

**Summary**

EPIDEMIOLOGY OF INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGES IN PRETERM NEWBORNS IN POLTAVA REGION FOR 2006 – 2014  
Artyomova N. S.

Key words: epidemiology, intraventricular hemorrhage, preterm infant, morbidity, mortality.

Hemorrhagic brain damages are the most common pathologies in prematurely newborns, a third of which are severe intraventricular hemorrhage. Despite the prevalence of this disease, epidemiological data published in relevant sources are insufficient. Purpose of the study was to evaluate epidemiological values of morbidity and mortality in preterm babies with intraventricular hemorrhage, III – IV degree in the Poltava region for 2006 – 2014 and to assess pathological conditions associated with severe intraventricular hemorrhage among preterm babies. Materials and methods. The analysis of the reporting documents for the 2006 – 2014 and a retrospective analysis of medical charts of 92 newborns who were under the care in the intensive care units at medical settings of Poltava region for 2006 – 2014. The results and discussion. During 2006 – 2007 there was an increase in incidence (8.2‰) and mortality (7.95‰) among preterm babies with severe intraventricular hemorrhages. A gradual decrease of both indices occurred during 2008 – 2012, with a maximum decrease in 2012 (9, 7‰). Since 2013 there was a growth in incidence (up to 17, 65% in 2013, and up to 21.3‰ in 2014) and mortality in preterm babies of this disease (6.31‰ in 2013, 8, 77% in 2014). The case-fatality rate in children with intraventricular hemorrhages has been remaining quite high since 2007, demonstrating the tendency to growth. Having analyzed pathological conditions associated with hemorrhagic brain damages, we found diseases that increase the risk of fatal outcomes in children with intraventricular hemorrhage III – IV degree. Conclusions. It has been established that in the Poltava region during the last decades there is an increase in morbidity and mortality among preterm babies with severe intraventricular hemorrhages. Asphyxia, open ductus arteriosus, arterial hyper- and hypotension, syndrome of respiratory disorders that occur for the first days of life worsen the prognosis of hemorrhagic brain damages.

УДК 616.24-002-085:364.2-781.3

**Березняков В.И.**

**ОПРОС ВРАЧЕЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ О СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

*Ступенчатая терапия представляет собой одну из технологий разумного использования антибиотиков, которая недостаточно широко используется в клинической практике. Целью данного исследования явилась оценка и анализ состояния знаний отечественных врачей о ступенчатой терапии и связанных с ней распространенных ошибок и заблуждений. В опросе приняло участие 123 врача, в том числе 60 (48,8%) терапевтов, 12 (9,8%) семейных врачей и 22 педиатра (17,9%). Опросник включал 10 вопросов, к каждому из которых предлагалось по 5 вариантов ответов. 37,4% респондентов неправильно ответили на вопрос о том, что такое ступенчатая терапия. 63,4% опрошенных неправильно определили сроки перевода больных на прием лекарств внутрь. 56,4% респондентов ошибочно определили сопутствующие заболевания как критерий исключения из числа кандидатов на ступенчатую терапию. Среди сопутствующих заболеваний наибольшие опасения у респондентов вызывают хроническая почечная недостаточность (84,6%) и тяжелые заболевания печени (81,3%). Низкая осведомленность препятствует широкому внедрению ступенчатой терапии. Наличие сопутствующих заболеваний также ограничивает использование ступенчатой терапии.*

Ключевые слова: ступенчатая терапия, внебольничная пневмония, опросник.

*Настоящее исследование является фрагментом научно-исследовательской работы кафедры терапии Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО) «Внебольничная пневмония у больных с сопутствующим сахарным диабетом и/или хронической сердечной недостаточностью: клиника, антибактериальная терапия, прогноз», № государственной регистрации О112U000981.*

Одним из способов сокращения длительности пребывания больного в стационаре и расходов на оказание медицинской помощи при сохранении высокой клинической эффективности терапии является перевод пациента с парентерального на непарентеральный путь введения медикаментов (ступенчатая терапия). Такой подход широко используется при лечении нестероидными противовоспалительными средствами, глюкокортикоидными гормонами,

однако в современной клинической практике ступенчатая терапия наибольшее распространение получила при лечении инфекций, в частности, пневмонии. Согласно оценкам экспертов Американского общества инфекционных болезней (IDSA) и Американского торакального общества (ATS), две трети больных с внебольничной пневмонией (ВП) могут быть переведены с внутривенного (в/в) введения антибиотиков на прием их внутрь спустя 3 сут. от начала

заболевания [7]. Следует отметить, что предложения проводить ступенчатую терапию у больных ВП включены в действующие рекомендации в США, Европейском Союзе, Российской Федерации, Украине [1, 2, 6, 7]. Однако на пути внедрения ступенчатой терапии в клиническую практику стоит ряд барьеров и в целом ситуация представляется далекой от оптимизма [4].

### **Цель исследования**

Анализ состояния знаний отечественных врачей о ступенчатой терапии, распространенных ошибок, и заблуждений, связанных с данной технологией разумного использования антибиотиков.

### **Объект и методы исследования**

Для проведения опроса, посвященного сту-

пенчатой терапии, был разработан специальный опросник, состоящий из 10 вопросов, к каждому из которых предлагалось по 5 вариантов ответов. Опрошенные могли выбрать как один, так и несколько (вплоть до 5) вариантов правильных ответов. Поэтому сумма ответов на многие вопросы значительно, иногда в разы, превышала 100%.

В опросе приняло участие 123 врача, из них 60 (48,8%) терапевтов, 32 (26%) семейных врачей, 24 педиатра (19,5%), 3 оториноларинголога (2,4%), 4 кардиолога (3,3%). В некоторых заполненных анкетах отсутствовали сведения о должности или врачебной категории. Такие анкеты тоже включены в окончательный анализ. Распределение опрошенных по должности и врачебной категории представлено в табл.

*Таблица  
Характеристика опрошенных врачей*

Показатель	Количество человек	%
Заведующие отделением	9	7,3
Ординаторы стационаров	5	4,1
Сведения о должности отсутствуют	2	1,6
Врачи амбулаторно-поликлинической службы	80	65
Врачи интерны	27	22
Терапевты	60	48,8
Семейные врачи	32	26
Педиатры	24	19,5
Кардиологи	4	3,3
Оториноларингологи	3	2,4
Высшая врачебная категория	18	14,6
Первая врачебная категория	25	20,3
Вторая врачебная категория	7	5,7
Категория отсутствует	37	30,1
Сведения о категории отсутствуют	34	27,6

### **Результаты исследований и их обсуждение**

В литературе ступенчатая терапия определяется как двухэтапное применение антиинфекционных препаратов с переходом с парентерального на непарентеральный (как правило, пероральный) путь введения в возможно более короткие сроки с учетом клинического состояния пациента [3]. На вопрос о том, что такое ступенчатая терапия, правильно ответили 98 (79,7%) человек. 10,6% врачей отнесли к ступенчатой терапии замену первоначально выбранного антибиотика в случае неэффективности стартовой антибактериальной терапии (АБТ). В действительности, это – стандартная врачебная процедура при проведении АБТ. Данное утверждение в полной мере относится и к добавлению второго антибиотика в случае неэффективности стартовой антибактериальной терапии, которое ошибочно трактовали как ступенчатую терапию 13,8% опрошенных. Еще 13% опрошенных ошибочно отнесли к ступенчатой терапии проведение стандартных курсов лечения сначала одним, а затем другим антибиотиком. Это распространенное заблуждение о допустимости последова-

тельной курсовой АБТ является грубой врачебной ошибкой. Наконец, 14,6% врачей отнесли к ступенчатой терапии перевод больного на лечение антибиотиком (или антибиотиками) более узкого спектра действия после получения результатов микробиологического исследования. На самом деле под данное определение попадает иная технология разумного использования антибиотиков, известная под названием де-эскалационной терапии.

В своей практике при первой возможности ступенчатую терапию используют 20 человек (16,3%), «часто» – 29 опрошенных (23,6%). Почти половина опрошенных – 58 врачей (47,2%) прибегают к ней «иногда», 22 врача (17,9%) – никогда не используют, а 3 человека (2,4%) используют ее только по настоянию вышестоящего руководителя (профессора/доцента/заведующего отделением).

Суть третьего вопроса сводилась к характеристике условий перевода больного с ВП на ступенчатую терапию. Из пяти предложенных вариантов правильными были четыре. 114 опрошенных (92,7%) отметили стабилизацию клинического состояния пациента, 49 врачей (39,8%) указали интактный и функционирующий желудочно-кишечный тракт. Еще

51 человек (41,5%) отметили согласие (или настроенность) больного, 56 опрошенных (45,5%) указали нормализацию температуры тела. Все вышеназванные критерии перечислены в действующем в Украине протоколе по оказанию медицинской помощи больным с ВП [2]. А вот нормализация содержания С-реактивного белка в крови, которую отметили 12 человек (9,8%), таковым критерием не является.

Критериями исключения из числа кандидатов на проведение ступенчатой терапии явля-

ются нарушение сознания (отметили 103 (83,7%) опрошенных), потребность в проведении искусственной вентиляции легких (указали 97 (78,9%) человек) и гипотензия (систолическое артериальное давление <90 мм рт. ст.; правильно ответили 45 (36,7%) опрошенных). 34 врача (27,6%) ошибочно отнесли к критериям исключения хроническую сердечную недостаточность, 36 опрошенных (29,4%) – опухоли любой локализации (рис. 1).

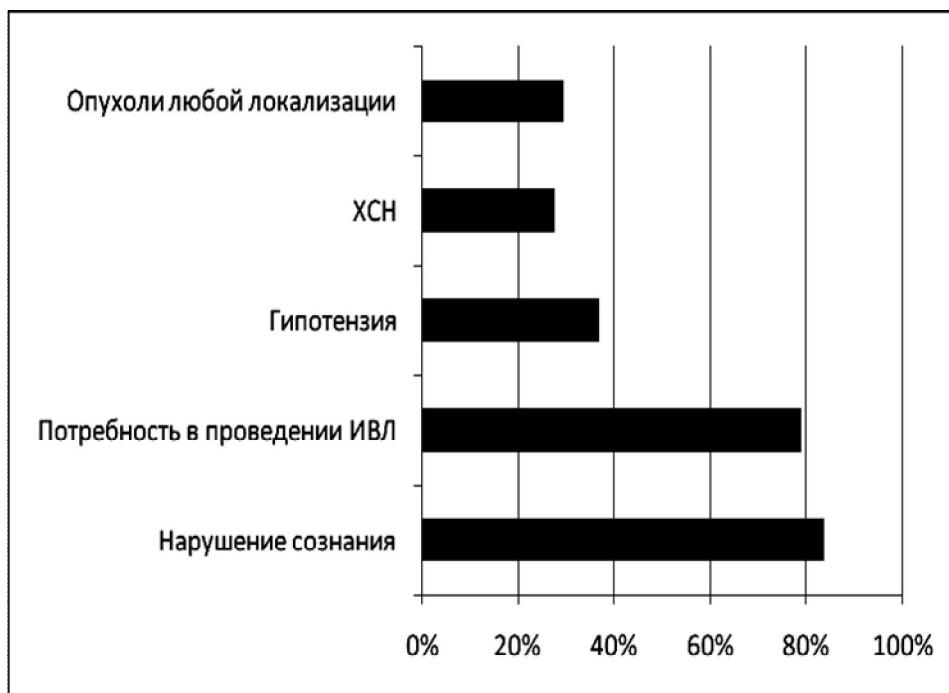


Рис. 1. Возможные, по мнению опрошенных врачей, критерии исключения больных из числа кандидатов на проведение ступенчатой терапии.

Согласно действующим в Украине рекомендациям переводить больных с ВП на ступенчатую терапию следует после стабилизации клинического состояния, одним из критериев которой является нормализация температуры тела [2]. Правильные ответы указали соответственно 46,3% и 74,8% опрошенных. Еще одним (и убедительно научно обоснованным подходом) является ранний перевод (спустя 2–4 суток парентеральной АБТ) [5]. Его указали 45,5% опрошенных. Другие варианты ответов: «на усмотрение лечащего врача» (отметили 23,6% опрошенных) и «перед выпиской из стационара для долечивания в амбулаторных условиях» (указали 39,8% врачей) являются ошибочными.

К классам антибиотиков, которые можно с успехом применять для проведения ступенчатой терапии, относятся β-лактамы (отметили 79,7% врачей), макролиды (указали 70,7%

врачей) и фторхинолоны (66,7% положительных ответов). Что касается антибиотиков групп аминогликозидов (26% ответов) и тетрациклинов (11,4% ответов), то их для ступенчатой терапии не применяют – ввиду отсутствия пероральных форм (в случае аминогликозидов) или препаратов для парентерального введения (в случае тетрациклинов).

В седьмом вопросе предлагалось отметить, при каких сопутствующих заболеваниях эффективность ступенчатой терапии, по мнению опрашиваемого, будет снижаться. В качестве вариантов ответов были предложены следующие заболевания, нередко сопутствующие ВП: сахарный диабет (48,8% ответов), хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) (37,4%), тяжелые заболевания печени (81,3%), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (40,7%) и хроническая почечная недостаточность (ХПН) (84,6%) (рис. 2).

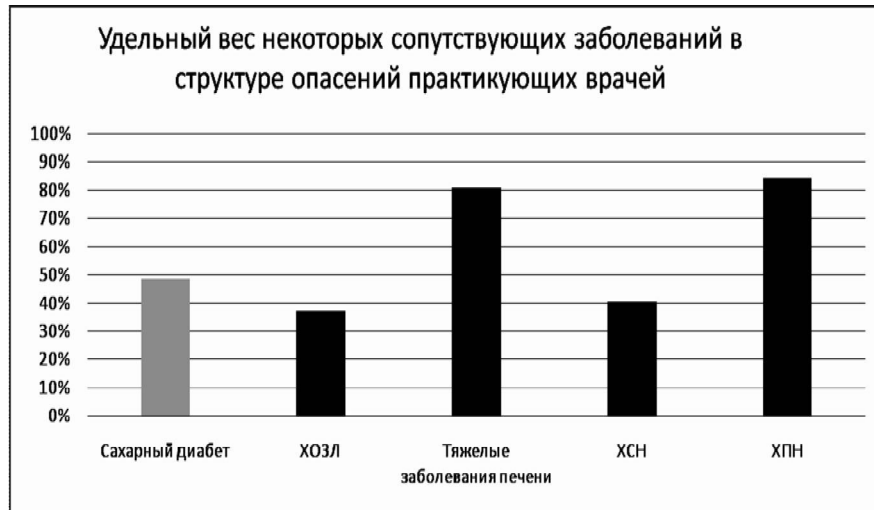


Рис. 2. Удельный вес некоторых сопутствующих заболеваний, которые, по мнению практикующих врачей, способны снижать эффективность ступенчатой терапии.

Вышеперечисленные заболевания, безусловно, оказывают значительное негативное влияние на здоровье, прогноз и качество жизни пациента, в особенности это касается пациентов с коморбидными состояниями, однако они непосредственно не влияют на эффективность ступенчатой терапии и не могут быть препятствием для применения данного подхода к лечению.

В недавней работе был проведен анализ различных факторов, препятствующих внедрению ступенчатого подхода к лечению в клиниках европейских стран [4]. В рамках данного опроса мы попытались выяснить, какие из нижеследующих факторов, по мнению практикующих врачей, затрудняют своевременный перевод больных с парентерального введения антибиотиков на прием их внутрь: совпадение дня ожидаемого перевода с выходными или праздничными днями (35% ответов), забывчивость врача (30,9%), незнание врачом действующих рекомендаций (50,4%), (негативное по отношению к ступенчатой терапии) мнение руководителей (заведующего отделением/доцента/профессора) (39%), наличие у пациента сопутствующих заболеваний (82,9%). Полученные результаты говорят о том, что коморбидные состояния вызывают у врачей наибольшие опасения, которые, по-видимому, объясняются тем, что ведение таких пациентов связано с дополнительными рисками. Однако сам факт наличия сопутствующей патологии не может служить основанием для отказа от проведения ступенчатой терапии по ряду причин: отсутствие доказательств отрицательного влияния сопутствующей патологии на эффективность ступенчатой терапии; легкая или средняя степень тяжести сопутствующей патологии в фазе ремиссии; отсутствие причинно-следственных связей между имеющимися заболеваниями (этиологических, патогенетических) и пр.

Ступенчатая терапия заключается в переводе пациентов с парентерального на другой (как правило, пероральный) путь введения медикаментов. В связи этим при применении ступенчатого подхода необходимо учитывать биодоступность пероральных форм препаратов, на которые переводится пациент, и некоторые другие факторы. Негативное влияние на эффективность пероральной АБТ могут оказывать или, несомненно, оказывают: прием пищи (45,5% ответов), прием антацидов (69,9%), неприятные органолептические свойства антибиотиков для приема внутрь (горький вкус, большие размеры таблеток и т.д.) (49,6%), увеличение кратности приема антибиотиков (41,5%). Более четверти (26,8%) опрошенных ответили, что эффективность пероральной АБТ могут снижать те же самые факторы, что и при парентеральной антибиотикотерапии, что, безусловно, является ошибочным утверждением.

Ступенчатый подход к лечению предоставляет ряд преимуществ не только стационарам, но и пациентам [3]. Мы попытались оценить значимость этих преимуществ для пациентов с точки зрения практикующих врачей и получили такие результаты: уменьшение количества инъекций и снижение риска постинъекционных осложнений (в обоих случаях отметили по 86,2% врачей), возможность долечивания в домашних условиях (88,6%), уменьшение риска нозокомиальных инфекций (68,3%). Наименьшее количество врачей (11, или 8,9%) посчитали, что преимущества для пациентов отсутствуют, что не соответствует действительности.

### Выводы

1. Примерно пятая часть опрошенных врачей практически не использует ступенчатую терапию в клинической практике.
2. Большинство врачей придает неоправданно большое значение наличию сопутствующей патологии и ошибочно связывает с

нею зниження ефективності ступенчатої терапії.

3. Внедренню ступенчатої терапії в широкую клінічну практику перешкоджає також низка осведомленість лікарів об цій технології розумного використання антибіотиків.

### Перспективи дальніших досліджень

Основою на отриманих даних, можна з впевненістю утвердити об збільшенні значимості коморбідних станів в практиці лікарів будь-якої спеціальності, що узгодиться з літературними даними. Данна тенденція диктує необхідність в проведенні нових досліджень, в рамках яких будуть порівнюватися групи пацієнтів з коморбідними станами з такими без супутньої патології. Отримані дані дозволять виділити особливості діагностики, течія різних комбінацій захворювань. Появиться можливість розробити стратегію лікування таких пацієнтів, основою на переконливих доказах, а також внести необхідні зміни в діючі рекомендації або розробити нові, орієнтовані на пацієнтів з коморбідними станами.

В даному дослідженні була продемонстрована низка інформованості вітчизняного медичного суспільства об ступенчатій терапії, що веде до її обмеженого використання або ігнорування. Перевага об використанні ступенчатого підходу до лікування є доказаним фактом, тому необхідно покращити інформованість практикуючих лікарів об цій технології розумного використання антибіотиків. Достигнути цього можна за допомогою організації освітніх програм для практикуючих лікарів: форумів, семінарів, конференцій, спеціальних освітніх тренінгів в рамках програм до-, так і післядипломної освіти.

### Реферат

ОПИТУВАННЯ ЛІКАРІВ ПРАКТИЧНОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЩОДО СТУПІНЧАТОЇ ТЕРАПІЇ

Березняков В.І.

Ключові слова: ступінчаста терапія, негоспітальна пневмонія, опитувальник.

Ступінчаста терапія є однією з технологій розумного застосування антибіотиків, яка недостатньо широко використовується в клінічній практиці. Метою даного дослідження була оцінка та аналіз стану знань вітчизняних лікарів щодо ступінчатої терапії та поширених помилок, пов'язаних з нею. В опитуванні взяло участь 123 лікарі, в тому числі 60 (48,8%) терапевтів, 12 (9,8%) сімейних лікарів та 22 педіатри (17,9%). Опитувальник включав 10 запитань, до кожного з яких пропонувалося по 5 варіантів відповідей. 37,4% респондентів неправильно відповіли на запитання стосовно того, що таке ступінчаста терапія. 63,4% опитаних неправильно визначили терміни переведення хворих на прийом ліків у пероральній формі. 56,4% респондентів помилово визначили супутні захворювання критерієм виключення з числа кандидатів на ступінчасту терапію. Серед супутніх хвороб найбільше побоювання у респондентів викликають хронічна ниркова недостатність (84,6%) і важкі захворювання печінки (81,3%). Низький рівень інформованості перешкоджає широкому впровадженню ступеневої терапії. Наявність супутніх захворювань також заважає застосуванню ступінчатої терапії.

### Література

1. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / [А.Г. Чучалин, А.И. Синопольников, Р.С. Козлов и др.]. – Москва, 2010. – 608 с.
2. Протокол надання медичної допомоги хворим на негоспітальну та нозокоміальну (госпітальну) пневмонію у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія. Затверджений наказом МОЗ України від 19.03.2007 р. - № 128.
3. Стречунський Л.С. Ступенчатая терапия: новый подход к применению антибактериальных препаратов / Л.С. Стречунский, О.Л. Розенсон // Клини. фармакол. тер. – 1997. - № 6 (4). - С. 15–24.
4. Engel M.F. Barriers to an early switch from intravenous to oral antibiotic therapy in hospitalized patients with CAP / M.F. Engel, D.F. Postma, M.E. Hulscher [et al.] // Eur. Respir. J. – 2013. – Vol. 41 (1). – P. 123–130.
5. Athanassa Z. Early switch to oral treatment in patients with moderate to severe community-acquired pneumonia / Z. Athanassa, G. Makris, G. Dimopoulos [et al.] // A meta-analysis. Drugs. – 2008. – Vol. 68 (17). – P. 2469–2481.
6. Woodhead M. Guidelines for the management of lower respiratory tract infections / M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig [et al.] // Clin. Microbiol. Infect. – 2011. – Vol. 17, Suppl. 6. – P. 1–24.
7. Mandell L.A. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults / L.A. Mandell, R.G. Wunderink, A. Anzueto [et al.] Clin. Infect. Dis. – 2007. – Vol. 44 (suppl). – P. S27–S72.

### References

1. Chuchalin A.G. Vnebol'nichnaja pnevmonija u vzroslyh: prakticheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniju i profilaktike / [A.G. Chuchalin, A.I. Cinopal'nikov, R.S. Kozlov i dr.]. – Moskva, 2010. – 608 s.
2. Protokol nadannja medichnoї dopomogi hvorim na negospital'nu ta nozokomial'nu (gospital'nu) pnevmoniju u doroslih osob: etiologija, patogenez, klasifikacija, diagnostika, antibakterial'na terapija. Zatverdzenij nakazom MOZ Ukraini vid 19.03.2007 r. - № 128.
3. Strachunskij L.S. Stupenchataja terapija: novyj podhod k primeneniju antibakterial'nyh preparatov / L.S. Strachunskij, O.L. Rozenson // Klin. farmakol. ter. – 1997. - № 6 (4). - S. 15–24.
4. Engel M.F. Barriers to an early switch from intravenous to oral antibiotic therapy in hospitalized patients with CAP / M.F. Engel, D.F. Postma, M.E. Hulscher [et al.] // Eur. Respir. J. – 2013. – Vol. 41 (1). – P. 123–130.
5. Athanassa Z. Early switch to oral treatment in patients with moderate to severe community-acquired pneumonia / Z. Athanassa, G. Makris, G. Dimopoulos [et al.] // A meta-analysis. Drugs. – 2008. – Vol. 68 (17). – P. 2469–2481.
6. Woodhead M. Guidelines for the management of lower respiratory tract infections / M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig [et al.] // Clin. Microbiol. Infect. – 2011. – Vol. 17, Suppl. 6. – P. 1–24.
7. Mandell L.A. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults / L.A. Mandell, R.G. Wunderink, A. Anzueto [et al.] Clin. Infect. Dis. – 2007. – Vol. 44 (suppl). – P. S27–S72.

**Summary**

SURVEY OF PRACTICAL PHYSICIANS ON SEQUENTIAL THERAPY

Bereznyakov V.I.

Key words: sequential therapy, community-acquired pneumonia, questionnaire.

Sequential therapy belongs to technologies of prudent use of antibiotics, but is quite seldom implemented in clinical practice. The objective of our study was to evaluate and analyze the awareness of local doctors about sequential therapy and related common mistakes and misconceptions. The survey involved 123 physicians, including 60 (48.8%) therapists, 12 (9.8%) family doctors and 22 pediatricians (17.9%). The questionnaire consisted of 10 questions and each of them offered 5 answer options. 37.4% of respondents answered incorrectly the question "what is the sequential therapy". 63.4% of the respondents incorrectly identified optimal time to prescribe taking oral drugs. 56.4% of respondents identified comorbidities as exclusion criteria for sequential therapy program. Chronic kidney failure (84.6%) and severe liver disease (81.3%) were described as main concern for our respondents among the concomitant diseases. Low awareness prevents the widespread implementation of sequential therapy. Comorbidities interfere in sequential therapy as well.

УДК 616.831-005.4-036.8:616.12-008.331.1

**Гелетюк Ю.Л., Черенько Т.М.**

**ФУНКЦІОНАЛЬНЕ І НЕВРОЛОГІЧНЕ ВІДНОВЛЕННЯ НЕВРОЛОГІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ РІЗНИХ СТУПЕНІВ ТЯЖКОСТІ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

*Вступ. Питання впливу артеріальної гіпертензії на функціональне і неврологічне відновлення та якість життя залишається відкритим. Мета дослідження. Вивчити динаміку функціонального відновлення та показників якості життя у хворих з ішемічним інсультом на тлі артеріальної гіпертензії різних ступенів тяжкості протягом 6 місяців. Матеріали і методи: Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження 105 пацієнтів, 47,6% жінок та 52,4% чоловіків (середній вік – 67,3±1,09 років) з ішемічним інсультом та артеріальною гіпертензією. Результати дослідження. Як в кінці гострого періоду інсульту, так і на 180 добу достовірно вищим був ступінь функціонального обмеження у хворих у разі гіпертензії III ст. порівняно з таким при АГ I та II ст. Якість життя суттєво погіршувалась в гострому періоді інсульту. Через 6 місяців виявлено неповне її відновлення. Висновки. Зі ступенем артеріальної гіпертензії достовірно корелювали тяжкість неврологічних розладів та функціональні наслідки ( $r=0,34$ ,  $r=-0,53$ ). Через 6 місяців виявлено покращення за всіма показниками категорії фізичного компоненту здоров'я, окрім інтенсивності болю.*

Ключові слова: ішемічний інсульт, функціональне та неврологічне відновлення, артеріальна гіпертензія, якість життя.

*Публікація є частиною планової науково-дослідної роботи кафедри неврології НМУ ім. О.О. Богомольця з теми: Клініко-параклінічна характеристика і патогенетичні співставлення у хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу; оптимізація методів лікування та профілактики рецидиву. Номер держреєстрації 0105U001317.*

**Вступ**

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним із провідних факторів ризику розвитку інсульту [15], другою за поширеністю причиною смертності у світі і основною причиною довготривалої інвалідизації населення [7]. У структурі смертності до 13,5 % випадків смерті пов'язані з підвищеним рівнем артеріального тиску (АТ) [3].

На наслідки перенесеного інсульту впливає багато чинників і роль артеріальної гіпертензії, її тяжкості, тривалості та інших характеристик у відновленні неврологічних функцій післяінсультних хворих залишається відкритим для дискусії питанням [7, 8, 13, 14, 15, 17].

Динаміка показників якості життя (ЯЖ) в період після мозкової катастрофи суттєво відрізняється у різних категорій хворих і роль преморбідної артеріальної гіпертензії може позначатись на цьому процесі [2, 4, 5, 6, 11].

**Мета дослідження**

Вивчити динаміку функціонального відновлення та показників якості життя у хворих з ішемічним інсультом на тлі артеріальної гіпертензії різних ступенів тяжкості протягом 6 місяців.

**Матеріали та методи дослідження**

Проведено комплексне клініко-неврологічне обстеження 105 пацієнтів, 50 (47,6%) жінок та 55 (52,4%) чоловіків, середній вік – 67,3±1,09 років, з ішемічним інсультом, які поступили до відділення судинного профілю Олександрівської клінічної лікарні та Київської міської клінічної лікарні №4 протягом 12 годин після виникнення мозкової катастрофи.

Критеріями включення були: первинний ішемічний інсульт в поєднанні з артеріальною гіпертензією, можливість контакту з пацієнтом та його рідними протягом всього періоду спостереження.