационный синдром, тромбоэмболия легочной артерии, эпилептический статус, отек легких.

Нами установлено, что 96,7 % пациентов доставлено в больницу каретами скорой медицинской помощи, то есть первичный осмотр и первая медицинская помощь были оказаны врачом или фельдшером бригады экстренной медицинской помощи. Установлены недостатки экстренной медицинской помощи, а именно: 34,44 % больных не было введено воздуховод, не проведена катетеризация центральной локтевой вены (51,11 %), артериальное давление было снижено более чем на 1/4 исходящего уровня, 11,11 % больным вводился раствор глюкозы, что недопустимо без определения уровня глюкозы, 24,44 % пациентам на догоспитальном этапе не проводилась электрокардиография, 20 % пациентам использовалась полипрагмазия относительно лекарственных препаратов (но-шпа, папаверин, дибазол, фуросемид, коргликон, дексон и др.).

Установлено, что большинство недостатков, связанных с неадекватной диагностикой и медикаментозным сопровождением на догоспитальном этапе было в фельдшерских медицинских бригадах.

Выводы.

1. Наиболее эффективным при геморрагическом инсульте является хирургическое лечение в первые 6 часов после возникновения инсульта.

2. При непрерывно прогрессирующем ходе геморрагического инсульта наблюдается раннее возникновение интра- и экстрацеребральных осложнений, которые не поддаются коррекции и в короткие сроки приводят к фатальному исходу.

Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения, геморрагический инсульт, лечение.

Features of pathogenetic progress and clinical outcome of patients with acute hemorrhagic stroke

*A. I. Zozulya, I. S. Zozulya, A. O. Volosovets,
I. V. Kit, A. A. Kaminsky*

**Shupyk National Medical Academy
of Postgraduate Education, Kyiv**

Introduction. There is worldwide increase of acute and chronic disorders of cerebral circulation, which are often accompanied by death, significant disability and reduced efficiency. Annually about 17 million of patients suffer from stroke and nearly 6 million — dying because of it. Only 10-20 % of patients can return to their previous work and only 8 % may retain their professionalism. About 25 % of people who have suffered a stroke are in need of help. The decisive factors that can determine quality of life of patients after a stroke are motor, sensory, cognitive and mental impairment, which has negative influence not only on the life of the patient, but also lives of his family members. Therefore, the development of an integrated approach to stroke therapy would be actual and necessary.

The aim of the study was to analyze the onset, pathogenetic progress and outcome of the disease in patients with acute hemorrhagic stroke, to show the effectiveness of specific treatment and to define the flaws and mistakes in the diagnostic and treatment.

Results and discussion. According to the time of hospitalization, the patients of the first group were distributed as follows: 1-3 hours from the onset of the disease — 64 patients (48.85 %), 3-6 hours — 22 patients (16.79 %), 6-24 hours — 14 (10, 69 %), more than 24 hours — 31 patients (23.66 %).

According to the state of consciousness upon admission, the patients were distributed as follows: in full consciousness — 42 (32.06 %) patient, in stunned state — 34 (25.95 %), in sopor — 16 (12.21 %), in moderate coma — 11 (8.39 %), in the deep coma — 24 (18.32 %), in terminal coma — 4 (3.05 %) patients. Among all 131 patients from the first group 87 (66.41 %) patients survived and 44 (33.59 %) died.

In the second group (surgical treatment) there were 85 patients. In the period 1-3 hours from the onset of the disease 40 (47.06 %) patients were admitted, in 3-6 hours — 14 (16.74 %), in 6-24 hours — 14 (16.47 %), later than 24 hours — 17 (20.0 %) patients. In 30 patients (35.29 %) there was a loss of consciousness, in 41 case (48.24 %) there was a impairment of consciousness and a severe neurologic deficit.

Stunned state was founded in 30 cases (35.29 %), spoor — in 23 (27.06 %), moderate coma — in 8 (9.41 %), deep coma — in 9 (10.59 %), and in terminal coma was only one patient (1.18 %).

Primary intracerebral hematomas of different localizations were diagnosed in all patients. In 82.35 % of patients, hematoma localization was supratentorial, 7.06 % — subtentorial. Most patients have big volume of the hematoma (more than 20 cm³). The following surgical interventions were carried out: DTCP, ventricular drainage, clipping of the cerebral arteries, CHPCH, puncture removal of the hematoma.

Among the 85 patients of the second group 46 (54.12 %) patients survived and 39 (45.8 %) — died.

The surgical group have included grave patients, that's why often surgical interventions were performed according to vital indications. For the surgical group of patients, the following symptoms were typical: a more severe impairment of consciousness upon admission, an apoplectiform manifestation of the disease with early impairment of consciousness, a larger volume of hematoma, a presence and greater severity of displacement of the median structures of the brain.

The complications of hemorrhagic stroke in patients of both groups were analyzed. Most often we have observed fatal cerebral stroke, cerebral edema, compression-dislocation syndrome, hypostatic pneumonia, pulmonary edema. In case of nonfatal

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

cerebral stroke cerebral edema have developed 7 times less frequently.

The time of death of patients was analyzed. On the first day of treatment 4 patients have died, after 2-5 days — 70 and after 6-21 days of hospitalization — 19 patients.

The main causes of death were: acute occlusive hydrocephalus, cerebral edema, compression-dislocation syndrome, pulmonary embolism, epileptic status, pulmonary edema.

We found that 96.7 % of patients were transported to the hospital by ambulances. That`s means that primary examination and first medical aid were provided by a doctor or paramedic from an emergency medical team. The flaws of emergency medical care were identified: 34.44 % of patients did not enter the duct, no central catheterization of the ulnar vein (51.11 %), arterial pressure was reduced by more than 1/4 of the outgoing level, 11.11 % A glucose solution was injected, which is unacceptable without determining the glucose level. 24.44 % of patients didn`t undergo electrocardiography at the pre-hospital stage, 20 % of patients have received polypragmatic treatment with different medications (no-spa, papaverine, dibazol, furosemide, korglikon, dexon, etc.).

We have found that most of the mistakes were associated with inadequate diagnosis and medication at the prehospital stage were made by the medical assistant`s medical teams.

Conclusions.

1. The most effective treatment for hemorrhagic stroke is surgical intervention in the first 6 hours after the onset of a stroke.

2. With the progressing course of hemorrhagic stroke, there is an early occurrence of intra- and extracerebral complications, which can`t be corrected and could lead to a fatal outcome in a short time.

Key words: acute disorders of cerebral circulation, hemorrhagic stroke, treatment.

Відомості про авторів:

Зозуля Андрій Іванович — доктор медичних наук, професор кафедри медицини невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) 518-62-11.

Зозуля Іван Савович — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) 518-62-11.

Волосовець Антон Олександрович — докторант кафедри медицини невідкладних станів Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кандидат медичних наук. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Кім Ірина Валентинівна — кандидат медичних наук, лікар-невролог Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Камінський Анатолій Олександрович — завідувач II нейрохірургічним відділенням Київської медичної клінічної лікарні швидкої медичної допомоги. Адреса: м. Київ, вул. Братиславська, 3.

УДК616.8:617.586 — 007.248: 616.379 — 008.64

ЗМІНИ ВЕГЕТАТИВНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ДІАБЕТИЧНОЮ АРТРОПАТІЄЮ СТОПИ

О. Є. Юрик

**ДУ «Інститут травматології
та ортопедії НАМН України», м. Київ**

Вступ. Цукровий діабет — одна з найпоширеніших хвороб сьогодення.

Мета: дослідити зміну вегетативної регуляції у пацієнтів з діабетичною артропатією стопи на етапі передопераційної підготовки.

Матеріали і методи: обстежено 41 пацієнта клінічно та за допомогою приладу «Вегето-СПЕКТР».

Результати. Встановлені ознаки периферичної вегетативної нейропатії з переважанням ураження парасимпатичного відділу нервової системи. Центральні механізми вегетативної регуляції майже не порушувалися.

Висновок. Системний підхід дозволив правильно вибрати метод оперативного втручання та провести адекватні засоби реабілітації.