

лікування повинно бути спрямоване на підтримання цільового значення церебрального перфузійного тиску (ЦПТ), попередження системної артеріальної гіпотензії, гіпоксії та анемії. Підвищений внутрішньочерепний тиск (ВЧТ) також призводить до падіння ЦПТ і потребує негайної корекції. На МК також впливають такі патологічні процеси: церебральний вазоспазм, місцевий набряк мозку, фізичне стискання судин головного мозку ураженнями з мас-ефектом.

Третина вторинних ішемічних атак після ЧМТ не враховується медичним персоналом при діагностиці їх дискретним методом в порівнянні з комп'ютеризованою системою збору даних.

Мета дослідження — на основі аналізу літературних джерел встановити основні фактори вторинного ішемічного ураження головного мозку у хворих з ЧМТ. Розробити та впровадити в клінічну практику систему реєстрації та аналізу цих параметрів.

У клініці нервових хвороб та нейрохірургії в 2005 році розроблена та в 2006 році впроваджена система мультимодального нейрофізіологічного моніторингу у хворих з тяжкою ЧМТ (3 — 8 балів за ШКГ). Система включає моніторинг таких основних показників діяльності організму пацієнта: динамічна оцінка стану свідомості та неврологічного стану хворого, комп'ютерна томографія головного мозку, моніторинг ВЧТ, ЦПТ, МК методом транскраніальної доплерографії (ТКДГ), моніторинг газів крові.

Моніторинг ВЧТ проводиться на моніторі Brain Pressure monitor (Spiegelberg, Hamburg, Germany). Моніторинг артеріального тиску проводиться дискретно з інтервалом в 3 хвилини осцилометричним методом монітором ЮМ-300 компанії «Ютас» (Україна) Комп'ютер автоматично визначає ЦПТ як різницю середнього артеріального тиску (САТ) та ВЧТ. ТКДГ виконується приладом «Сономед 300П» («СПЕКТРОМЕД», Росія). Проводиться реєстрація середньої лінійної швидкості кровотоку в правій та лівій середній мозковій артерії, внутрішній сонній артерії. Розрізняють такі види порушень МК: гіперперфузія на фоні внутрішньочерепної гіпертензії, гіперперфузія та ангіоспазм.

Метою інтенсивної терапії хворих є досягнення таких кінцевих показників: САТ не менше 90 мм. рт. ст., ЦПТ на рівні 60—70 мм. рт. ст., ВЧТ менше 20 мм. рт. ст., SaO_2 99—100 %, PO_2 в артеріальній крові на рівні 100—150 мм. рт. ст., PCO_2 в артеріальній крові 36—42 мм. рт. ст. Лікування хворих проводили відповідно до клінічних протоколів надання медичної допомоги при тяжкій ЧМТ (Київ, 2006).

Моніторинг ВЧТ та ЦПТ проведено у 104 хворих з тяжкою ЧМТ, що перебували на лікуванні у відділенні нейрореанімації: в 2006 році у 4 хворих, в 2007 — у 8, в 2008 — у 24, в 2009 — у 68 хворих. Видалення внутрішньочерепних гематом виконано у 94 хворих. Померли 48 з 104 хворих. Загальна летальність склала 46,2 %.

Розроблена система мультимодального нейрофізіологічного моніторингу дозволяє проводити своєчасну діагностику та корекцію факторів вторинного ішемічного ушкодження мозку при тяжкій ЧМТ.

УДК 616.831-005.8-084-08-06:616.12-008.331.1

ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З АСИМПТОМНИМИ ІНФАРКТАМИ НА ТЛІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

О. В. Дмитрієва, І. В. Здесенко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: асимптомні інфаркти, порушення нервової системи, артеріальна гіпертензія

Асимптомні інфаркти (АІ) складають близько 25 % серед мозкових інсультів (МІ) ішемічного характеру, звичайно залишаються непоміченими, стають причиною порушень неврологічних і когнітивних функцій.

Метою роботи стало вивчення особливостей порушень нервової системи у хворих з АІ на тлі артеріальної гіпертензії для розробки заходів профілактики та лікування.

Методи дослідження: клініко-неврологічні, психодіагностичні, методи нейровізуалізації.

Було проведено скринінгове КТ-, МРТ-обстеження головного мозку 67 хворих з дисциркуляторною енцефалопатією гіпертонічного генезу, у яких не було клінічних ознак перенесеного МІ. Середній вік хворих складав (61,5 ± 13,0) років. У 27 % (18 пацієнтів) були виявлені ознаки перенесеного інфаркту мозку (поодинокі, множинні лакунарні інфаркти мозку).

Аналіз клінічної картини показав, що АІ у хворих з АГ частіше розвиваються при давності захворювання більше п'яти років і при кризовому перебігу АГ. Факторами ризику розвитку АІ є: кризовий перебіг АГ, ФП, сахарний діабет, зміни (стовщення) комплексу інтима-медіа сонних артерій та сполучення цих факторів. Аналіз неврологічної симптоматики у хворих з АІ дозволяє виявити субклінічні прояви неврологічного дефіциту у вигляді пірамідних, вестибулярних, астенічних, психоемоційних та когнітивних порушень.

Запропоновано систему лікувально-профілактичних заходів, спрямовану на запобігання розвитку інфарктів мозку, прогресування судинного процесу.

УДК 616.857-036.22 (477.52)

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИГРЕНИ В СУМСКОЙ ОБЛАСТИ УКРАИНЫ

О. Е. Дубенко, Е. Г. Дубенко, Д. Д. Сотников

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: мигрень, распространенность

Данные о распространенности мигрени известны только из зарубежных исследований и варьируют в значительных пределах — от 3 до 30 % в популяции в зависимости от пола. Достоверные данные о распространенности мигрени в Украине отсутствуют, что обусловило цель исследования — изучить распространенность мигрени в организованной популяции населения Сумской области Украины.

Проведено безвыборочное анкетирование 2255 человек (1150 женщин и 1105 мужчин) в возрасте от 16 до 60 лет в организованных группах (учебные заведения и предприятия Сумской области). Скрининг-анкета включала диагностические критерии мигрени, разработанные Международным обществом головной боли (2003), данные о поле, возрасте, обращениях за медицинской помощью.

Результаты исследования показали, что общее количество страдающих мигренью в организованной популяции составило 268 (11,88 %) человек. Распространенность мигрени в зависимости от возраста составила: от 16 до 20 лет — 10,6 %, от 21 до 30 лет — 13,7 %, от 31 до 40 лет — 17,9 %, от 41 до 50 лет — 9,2 %, от 51 до 60 лет — 5,1 %. Женщины преобладали во всех возрастных группах и составили, в среднем, 17,56 %, мужчины — 5,88 %. Преимущественно регистрировалась мигрень без ауры — у 59,0 %, мигрень с аурой — у 16,0 %, возможная мигрень без ауры — у 21,3 %, возможная мигрень с аурой — 3,7 %. У 78,7 % обследуемых, у которых диагностирована мигрень, выявлена отягощенная наследственность по головным болям различного генеза (как правило, по линии матери — 68,9 %). При детальном изучении группы больных мигренью установлено, что у 61,6 % выявлены сопутствующие заболевания, из них у 39,1 % — заболевания желудочно-кишечного тракта (в основном дискинезии желчевыводящих путей и хронические гастриты), у 32,4 % — расстройства сна, 4,8 % — врожденные пороки сердца, у 0,4 % — эпилепсия. Анализ триггерных факторов мигрени показал, что большинство обследуемых указывало на наличие нескольких факторов (75,4 %), среди которых наиболее частыми были перемена погоды (66,4 %), эмоциональный стресс (53,4 %), яркий свет или шум (33,5 %), умственная или физическая нагрузка (32,1 %), недостаток или избыток сна (28,7 %), менструация (25,0 %), голод (5,5 %).