

Матеріал та методи дослідження. Було обстежено 56 хворих (середній вік — $57,7 \pm 1,5$ року) із ПКР. Проведені загальноклінічне і неврологічне обстеження, нейропсихологічне тестування (MMSE, FAB, МоСА, літеральні асоціації, таблиці Шульге, BDI, шкала депресії Гамільтона), транскраніальна доплерографія (ТКДГ) із проведенням проби з короткочасною затримкою дихання та компресійної проби.

Результати та їх обговорення. В обстежених хворих були виявлені наступні підтипи ПКР: амнестичний мультифункціональний (80 % — 45 хворих), амнестичний монофункціональний (5 % — 3 хворих) та неамнестичний мультифункціональний (15 % — 8 хворих) (за класифікацією Petersen R., 2004). У всіх 56 хворих було виявлено зниження середніх показників лінійної швидкості кровотоку (ЛШК) у спокої за середньою мозковою артерією порівняно з нормальними значеннями у відповідному віці (ЛШК $72,6 \pm 3,3$; $p < 0,05$). Значимої різниці даного показника при різних підтипах ПКР отримано не було ($p = 0,16$). При проведенні проб із затримкою дихання і компресійної проби отримано підвищення ЛШК за середніми мозковими артеріями та зниження індексу периферичного опору (ІПО): при амнестичному монофункціональному варіанті ПКР ЛШК після проби із затримкою дихання — $82,7 \pm 2,6$; $p < 0,05$; ІПО — $0,96 \pm 0,30$; $p < 0,05$; ЛШК після компресійної проби — $81,3 \pm 2,2$; $p < 0,05$; ІПО — $0,92 \pm 0,30$; $p < 0,05$; при амнестичному мультифункціональному ЛШК після проби із затримкою дихання — $86,4 \pm 2,6$; $p < 0,05$; ІПО — $0,95 \pm 0,70$; $p < 0,05$; ЛШК після компресійної проби — $86,1 \pm 5,2$; $p < 0,05$; ІПО — $0,92 \pm 0,40$; $p < 0,05$ та неамнестичному мультифункціональному підтипі ПКР ЛШК після проби із затримкою дихання — $85,3 \pm 2,7$; $p < 0,05$; ІПО — $0,95 \pm 0,30$; $p < 0,05$; ЛШК після компресійної проби — $88,8 \pm 4,1$; $p < 0,05$; ІПО — $0,94 \pm 0,60$; $p < 0,05$.

Висновки. За результатами дослідження найбільш чутливі до порушень гемодинаміки і змін судинного тону серед когнітивних функцій виявилися регуляторні функції ($p < 0,05$), увага ($p < 0,05$) та пам'ять ($p < 0,05$). Подальше проведення досліджень у даному напрямку може допомогти уточнити вплив різних видів порушень системної та церебральної гемодинаміки, порушень вазореактивності на когнітивну функцію взагалі та визначити найбільш чутливі домени, ураження яких формуватиме різні підтипи синдрому ПКР.

УДК 616.831-005.4-005.1-085.2/.3

ГОСТЄВА Г.В

Херсонська міська клінічна лікарня

ім. Є.Є. Карабелеша, м. Херсон, Україна

Адреса для листування з автором:

E-mail: gostyc@mail.ru

ДОСВІД ПРОВЕДЕННЯ ТРОМБОЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ІШЕМІЧНОМУ ІНСУЛЬТІ

Актуальність. На сьогодні тромболітична терапія (ТЛТ) при ішемічному інсульті — єдиний етіопатоген-

нетичний метод лікування ішемічного інсульту. Але, з урахуванням ризику кровотечі, а також наявності протипоказань, проведення тромболітичної терапії є можливим не в усіх хворих з ішемічним інсультом. Точаться дискусії щодо переваги користі або ризиків при проведенні ТЛТ, тому вирішення цього питання є надзвичайно актуальним (Хобзей Н.К., Міщенко Т.С., 2010).

Мета: аналіз результатів проведеної тромболітичної терапії при ішемічному інсульті.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовані результати лікування 45 пацієнтів з ішемічним інсультом, яким була проведена тромболітична терапія (актелізе) на базі міського інсультного центру м. Херсона за період 2010–2014 рр. Основними критеріями оцінки враховувалися рівні неврологічного дефіциту (NIHSS) на момент госпіталізації та після проведеного лікування і проміжок часу від початку захворювання та введення тромболітика (актелізе).

Результати дослідження. На момент госпіталізації 30 (67 %) пацієнтів мали грубий неврологічний дефіцит (20–16 балів за шкалою NIHSS), 13 (33 %) — порушення середнього ступеня (11–9 балів) і 2 (4 %) — легкі функціональні порушення. Після проведеного тромболітизму у 8 (18 %) пацієнтів залишився грубий неврологічний дефіцит, у 15 (33 %) — середній, 22 (49 %) хворих виписані з легкими порушеннями. Геморагічні трансформації зони ішемії спостерігалися в 4 хворих, але тільки в одному випадку відмічалось різке погіршення стану і збереження грубого дефіциту на момент виписки. У 3 інших випадках геморагії не викликали погіршення стану пацієнтів.

Висновки. Аналіз результатів лікування дає можливість визнати тромболітичну терапію ефективним і перспективним методом лікування інфаркту мозку, який потребує більш широкого впровадження в повсякденну практику ургентних відділень багатопрофільних лікарень.

УДК 616.831.2-089.5-31.8

ГРЕБЕНИК М.В., САЛІЙ І.І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

Адреса для листування з авторами:

E-mail: margaruta@mail.ru

ДИНАМІКА КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Актуальність. Післяопераційна когнітивна дисфункція (ПОКД) виникає після оперативних втручань і проявляється зниженням уваги, погіршенням пам'яті, підвищенням розумової втомлюваності тощо (Шнайдер Н.А., 2007; Бучакчийська Н.М., 2007). За повідомленнями різних

авторів, частота даного розладу коливається від 7 до 83 % (Keizer A.M. et al., 2000; Lan Gao et al., 2005). Інтерес до вивчення даної патології залишається високим, свідченням тому є значна кількість як зарубіжних, так і вітчизняних публікацій, що з'явилися останніми роками.

Мета роботи: встановити частоту розвитку когнітивної дисфункції після операцій, виконаних в умовах загальної анестезії.

Матеріал та методи дослідження. В динаміці (до оперативного втручання та в ранньому післяопераційному періоді — 2-га доба) проведено дослідження когнітивного функціонування за допомогою МоСА-тесту у 22 пацієнтів ортопедичного відділення. Середній вік — $49,54 \pm 2,48$ року, жінок було 12 (52,17 %). Середня тривалість оперативного втручання в умовах загальної анестезії становила $102,41 \pm 9,92$ хвилини.

Результати дослідження та їх обговорення. Результати МоСА-тесту в доопераційному періоді — $22,04 \pm 0,74$ бала, в ранньому післяопераційному періоді — $21,04 \pm 0,72$ бала ($p = 0,02$). Негативну динаміку діагностовано у 63,64 % пацієнтів. Когнітивне зниження відбувалося за рахунок наступних рубрик МоСА-тесту: зорово-конструктивні навички — $2,40 \pm 0,32$ бала проти $2,50 \pm 0,34$ бала ($p = 0,54$), увага — $5,09 \pm 0,17$ бала проти $5,54 \pm 0,14$ бала ($p = 0,03$), пам'ять — $1,86 \pm 0,30$ бала проти $2,14 \pm 0,32$ бала ($p = 0,05$), мова — $1,36 \pm 0,12$ бала проти $1,45 \pm 0,16$ бала ($p = 0,57$). Різниця в значеннях МоСа-тесту у групах жінок і чоловіків до оперативного втручання та після утримувалася на одному рівні. Негативний вплив вікового фактора підтверджується залежністю між МоСа-тестом та віком ($r = -0,187$ до оперативного втручання та $r = -0,232$ після оперативного втручання). Встановлено помірний негативний кореляційний зв'язок між тривалістю оперативного втручання та МоСа-тестом ($r = -0,35$).

Висновки. ПОКД у ранньому післяопераційному періоді діагностовано у 63,64 % пацієнтів, які перенесли оперативне втручання в умовах загальної анестезії. Встановлено вірогідне зниження таких функцій, як увага та пам'ять, і зафіксовано негативний вплив тривалості загальної анестезії на результат МоСа-тесту.

УДК 616.037+616.831-005.1

ГРИБ В.А., ГЕРАСИМЧУК В.Р., МИХАЛОЙКО О.Я.
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ, Україна

Адреса для листування з авторами:
E-mail: viktorianeuro@gmail.com

ОЦІНКА РІВНЯ НЕЙРОСПЕЦИФІЧНОЇ ЕНОЛАЗИ ЯК ПРОГНОСТИЧНИЙ КРИТЕРІЙ ПЕРЕБІГУ РАНЬОГО ВІДНОВНОГО ПЕРІОДУ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Актуальність. Когнітивні порушення (КП) значною мірою впливають на перебіг відновного періоду ішемічного інсульту (ІІ). Прогноз функціонального наслідку ІІ

важливий для розробки реабілітаційних заходів, і визначення рівня нейронспецифічних білків є перспективним напрямом у даному питанні.

Мета: оцінка динаміки когнітивних порушень та рівня нейронспецифічної енолази (НСЕ) у ранньому відновному періоді ІІ.

Матеріали та методи. Обстежено 40 пацієнтів у ранньому відновному періоді гемісферного ІІ. Когнітивний статус оцінювали із застосуванням шкал MMSE та МоСа. Залежно від початкової (через 1 місяць після ІІ) концентрації НСЕ у крові хворі були рандомізовані на групу 1 (НСЕ < 10,0 нг/мл) та групу 2 (НСЕ > 10,0 нг/мл).

Результати дослідження. Встановлено, що високий рівень НСЕ через 1 міс. після ІІ корелював із наростанням проявів КП протягом наступних 6 міс. за MMSE ($r = -0,77$; $p < 0,05$) та МоСа ($r = -0,8$; $p < 0,05$). У пацієнтів 1-ї групи через 6 міс. після ІІ оцінка за MMSE становила 26,93 (26; 28), за МоСа — 23,96 (23; 25) і була вищою ($p < 0,05$) порівняно із 2-ю групою (MMSE — 24,55 (24; 26) і МоСа — 21,8 (21; 24)). У 2-й групі вірогідно зменшилась частка осіб із легкими КП з початкових 57,9 до 15,8 % ($p < 0,05$). Крім того, через 6 міс. у 1-й групі не виявлено осіб із КП, які відповідали рівню деменції за MMSE, тоді як у 2-й групі таких було 26,3 %.

Висновки. Підвищений рівень НСЕ (> 10 нг/мл) через 1 міс. після ІІ може бути предиктором несприятливого функціонального наслідку, зокрема наростання проявів когнітивних порушень та розвитку постінсультної деменції через 6 міс. після ІІ.

УДК 616.831-005.1

ДЕЛЬВА І.І., ДЕЛЬВА М.Ю., ЛИТВИНЕНКО Н.В.
ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

Адреса для листування з авторами:
E-mail: idelva@mail.ru

ПАТОЛОГІЧНА ВТОМА У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

Актуальність. Постінсультна патологічна втома (ППВ) є одним із найбільш поширених наслідків гострих порушень мозкового кровообігу, але до теперішнього часу в практичній лікарській діяльності цьому явищу не приділяється належної уваги.

Мета: оцінити поширеність ППВ після ішемічних інсультів (ІІ) та виявити відмінності у стані пацієнтів, які страждають від ППВ.

Матеріали та методи дослідження. Досліджено 71 пацієнта в різних термінах після розвитку ІІ. ППВ визначали за допомогою анкетних шкал: шкали оцінки втоми та шкали вираженості втоми. Одночасно аналізувались основні соціодемографічні та клініко-функціональні характеристики.

Результати дослідження та їх обговорення. Загалом ППВ фіксувалася у 41 % пацієнтів та істотно не змі-