

атерогенності — у 64,5 %, підвищення показників тригліцеридів — у 20,9 % випадків, С-реактивного протеїну — у 24,2 %, сечової кислоти — у 16,1 %.

**Висновки.** У хворих на АГ спостерігали значне поширення недиференційованої дисплазії сполучної тканини, чим більше спостерігається ознак дисплазії сполучної тканини, тим вищий ступінь гіпертонії. У хворих на артеріальну гіпертензію, поєднану з дисплазією сполучної тканини, поширені зміни з боку серцево-судинної системи, органів зору, внутрішніх органів та кістково-суглобової системи. Чим більше виражена дисплазія сполучної тканини в поєднанні з показниками активності запального процесу, тим тяжчий клінічний перебіг захворювання, більший ризик розвитку ускладнень.

## Інсульт: тактика, стратегія ведення, профілактика

Зозуля І.С., Волосовець А.О., Зозуля А.І.

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

**Актуальність.** У країнах Західної Європи інсульт вражає щорічно понад мільйон людей із смертністю 100 осіб на 100 тис. населення. В Україні зареєстровано понад 13 тис. хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК), що у 2,7 раза більше, ніж хворих на інфаркт міокарда. Рівень смертності від ГПМК в Україні у 2,5 раза перевищує показники інших країн.

Сьогодні гостро стоїть питання не тільки діагностичної, лікувальної тактики, але й розробки профілактичних заходів.

**Мета дослідження:** визначитися з тактичними питаннями діагностики, клініки, ведення хворих з ГПМК та профілактичними напрямками.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз ведення хворих з ГПМК, що перебували в II нейрохірургічному відділенні КМКЛ ШМД та Олександрівській міській клінічній лікарні у 2016 році. Використані клінічні, лабораторні методи дослідження, методи нейровізуалізації (КТ, МРТ, ангіографія, ультразвукова доплерографія), статистичні методи.

**Результати та обговорення.** Лікування хворих на гострий інсульт повинно проводитись згідно з уніфікованим та локальним протоколами. Усі хворі з ішемічним і геморагічним інсультом у гострий період підлягають терміновій госпіталізації в спеціалізовані інсультні відділення — реанімаційне або нейрохірургічне залежно від ступеня тяжкості. На догоспітальному етапі повинна проводитись оцінка стану неврологічних функцій, оцінка вітальних функцій (пульс, АТ, температура тіла, глюкоза, дихання), термінова госпіталізація хворого.

Лікувальна програма мозкового інсульту полягала в регуляції функції зовнішнього дихання шляхом активної оксигенації через носовий катетер, маску при підтримці прохідності дихальних шляхів, інтубації трахеї, при необхідності — ШВЛ.

Виконується нормалізація функції серцево-судинної системи, регуляція артеріального тиску з використанням гіпотензивних засобів, при гіпотензії й слабкості серцевої діяльності — вазопротекторів, кардіотоніків, кортикостероїдів. Слід здійснювати контроль метаболізму глюкози (застосування короткотривалої інсулінотерапії) та температури тіла (прийом парацетамолу). Проводиться лікування набряку головного мозку (підняття голови та верхньої частини тулуба на 20–30°), нормалізація водно-електролітного балансу; осмотерапія, профілактика тромбозу глибоких вен ніг та тромболітичне лікування артерії.

Інтенсивна терапія геморагічного інсульту повинна починатись з перших годин після госпіталізації в стаціонар. Проводиться зниження АТ, нормалізація рухової функції, температури тіла, керування метаболізмом глюкози. Ведеться боротьба з набряком головного мозку, запобігання дислокації стовбурових структур, стимуляції гемостазу, метаболічний захист мозку з використанням антиоксидантів з нейро- та ангіопротекторними властивостями. Хірургічне лікування паренхіматозного крововиливу проводять за наявності латеральних гематом і крововиливу в мозочок. При субарахноїдальному крововиливі борються з ангіоспазмом. З цією метою призначають антагоніст кальцію — німотоп.

При спінальному інсульті також призначають засоби, що нормалізують серцеву діяльність, АТ, покращують мікроциркуляцію та метаболізм нейронів тканин мозку. Проводять гепаринізацію в малих дозах. Лікування узгоджують з хірургами та нейрохірургами.

Загальні положення первинної профілактики: виявлення та корекція факторів ризику інсульту, призначення антиагрегантів, антикоагулянтів непрямої дії, застосування статинів, при необхідності — каротидна ендартеректомія.

## Оцінка поширеності факторів ризику розвитку хронічної ішемії мозку у хворих зі стенокардією напруження

Інгула Н.І.

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

**Актуальність.** Дисбаланс між симпатичною та парасимпатичною складовими вегетативної нервової системи відіграє важливу роль у розвитку стенокардії напруження. Збільшення симпатичних впливів на серце призводить до підвищення тону коронарних судин, прогресування атеросклерозу, формування схильності до тромбоутворення, сприяє ішемії міокарда, що підвищує ризик виникнення гострого інфаркту міокарда та гострого порушення мозкового кровообігу.

**Мета дослідження:** оцінити поширеність факторів ризику розвитку хронічної ішемії мозку у хворих зі стенокардією напруження.

**Матеріали та методи.** Обстежено 29 хворих віком від 45 до 74 років (середній вік 53,1 ± 11,4 року), 10 чоловіків та 19 жінок. Усі пацієнти були розподілені на дві