

34,4 (28,2; 39,3) пг/мл; ВЕФР-А – 127,5 (67,4; 233,7) пг/мл), II – 24 (27,0%) хворих (ММП-9 – 79,5 (69,6; 99,8) пг/мл; ВЕФР-А – 120,7 (66,5; 163,2) пг/мл), III – 25 (28,1%) осіб (ММП-9 – 70,7 (57,7; 82,0) пг/мл; ВЕФР-А – 434,0 (370,1; 455,1) пг/мл), IV – 14 (15,7%) пацієнтів (ММП-9 – 124,6 (108,4; 136,5) пг/мл; ВЕФР-А – 662,7 (580,6; 703,5) пг/мл). Клініко-неврологічне погіршення протягом 48 годин з моменту госпіталізації було зафіксовано у 18 (20,2%) пацієнтів, при цьому частота РКНП була найбільшою в групі пацієнтів з IV типом профілю (85,7%), тоді як в субкогортах хворих з I, II та III типами профілю значення даного показника були нижче і складали відповідно 5,6%, 16,7% та 11,1%. Встановлено, що IV тип профілю сироваткових концентрацій ММП-9 та ВЕФР-А у пацієнтів з ССВМК в 1-шу добу з моменту госпіталізації є високоспецифічним предиктором РКНП (чутливість = 66,7%, специфічність = 97,2%) і асоційований з підвищенням його ризику в 10,7 рази (відносний ризик (95% довірчий інтервал) = 10,7 (14,83–23,77), $p < 0,0001$).

Висновки. Ініціальний профіль сироваткових концентрацій ММП-9 та ВЕФР-А асоційований з перебігом гострого періоду захворювання протягом 48 годин з моменту госпіталізації (критерій χ^2 Пірсона = 44,7, $p < 0,0001$), при цьому IV тип зазначеного профілю є інформативним предиктором РКНП на тлі консервативної терапії.

УДК 616.831-005.1-002.1-021.3-07-08-035.2

Кузнєцов А. А.

ІНТЕГРАЛЬНІ КЛІНІКО-НЕЙРОВІЗУАЛІЗАЦІЙНІ ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВИХ ВАРІАНТІВ ВИХОДУ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ СПОНТАННОГО СУПРАТЕНТОРІАЛЬНОГО ВНУТРІШНЬОМОЗКОВОГО КРОВОВИЛИВУ НА ТЛІ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Якомога рання ідентифікація пацієнтів з підвищеними ризиками несприятливих варіантів виходу гострого періоду спонтанного супратенторіального внутрішньомозкового крововиливу (ССВМК) на тлі консервативної терапії є провідною детермінантою вибору оптимальної лікувальної тактики.

Мета – визначити предиктори несприятливих варіантів виходу гострого періоду ССВМК на тлі консервативної терапії, які ґрунтуються на результатах інтегральної клініко-нейровізуалізаційної оцінки ініціальної тяжкості ушкодження церебральних структур.

Матеріал та методи дослідження. Проведено проспективне, когортне дослідження 314 пацієнтів в гострому періоді ССВМК, які були госпіталізовані в перші 24 години від дебюту захворювання і отримували консервативну терапію. Діагноз встановлювався за даними клініко-нейровізуалізаційного обстеження. Ініціальну тяжкість стану пацієнтів оцінювали за допомогою наступних шкал: original Intracerebral Hemorrhage Scale (oICH), modified Intracerebral Hemorrhage Scales (варіант А – mICH-A, варіант В – mICH-B), Intracerebral Hemorrhage Grading Scale (ICH-GS), Intracerebral Hemorrhage Functional Outcome Scale (ICH-FOS). Вихід гострого періоду захворювання оцінювався на 21-шу добу за допомогою модифікованої шкали Ренкіна (modified Rankin Scale - mRS). Для розробки критеріїв прогнозування використовували логістичний регресійний аналіз та ROC-аналіз.

Результати. Несприятливі варіанти виходу гострого періоду ССВМК було зафіксовано в 184 випадках, серед яких питома вага летального виходу становила 50,0%. На підставі ROC-аналізу встановлено, що предикторами летального виходу протягом гострого періоду захворювання виступають наступні значення за нижче наведеними шкалами: oICH>1 (чутливість = 84,8%, специфічність = 79,3%), mICH-A>5 (чутливість = 71,7%, специфічність = 97,3%), mICH-B>3 (чутливість = 82,6%, специфічність = 84,2%), ICH-GS>7 (чутливість = 85,9%, специфічність = 76,6%), ICH-FOS>5 (чутливість = 88,0%, специфічність = 77,0%). Критеріями несприятливого функціонального виходу гострого періоду ССВМК у вигляді значення 4-5 балів за mRS виступають наступні значення: oICH>0 (чутливість = 84,8%, специфічність = 56,9%), mICH-A>2 (чутливість = 82,6%, специфічність = 71,5%), mICH-B>1 (чутливість = 82,6%, специфічність = 70,0%), ICH-GS>7 (чутливість = 40,4%, специфічність = 90,0%), ICH-FOS>3 (чутливість = 87,0%, специфічність = 75,4%).

Висновок. Визначено порогові значення сумарних балів за шкалами інтегральної клініко-нейровізуалізаційної оцінки тяжкості ушкодження церебральних структур у пацієнтів з ССВМК, які є інформативними маркерами підвищеного ризику несприятливих варіантів виходу гострого періоду захворювання.

Перспективи подальших досліджень. Підвищення точності верифікації короткострокового прогнозу у хворих на ССВМК шляхом об'єктивізації механізмів вторинного ушкодження церебральних структур за допомогою гуморальних маркерів.