

2 р/д; 11—30 сутки — 200 мг перорально 3 р/д. Схема застосування Актівегіна складалася в наступному: 1—5 сутки — 250 мл 20 % розчину (2000 мг) в/в капельно 1 р/д; 6—10 сутки — 250 мл 10 % розчину (1000 мг) в/в капельно 1 р/д; 11—30 сутки — 400 мг в/в капельно на 200 мл фізіологічного розчину 1 р/д.

Другу клінічну групу склали 25 пацієнтів (14 чоловік і 11 жінок) в віці від 48 до 84 років (середній вік 63,5 ± 1,8 років), які отримували Цераксон за схемою: 1—10 сутки 1000 мг в/в капельно на 200 мл фізіологічного розчину 2 р/д; 11—30 сутки — 200 мг перорально 3 р/д.

Третью контрольну групу склали 20 пацієнтів (11 чоловік і 9 жінок) в віці від 51 до 77 років (середній вік 64,0 ± 1,7 років), які отримували тільки традиційну терапію. Остання включала призначення гіпотензивних, дегідративних засобів (L-лізину есцинату 10 мл на 200 мл фізіологічного розчину 1—5 сутки, при необхідності — маннітол в кількості 100 мл в/в капельно 2 р/д), а також препаратів, нормалізуючих реологічні властивості крові (низкомолекулярний гепарин в профілактичній дозі підкожно в течение 1—7 суток або пентоксифілін в дозі 5 мл на 200 мл фізіологічного розчину на протяженні 7—10 днів в поєднанні з ацетилсаліциловою кислотою в дозі 100 мг в сутки).

Комплексний кількісний аналіз вираженості регресу неврологічного дефіциту за шкалами NIHSS та mRS дозволив диференціювати ступінь ефективності проводимої терапії, при цьому високої ступеню ефективності відповідувало зниження сумарного клінічного балла за шкалою NIHSS ≥ 5 балів, по mRS > 1 бала; помірна ефективність реєструвалася при зниженні показателя по шкалі NIHSS на 5 балів, по mRS — на 1 бал; низька ефективність визначалася при зниженні показателя по шкалі NIHSS менше, ніж на 5 балів, при відсутності динаміки по mRS.

Проведене дослідження виявило найбільш високу ступінь ефективності терапії хворих в гострому та ранньому восстановительному періодах мозкового ішемічного інсульту при поєднанні нейропротекції з застосуванням Цераксону та Актівегіна, висока ефективність відзначена в 84,5 % випадків, помірна — в 15,5 % випадків. Мононейропротекція з застосуванням Цераксону також була дуже ефективною в порівнянні з групою контролю, однак декілька уступала комбінованій терапії: висока ефективність відзначена в 70 % і 30 % випадків відповідно. В третій групі на фоні традиційної терапії висока ефективність відзначалася тільки в 55,6 % випадків, помірна — в 33,3 %, низька — в 11,1 %.

Таким чином, системна нейрореабілітація хворих з мозковим інсультом є високоєфективною моделлю, що дозволяє проводити програму соціальної, побутової та трудової адаптації хворих, внедряючи сучасні, патогенетички обґрунтовані лікувальні та реабілітаційні комплекси з диференційованим використанням різних методів та способів, що покращують результати лікування.

УДК 616.831-005-092:616.13/.14

О. А. Козьолкін, \* С. В. Яркова\*\*

Запорізький державний медичний університет\*,  
Університетська клініка ЗДМУ (м. Запоріжжя)\*\*

### ОСОБЛИВОСТІ АРТЕРІАЛЬНОЇ ТА ВЕНОЗНОЇ ЦЕРЕБРАЛЬНОЇ ГЕМОДИНАМІКИ У ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ ІІ СТАДІЇ

За останні роки в нашій країні суттєво зросла поширеність цереброваскулярних захворювань, особливо хронічних форм недостатності мозкового кровообігу (частка інсульту становить всього близько 4 %). Цереброваскулярні захворювання протягом багатьох років посідають друге місце у структурі смертності населення України після ішемічної хвороби серця. Спостерігається збільшення судинно-мозкової патології серед осіб працездатного віку. Широке розповсюдження, висока смертність та інвалідизація населення внаслідок цереброваскулярних захворювань ставлять діагностику, профілактику та лікування цих захворювань в один ряд з найактуальнішими медико-соціальними проблемами.

Мета: вивчення особливостей артеріальної та венозної церебральної гемодинаміки та стану її компенсаторно-приспосовувальних можливостей у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію ІІ стадії.

Обстежено 50 пацієнтів, з них 39 хворих на дисциркуляторну енцефалопатію ІІ стадії на тлі церебрального атеросклерозу,

артеріальної гіпертензії, або їх поєднання, віком від 44 до 68 років (середній вік 55,16 років), з яких 10 було чоловіків (25,64 %) і 29 — жінок (74,36 %), також 11 пацієнтів відповідного віку без клінічних ознак цереброваскулярної патології, які склали групу контролю. Пацієнтам проведені такі дослідження: клініко-неврологічне, нейропсихологічне тести (шкала Mini Mental State Examination (MMSE), Монреальська шкала (MoCA), дослідження церебральної гемодинаміки методом дуплексного сканування екстракраніальних судин та транскраніальне дуплексне сканування (з оцінкою комплексу інтима-медіа (KIM), швидкісних показників кровообігу артеріального та венозного русла, індексів пульсативності та резистивності, цереброваскулярної реактивності артеріальної та венозної ланки), МРТ головного мозку. Опрацювання отриманих даних проводили за допомогою пакета програм Statistica for Windows 5.0 (Statsoft, США).

В результаті проведених досліджень виявлені такі особливості стану цереброваскулярного русла. Так, товщина KIM праворуч становила від 0,06 до 0,11 см (у середньому 0,064 см), ліворуч становила від 0,05 до 0,11 см (у середньому 0,067 см). Атеросклеротичні бляшки були виявлені у 18 пацієнтів (46,15 %), у 7 з них (17,95 %) ураження було білатеральним. Всього виявлено 30 атеросклеротичних бляшок. З них 53,33 % бляшок — локальні, 20 % бляшок поширені, 26,66 % напівконцентричні. Щодо характеристики поверхні бляшок, рівню поверхні мали 23,33 % бляшок, нерівну — 23,33 %. Гомогенних бляшок з низьким значенням ультразвукової щільності, «м'яких» (за класифікацією Geroulakos et al., 1993) виявлено 36,66 %, гетерогенних бляшок з переважанням структур низької ультразвукової щільності виявлено 13,33 %, гетерогенних з переважанням структур високої ультразвукової щільності виявлено 43,33 %, гомогенних бляшок з високим значенням ультразвукової щільності — 6,66 %. Ступінь стенозу був зареєстрований від 20 до 45 %. У 79,48 % хворих виявлені деформації (елонгації або звивистості) загальних сонних артерій (ЗСА), у 92,30 % — внутрішніх сонних артерій (ВСА), непрямої лінійності ходу або звивистість хребцевих артерій (ХА) була виявлена у всіх хворих. Лінійна швидкість кровотоку була знижена по ЗСА у 7,69 % пацієнтів, по ВСА — у 15,38 %, по СМА — у 28,20 %, по ЗМА — 51,28 %, по ХА — 53,84 %. Підвищення ЛШК по венозним колекторам виявлено у 69,23 % хворих. Зниження компенсаторних можливостей цереброваскулярного русла, а саме: зниження цереброваскулярної реактивності по СМА виявлено у 82,05 % пацієнтів, а також у 69,23 % хворих виявлено зведення цереброваскулярного резерву по венам Розенталя.

У хворих на дисциркуляторну енцефалопатію ІІ стадії відзначається помірна атеросклеротична ураження брахіоцефальних артерій (БЦА) з проявами гемодинамічно незначущого стенозування, деформації БЦА, а також помірне зниження ЛШК в екстра- та інтракраніальних артеріях. Також виявлена велика кількість пацієнтів з порушенням венозного кровообігу та зведенням цереброваскулярного резерву, що вказує на необхідність подальшого вивчення особливостей венозної ланки церебральної гемодинаміки та цереброваскулярного резерву.

УДК 616.36-073.213.5

Корженевський Ю. Л.

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

### ОСОБЛИВОСТІ ДЕЯКИХ РЕОЕНЦЕФАЛОГРАФІЧНИХ ТА РЕОГЕПАТОГРАФІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ У ХВОРИХ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ПЕЧІНКИ

Мета: Дослідження основних реоенцефалографічних та реогепаатографічних показників у осіб молодого та середнього віку з хронічними гепатитами (ХГ) та цирозом печінки (ЦП).

В даному дослідженні наведені результати фрагменти обстеження 30 (20 осіб з ХГ та 10 осіб з ЦП) осіб, яким проводилися реоенцефалографія (РЕГ) та реогепаатографія (РГГ).

Середній вік хворих склав 43,3 ± 9,6 роки. Крім інструментальних досліджень деталізовано та проаналізовано скарги, анамністичні дані, проведено детальне дослідження неврологічного статусу.

За результатами проведення РЕГ виявлено зниження пульсового кровонаповнення в каротидному басейні (КБ) у 62 % хворих (84,6 % хворих з ХГ та 25 % хворих з ЦП). У вертебробазиллярному басейні (ВББ) зниження кровонаповнення реєструвалося у 62 % хворих (84,6 % хворих з ХГ та 37,5 % хворих з ЦП).

Підвищення кровонаповнення в КБ було виявлено у 23,8 % хворих (15,4 % хворих з ХГ та 37,5 % хворих на ЦП);