

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2413-8843

ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я

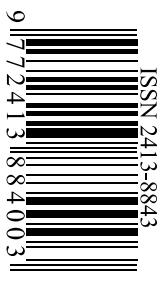
ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

№1 (22) 2026



«Вгору сходами», Том Ловелл (1909-1997)



www.ujmh.net

Бойко М.І.

ЕРЕКТИЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ: СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ7

Нікітіна І. М., Сміян С. А., Бабар Т. В., Кузьоменська М. Л.

КЛЮЧОВІ АСПЕКТИ ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ ПІСЛЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ
МІОМЕКТОМІЇ: СУЧАСНІ ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ
(ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) 21

**Дарій В.І., Білай І.М., Стоянов О.М., Сікорська М.В., Візір І.В.,
Рибалко Т.П., Гуйтур М.М., Саржевський О.Н., Абба Д.А.**

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН КОНЦЕНТРАЦІЇ ПРОДУКТІВ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ
БІЛКІВ ТА ЛІПІДІВ У ХВОРИХ НА ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНО УСКЛАДНЕНИЙ ІШЕМІЧНИЙ
МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ НА ТЛІ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ..... 27

Городокін А.Д.

ПОРІВНЯННЯ РІВНІВ ПРОЯВУ ТРИВОГИ ТА ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ З
ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИМИ ТА СОМАТОФОРМНИМИ
РОЗЛАДАМИ. 34

**Серіков К.В., Дарій В.І., Воротинцев С.І., Білай І.М., Гриценко С.М.,
Бойко К.А., Семенова Т.О., Григор'єв С.В., Зайцев С.Є., Доля О.С.,
Аравицький Є.О.**

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ СТАНУ ТЯЖКОСТІ ХВОРИХ ІЗ
ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНО УСКЛАДНЕНИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ..... 42

Макуріна Г.І., Городокіна Л.О.

АНАЛІЗ ПОРУШЕНЬ СНУ ТА ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ
ІЗ ПСОРІАЗОМ ТА АЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ ІЗ УРАХУВАННЯМ КЛІНІЧНИХ
ПРУРИГІНОЗНИХ ПАТЕРНІВ 53

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ..... 64

Серіков К.В., <https://orcid.org/0000-0003-3580-7624>

Дарій В.І., <https://orcid.org/0000-0001-9074-6911>

Воротинцев С.І., <https://orcid.org/0000-0002-9159-6617>

Білай І.М., <https://orcid.org/0000-0002-7574-4093>

Гриценко С.М., <https://orcid.org/0000-0001-6391-8300>

Бойко К.А., <https://orcid.org/0009-0006-3986-1969>

Семенова Т.О., <https://orcid.org/0000-0002-3197-7557>

Григор'єв С.В., <https://orcid.org/0000-0002-2726-6648>

Зайцев С.Є., <https://orcid.org/0009-0005-7593-278X>

Доля О.С., <https://orcid.org/0000-0001-6916-5725>

Аравицький Є.О. <https://orcid.org/0000-0002-4845-2431>

ІНДИВІДУАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ОЦІНКИ СТАНУ ТЯЖКОСТІ ХВОРИХ ІЗ ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНО УСКОДНЕНИМ ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Резюме

Актуальність. Мозковий інсульт є другою за поширеністю причиною смерті та третім за розповсюдженістю фактором втрачених років життя внаслідок інвалідизації в усьому світі. Глобально кількість ішемічних мозкових інсультів (75–80%) переважає над кількістю геморагічних (20–25%), проте це співвідношення залежить від ступеня економічного розвитку країни. Приблизно у 15–20% хворих із ішемічним мозковим інсультом (ІМІ), госпіталізованих до спеціалізованих відділень, виникає потреба в проведенні інтенсивної терапії (ІТ) внаслідок розвитку різноманітних ускладнень.

Мета роботи. Виявлення клінічних особливостей при оцінці тяжкості стану хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ у найгострішому та гострому періодах захворювання під час проведення ІТ.

Матеріали та методи. У клінічне дослідження було залучено 32 пацієнти з інтрацеребрально ускладненим ІМІ, які перебували в інсультному відділенні з палатами інтенсивної терапії (ПІТ). Середній вік хворих становив $76,6 \pm 1,3$ року, з них 12 (37,5%) чоловіків (середній вік – $74,1 \pm 2,2$ року) та 20 (62,5%) жінок (середній вік – $78,2 \pm 1,5$ року).

Результати. Дослідження дозволило визначити додаткові індивідуальні клініко-інструментальні критерії тяжкості інтрацеребрально ускладненого ІМІ. Госпіталізація пацієнтів до ПІТ зумовлена декомпенсацією вітальних функцій організму: церебральної, дихальної та серцево-судинної систем.

Висновки:

1. Оцінка тяжкості неврологічних розладів у хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ під час проведення ІТ є компетенцією лікарів-неврологів.
2. Моніторинг тяжкості порушень вітальних функцій організму безперервно здійснюється анестезіологічною командою ПІТ.
3. Ведення хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ потребує застосування індивідуалізованого підходу до моніторингу та менеджменту виживання в умовах важкого перебігу мозкової катастрофи.

Ключові слова: інтрацеребрально ускладнений ішемічний мозковий інсульт, моніторинг, інтенсивна терапія, вітальні функції організму.

Serikov K.V., <https://orcid.org/0000-0003-3580-7624>
Dariy V.I., <https://orcid.org/0000-0001-9074-6911>
Vorotyntsev S.I., <https://orcid.org/0000-0002-9159-6617>
Bilay I.M., <https://orcid.org/0000-0002-7574-4093>
Grytsenko S.M., <https://orcid.org/0000-0001-6391-8300>
Boyko K.A., <https://orcid.org/0009-0006-3986-1969>
Semenova T.O., <https://orcid.org/0000-0002-3197-7557>
Hryhoriev S.V., <https://orcid.org/0000-0002-2726-6648>
Zaitsev S.Ye., <https://orcid.org/0009-0005-7593-278X>
Dolia O.S., <https://orcid.org/0000-0001-6916-5725>
Aravytskyi Ye.O., <https://orcid.org/0000-0002-4845-2431>

INDIVIDUALIZED APPROACH TO ASSESSING THE SEVERITY OF PATIENTS WITH INTRACEREBRAL COMPLICATED ISCHEMIC STROKE

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University, Zaporizhzhia, Ukraine

Abstract

Relevance. Brain stroke is the second leading cause of death and the third most common factor in years of life lost due to disability worldwide. Globally, the incidence of ischemic stroke (75–80%) exceeds that of hemorrhagic stroke (20–25%), although this ratio depends on the country's level of economic development. Approximately 15–20% of patients with ischemic stroke (IS) hospitalized in stroke units require intensive care (IC) due to various complications. **Objective.** To identify clinical differences in assessing the severity of patients with intracerebral complicated IS during the hyperacute and acute periods of the disease while receiving intensive care.

Materials and methods. The clinical study included 32 patients with intracerebral complicated IS treated in a stroke unit with intensive care beds during the hyperacute and acute periods. The mean age of the patients was $76,6 \pm 1,3$ years. There were 12 (37,5%) men (mean age $74,1 \pm 2,2$ years) and 20 (62,5%) women (mean age $78,2 \pm 1,5$ years).

Results. The study identified additional individual clinical and instrumental criteria for assessing the severity of intracerebral complicated IS. Hospitalization in the intensive care unit is necessitated by the decompensation of vital functions: cerebral, respiratory, and cardiovascular systems.

Conclusions:

1. The assessment of neurological impairment severity in patients with intracerebral complicated IS during intensive care is the responsibility of neurologists.
2. Monitoring the severity of vital function disturbances in these patients is continuously performed by the anesthesiology team of the stroke unit's intensive care ward.
3. Management of patients with intracerebral complicated IS requires an individualized monitoring scheme followed by survival management strategies tailored to the severe conditions of a cerebral catastrophe.

Keywords: intracerebral complicated ischemic stroke, monitoring, intensive care, vital functions.

Актуальність. Мозковий інсульт (МІ) є другою за поширеністю причиною смерті та третім за значущістю фактором втрачених років життя внаслідок інвалідизації у всьому світі [1, 2]. Розрізняють два основні типи МІ, серед яких ішемічний мозковий інсульт (ІМІ)

є найбільш поширеним і становить близько 75–80% усіх випадків [1]. Приблизно у 15–20% хворих із ІМІ, госпіталізованих до інсультного відділення, внаслідок різноманітних ускладнень виникає потреба в лікуванні в умовах відділення інтенсивної терапії (БІТ)

[3, 4]. До поширених показань для госпіталізації хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ до ВІТ належать: порушення свідомості (кома тозний стан або сопор, що загрожує прохідності дихальних шляхів); судомні напади (епілептичний статус або часті судоми); необхідність проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ); гемодинамічна нестабільність; загрозовий набряк головного мозку з можливим скронево-тенторіальним вклиненням (що потребує хірургічного втручання); наявність тяжкої супутньої патології (гострий інфаркт міокарда, декомпенсована серцева недостатність, гостра ниркова або печінкова недостатність) [5, 6]. Довгострокова смертність пацієнтів з ІМІ, госпіталізованих до ВІТ, залишається досить високою і становить від 37% до 66% протягом першого року від початку захворювання, і лише 10% хворих повертаються до повноцінного життя [7].

Найпоширенішими предикторами смертності хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ у ВІТ є необхідність у проведенні ШВЛ та зниження рівня свідомості під час госпіталізації [1, 5].

Значний прогрес за останні десятиріччя сприяв розробці чотирьох методів лікування з доведеною ефективністю (докази І класу): лікування в спеціалізованому інсультному відділенні, внутрішньовенне введення тканинного активатора плазміногену (rt-PA) протягом 4,5 годин від початку захворювання, застосування аспіріну протягом 48 годин після початку ІМІ та декомпресійна краніектомія при супратенторіальному злов'язісному півкульному інфаркті головного мозку [3, 8].

Натомість доказова база, що регламентує оцінку тяжкості стану хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ в умовах ВІТ, є досить обмеженою, що призводить до суттєвої неоднорідності в наданні медичної допомоги [9].

Метою роботи було визначення клінічних особливостей при оцінці тяжкості стану хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ у найгострішому та гострому періодах захворювання під час проведення інтенсивної терапії.

Матеріали та методи. У клінічне дослідження було залучено 32 хворі з інтрацеребрально ускладненим ІМІ, які перебували в інсультному відділенні з палатами інтенсивної терапії (ПІТ) у найгострішому та гострому періодах захворювання [10]. Середній вік пацієнтів становив $76,6 \pm 1,3$ року; з них 12 (37,5%) чоловіків (середній вік – $74,1 \pm 2,2$ року) та 20 (62,5%) жінок (середній вік – $78,2 \pm 1,5$ року).

Усі пацієнти були госпіталізовані до ПІТ інсультного відділення в ургентному порядку з такими діагнозами: ІМІ в лівій півкулі головного мозку, у басейні лівої середньомозкової артерії (ЛСМА) – 18 осіб; ІМІ у правій півкулі головного мозку, у басейні правої середньомозкової артерії (ПСМА) – 14 осіб.

Від кожного пацієнта або його родича (за умови відсутності продуктивного контакту з хворим) було отримано письмову згоду на участь у дослідженні згідно з рекомендаціями комітетів із питань біоетики, законодавства України про охорону здоров'я, Гельсінської декларації (2000 р.) та Директиви Ради Європейського Співтовариства 86/609/ЄЕС.

Під час дослідження використовували таку клініко-патогенетичну періодизацію ІМІ [10]: з 1-ї по 3-тю добу – найгостріший період; до 21-ї доби – гострий період; до 6 міс. – ранній відновний період; до 2 років – пізній відновний період; після 2 років – період залишкових явищ. Діагноз встановлювали відповідно до чинних критеріїв клініко-неврологічного обстеження та методів нейровізуалізації (використовували мультиспінальний комп'ютерний томограф «Neu Viz 16 Classic Multislice CT», Китай).

Згідно з вираженістю неврологічної симптоматики за шкалою інсульту Національних інститутів здоров'я США (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS), тяжкість ІМІ відповідала 6–20 балам (ІМІ середньої тяжкості – 6–13 балів, тяжкий ІМІ – 14–20 балів) [2, 11]. Для визначення показників центральної гемодинаміки та рівня сатурації крові киснем застосовували монітор пацієнта «Nihon Kohden Vismo PVM-2703» (Японія).

Оцінку киснево-транспортної функції крові проводили розрахунковими методами, визначаючи хвилинну доставку кисню за формулою [12]:

$$DO_2 = CaO_2 \times CO, \text{ mL} \times \text{min}^{-1},$$

де:

DO_2 – хвилинна доставка кисню, $\text{мЛ} \times \text{хв}^{-1}$ (*delivery of oxygen, mL $\times$ min⁻¹*);

CaO_2 – вміст кисню в артеріальній крові (*arterial oxygen content, mL $\times$ L⁻¹*);

CO – серцевий викид, $\text{л} \times \text{хв}^{-1}$ (*cardiac output, L $\times$ min⁻¹*).

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням методів описової статистики за допомогою пакета програм Microsoft Excel 2010. Статистичну значущість відмінностей оцінювали за допомогою t-критерію Стюдента для незалежних вибірок. Отримані результати вважали статистично значущими при рівні $p < 0,05$ ($t > 2,04$) та $p < 0,01$ ($t > 2,75$) [13].

Результати і обговорення. На сьогодні, згідно з наказом МОЗ України від 20.06.2024 р. № 1070 «Стандарт медичної допомоги: Ішемічний інсульт», при госпіталізації до закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) пацієнт із підозрою на гострий мозковий інсульт має бути терміново оглянутий лікарем-неврологом. Якщо неможливо забезпечити огляд невролога протягом 10 хвилин, пацієнт на етапі над-

ходження оглядається лікарем медицини невідкладних станів відділення екстреної медичної допомоги ЗОЗ із подальшим веденням пацієнта лікарем-неврологом спеціалізованого інсультного відділення.

Оцінку тяжкості неврологічного дефіциту, зумовленого ІМІ, проводять за шкалою інсульту Національних інститутів здоров'я (National Institutes of Health Stroke Scale – NIHSS).

При оцінці тяжкості неврологічної симптоматики у хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ необхідно чітко дотримуватися розділів шкали NIHSS. Заборонено повертатися назад і змінювати попередні оцінки. Оцінка повинна відображати те, що насправді виконує пацієнт, а не те, що, на думку лікаря, він міг би зробити. Не слід тренувати хворого або домагатися від нього кращого виконання команд. Неврологічне обстеження проводиться оперативно, а результати реєструються в історії хвороби (табл. 1).

Окрім оцінки тяжкості за шкалою NIHSS, необхідно визначити та задокументувати показники вітальних функцій пацієнта: артеріальний тиск; частоту серцевих скорочень; частоту дихальних рухів; температуру тіла; рівень глюкози в крові; рівень сатурації (насичення киснем) крові.

Таблиця 1

Визначення тяжкості стану при інтрацеребрально ускладненому ішемічному інсульті за шкалою NIHSS

Ознака	Бали
Свідомість: 1а. Рівень свідомості	0 – ясна; 1 – оглушення; 2 – сопор; 3 – кома
Свідомість: 1б. Відповіді на запитання	0 – дві відповіді правильні; 1 – одна відповідь правильна; 2 – відповіді неправильні
Свідомість: 1с. Виконання команд	0 – виконує дві команди; 1 – виконує одну команду; 2 – не виконує жодної команди
2. Рухи очних яблук	0 – норма; 1 – частковий параліч погляду; 2 – повний параліч погляду
3. Поля зору	0 – норма; 1 – часткова геміанопсія; 2 – повна геміанопсія; 3 – білатеральна геміанопсія
4. Параліч мимічної мускулатури	0 – відсутній; 1 – легкий; 2 – помірно виражений; 3 – повний параліч
5. Рухи у верхній кінцівці (на стороні парезу)	0 – рухи у повному об'ємі; 1 – легкий парез; 2 – помірний парез; 3 – виражений парез; 4 – плегія

Ознака	Бали
6. Рухи у нижній кінцівці (на стороні парезу)	0 – рухи у повному об'ємі; 1 – легкий парез; 2 – помірний парез; 3 – виражений парез; 4 – плегія
7. Атаксія в кінцівках	0 – відсутня; 1 – наявна в одній кінцівці; 2 – наявна у двох кінцівках
8. Чутливість	0 – норма; 1 – гіпестезія; 2 – анестезія
9. Синдром “заперечення”	0 – відсутній; 1 – частковий; 2 – повний
10. Дизартрія	0 – норма; 1 – легка або помірна; 2 – виражена (нерозбірлива мова)
11. Афазія	0 – відсутня; 1 – легка або помірна; 2 – виражена; 3 – мутизм

Інтерпретація тяжкості інтрацеребрально ускладненого ІМІ за шкалою NIHSS:

- ≤ 5 балів – легкий ІМІ;
- 6–13 балів – ІМІ середньої тяжкості;
- 14–20 балів – тяжкий ІМІ;
- ≥ 21 бал – дуже тяжкий ІМІ.

Результати проведеного дослідження дозволили виявити додаткові індивідуальні клініко-інструментальні критерії тяжкості інтрацеребрально ускладненого ІМІ. Госпіталізація пацієнтів до ПІТ здійснюється у разі декомпенсації вітальних функцій організму: церебральної, дихальної та серцево-судинної систем.

Вираженість порушень функцій центральної нервової системи оцінюють за шкалою ком Глазго (Glasgow Coma Scale – GCS) [14, 15], а у пацієнтів, які перебувають на штучній вентиляції легень (ШВЛ), – за шка-

лою FOUR (Full Outline of UnResponsiveness), що дозволяє детальніше оцінити стовбурові функції та дихальні патерни [14, 16, 17].

Шкала ком Глазго (ШКГ) використовується для оцінки ступеня порушення свідомості та складається з трьох тестів: відкривання очей, мовна реакція та рухова реакція (табл. 2).

Інтерпретація результатів за ШКГ:

- 15 балів – ясна свідомість;
- 13–14 балів – помірне оглушення;
- 11–12 балів – глибоке оглушення;
- 9–10 балів – сопор;
- 7–8 балів – помірна кома (кома I ступеня);
- 5–6 балів – глибока кома (кома II ступеня);
- 3–4 бали – термінальна кома (кома III ступеня).

Таблиця 2

Шкала оцінки ступеня порушення свідомості за шкалою ком Глазго (GCS)

Ознака	Реакція пацієнта	Бали
Відкривання очей	Спонтанне	4
	На голос (вербальний стимул)	3
	На больове подразнення	2
	Відсутнє	1
Мовна реакція	Орієнтована, повна	5
	Сплутана (дезорієнтована)	4
	Незв'язна мова	3

Ознака	Реакція пацієнта	Бали
	Нечленороздільні звуки	2
	Відсутня	1
Рухова реакція	Виконує команди (інструкції)	6
	Локалізує біль (цілеспрямована реакція)	5
	Відсмикування кінцівки у відповідь на біль	4
	Патологічне згинання (декортикація)	3
	Патологічне розгинання (децеребрація)	2
	Відсутня	1

Шкала FOUR застосовується як у неінтубованих, так і у інтубованих хворих із інтра-церебрально ускладненим ІМІ, які перебувають на штучній вентиляції легень (табл. 3).

Таблиця 3

Шкала оцінки ступеня порушення свідомості FOUR (Full Outline of UnResponsiveness)

Ознака	Опис реакції	Бали
Очні реакції (Eye response)	Очі відкриті, відстежування поглядом або моргання за командою	E4
	Очі відкриті, але немає довільного відстежування	E3
	Очі закриті, але відкриваються на гучний звук	E2
	Очі закриті, відкриваються у відповідь на біль	E1
	Очі залишаються закритими навіть при больовій стимуляції	E0
Рухові реакції (Motor response)	Виконує команди (жести пальцями «V», «OK», стискання в кулак)	M4
	Локалізує біль рукою (натискання на скронево-нижньощелепний суглоб або надбрівну дугу)	M3
	Згинальна реакція (декортикація) у відповідь на біль	M2
	Розгинальна реакція (децеребрація) у відповідь на біль	M1
	Відсутність рухової відповіді або генералізований міоклонічний статус	M0
Стовбурові рефлекси (Brainstem reflexes)	Зіничний та рогівковий рефлекси збережені	B4
	Одна зіниця розширена (фіксована) і не реагує на світло	B3
	Зіничний або рогівковий рефлекси відсутні	B2
	Зіничний та рогівковий рефлекси відсутні	B1
	Відсутні зіничний, рогівковий та кашльовий рефлекси	B0
Дихання (Respiration)	Неінтубований, регулярний ритм дихання	R4
	Неінтубований, дихання Чейна-Стокса	R3
	Неінтубований, нерегулярне дихання	R2
	Інтубований, дихання не синхронізоване з апаратом ШВЛ (спроби вдиху)	R1
	Інтубований, дихання повністю синхронне з апаратом або апное	R0

Інтерпретація отриманих результатів за шкалою FOUR:

- 16 балів – ясна свідомість;
- 15 балів – помірне оглушення;
- 13–14 балів – глибоке оглушення;
- 9–12 балів – сопор;
- 7–8 балів – помірна кома (кома I ступеня);
- 1–6 балів – глибока кома (кома II ступеня);
- 0 балів – термінальна кома (кома III ступеня).

Показанням для початку штучної вентиляції легень (ШВЛ) у хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ є наявність коматозного стану, що свідчить про розвиток гострої церебральної недостатності.

Вираженість порушення функції дихальної системи оцінюють за рівнем насичення крові киснем (SaO_2):

- $\text{SaO}_2 \geq 95\%$ – оксигенація не потрібна;
- $\text{SaO}_2 < 95\%$ – показана додаткова оксигенація.

Показаннями для початку ШВЛ у хворих із гострою дихальною недостатністю при інтрацеребрально ускладненому ІМІ є:

- порушення свідомості за ШКГ ≤ 8 балів;
- апное або тяжкі порушення ритму дихання;
- тахіпное > 30 дихальних рухів за хвилину;
- брадипное < 10 дихальних рухів за хвилину;
- гіпоксемія ($\text{SaO}_2 < 90\%$ на тлі оксигенації кисневою маскою або парціальний тиск кисню (PaO_2) в артеріальній крові < 80 мм рт. ст.);

- гіперкапнія (парціальний тиск вуглекислого газу (PaCO_2) в артеріальній крові > 45 мм рт. ст.).

Гостра серцева недостатність (ГСН) є потенційно смертельною сукупністю синдромів, що виникають унаслідок порушення скоротливої здатності міокарда та зменшення систолічного і хвилинного об'ємів серця [18]. ГСН може проявлятися у пацієнтів зі зниженою фракцією викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ $< 40\%$), помірно зниженою ФВ ЛШ (41–49 %) та навіть зі збереженою ФВ ЛШ ($> 50\%$).

За даними європейського реєстру EuroHeart Failure Survey II (EHFS II), у 24% пацієнтів із кардіогенним шоком ФВ ЛШ становила $> 45\%$, ще у 28% – у діапазоні 30–44%. Згідно з результатами дослідження EHFS II, до 42% усіх випадків декомпенсації, насамперед у пацієнтів із вперше виявленою ГСН, були зумовлені гострим коронарним синдромом. Другою за частотою причиною ГСН були аритмії, переважно фібриляція та тріпотіння передсердь (25–32,4%), далі – інфекції (17,6–20%), ураження клапанів серця (27 %), гіпертензивні кризи (8%) та недотримання режиму терапії (22%) [19].

Клінічні прояви ГСН різноманітні й переважно представлені двома варіантами: гіперволемією (легеневий застій та/або периферичні набряки) або рідше – зниженням серцевого викиду з периферичною гіперфузією (табл. 4).

Таблиця 4

Визначення термінів та клінічних ознак, що характеризують гостру серцеву недостатність (ГСН)

Термін	Клінічна ознака
Симптоми застою (ліво-бічного)	Ортопное, пароксизмальна нічна задишка, легеневі хрипи (двовічні), периферичні набряки (двовічні).
Симптоми застою (право-бічного)	Набухання яремних вен, периферичні набряки, застійна гепатомегалія, гепатостаз, печінковий рефлюкс, асцит, закрепи.
Симптоми гіперперфузії	Клінічні: холодні кінцівки (липкий піт), олігурія, сплутаність свідомості, запаморочення, низький пульсовий тиск. Лабораторні: метаболічний ацидоз, підвищений рівень лактату та креатиніну в сироватці крові. Гіперперфузія не є синонімом гіпотензії, хоча часто нею супроводжується.
Гіпотензія	Систолічний АТ < 90 мм рт. ст.
Брадикардія	ЧСС < 40 за хв.

Термін	Клінічна ознака
Тахікардія	ЧСС > 120 за хв.
Порушення частоти дихання	Тахіпноє > 25 за хв із залученням допоміжних м'язів або частота дихання < 8 за хв (незважаючи на диспноє).
Низька сатурація (SaO ₂)	SaO ₂ < 90 % при пульсоксиметрії. SaO ₂ в нормі не виключає ні гіпоксемію (низький PaO ₂), ні тканину гіпоксію.
Гіпоксемія	Парціальний тиск кисню (PaO ₂) < 80 мм рт. ст.
ДН 1-го типу (гіпоксемічна)	PaO ₂ в артеріальній крові < 60 мм рт. ст.
Гіперкапія	Парціальний тиск вуглекислого газу (PaCO ₂) > 45 мм рт. ст.
ДН 2-го типу (гіперкапічна)	PaCO ₂ в артеріальній крові > 50 мм рт. ст.
Ацидоз	pH < 7,35.
Гіперлактатемія	Рівень лактату > 2 ммоль-л ⁻¹ .
Олігурія	Діурез < 0,5 мл-кг ⁻¹ за годину.

Індивідуальний підхід до оцінки тяжкості стану хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ у найгострішому та гостро-

му періодах захворювання під час проведення інтенсивної терапії (ІТ) наведено в табл. 5.

Таблиця 5

Динаміка показників стану хворих із інтрацеребрально ускладненим ішемічним інсультом під час проведення інтенсивної терапії (M ± m)

Показники	Доба 1	Доба 2	Доба 3	Кінець ІТ	Інсультине відділення
ШКГ, бали	11,2 ± 0,3	11,8 ± 0,3	12,8 ± 0,4**	14,0 ± 0,2**	14,3 ± 0,2**
NIHSS, бали	14,0 ± 0,6	13,5 ± 0,6	12,1 ± 0,7*	10,6 ± 0,7**	9,6 ± 0,7*
АТ сист., мм рт. ст.	152,7 ± 4,6	137,3 ± 3,2**	138,4 ± 3,3*	140,3 ± 3,5*	134,8 ± 2,6**
АТ діаст., мм рт. ст.	93,1 ± 2,9	83,1 ± 1,9**	81,1 ± 2,1**	82,2 ± 2,1**	79,4 ± 1,6**
САТ, мм рт. ст.	112,9 ± 3,4	101,2 ± 2,2**	100,2 ± 2,4**	101,6 ± 2,5	97,9 ± 1,8**
СВ, л-хв ⁻¹	4,51 ± 0,21	5,45 ± 0,30*	5,64 ± 0,23**	5,78 ± 0,29**	5,70 ± 0,29**
ЗПСО, дин-сек ⁻¹ -см ⁻⁵	2002 ± 183	1485 ± 121*	1421 ± 72**	1406 ± 112**	1374 ± 84**
SaO ₂ , %	95,2 ± 0,6	94,8 ± 0,5	96,7 ± 0,3*	96,6 ± 0,4	97,1 ± 0,3**
CaO ₂ , мл-л ⁻¹	165,0 ± 4,9	160,9 ± 4,3	165,6 ± 4,8	165,2 ± 4,8	169,0 ± 5,3
DO ₂ , мл-хв ⁻¹ -м ⁻²	376,2 ± 20,2	442,5 ± 25,8	472,0 ± 27,3**	482,4 ± 27,2**	486,7 ± 28,7

Примітка. Показники наведені порівняно з вихідними значеннями (Доба 1):

* – p < 0,05 (t > 2,04);

** – p < 0,01 (t > 2,75).

Статистична значущість розрахована за t-критерієм Стьюдента.

Як видно з табл. 5, при госпіталізації хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ рівень свідомості за ШКГ відповідав гли-

бокому оглушенню. Проте, починаючи з 3-ї доби проведення ІТ, рівень свідомості зріс на 14% (p < 0,01), наприкінці перебування па-

цієнтів у ПІТ – на 25% ($p < 0,01$), а в інсультно-му відділенні (ІВ) – на 28% ($p < 0,01$), що характеризується як помірне оглушення.

Вираженість неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS при надходженні пацієнтів до ПІТ відповідала тяжкому перебігу захворювання. На тлі проведення інтенсивної терапії відзначалося зменшення неврологічного дефіциту: на 14% ($p < 0,05$) з 3-ї доби, на 24% ($p < 0,01$) наприкінці перебування у ПІТ та на 31% ($p < 0,01$) при переводі хворих до ІВ, що відповідало середньотяжкому ступеню.

Показники систолічного (АТ сист.), діастолічного (АТ діаст.) та середнього артеріального тиску (САТ) при госпіталізації мали ознаки артеріальної гіпертензії. Антигіпертензивна терапія вже на 2-гу добу привела до зниження АТ сист. на 10% ($p < 0,01$), АТ діаст. – на 11% ($p < 0,01$) та САТ – на 10% ($p < 0,01$). На 3-тю добу перебування у ПІТ значення АТ сист. знизилися на 9% ($p < 0,05$), АТ діаст. – на 13% ($p < 0,01$), САТ – на 11% ($p < 0,01$). При переводі з ПІТ до ІВ загальне зниження АТ сист. становило 12% ($p < 0,01$), АТ діаст. – 15% ($p < 0,01$), а САТ – 13% ($p < 0,01$).

Показники серцевого викиду (СВ) при надходженні хворих до ПІТ перебували в межах норми. Надалі спостерігалось зростання СВ: на 2-гу добу – на 21% ($p < 0,05$), на 3-тю – на 25% ($p < 0,01$), наприкінці перебування у ПІТ – на 28% ($p < 0,01$), а в ІВ – на 26% ($p < 0,01$) відносно вихідних значень.

Паралельно відзначалося зменшення загального периферичного судинного опо-

ру (ЗПСО) порівняно з вихідними даними: на 2-гу добу – на 26% ($p < 0,05$), на 3-тю – на 29% ($p < 0,01$), а на етапі переводу до ІВ – на 31% ($p < 0,01$).

Параметри сатурації (SaO_2) при госпіталізації перебували на рівні нижньої межі норми. Лише на 3-тю добу ІТ відбулося підвищення SaO_2 на 2% ($p < 0,05$), що стабілізувалося до моменту переводу в загальне відділення. Аналогічна тенденція спостерігалася щодо хвилинної доставки кисню (DO_2): при початкових значеннях у межах норми показник зріс на 25% ($p < 0,01$) на 3-тю добу та на 28% ($p < 0,01$) наприкінці курсу ІТ.

Статистично значущих змін вмісту кисню в артеріальній крові (CaO_2) протягом періоду спостереження не виявлено.

Висновки:

1. Оцінка тяжкості неврологічних розладів у хворих із інтрацеребрально ускладненим ішемічним інсультом під час інтенсивної терапії є прерогативою лікарів-неврологів.
2. Моніторинг тяжкості порушень вітальних функцій у цієї категорії пацієнтів має безперервно здійснюватися анестезіологічною командою ПІТ інсультного відділення.
3. Ведення хворих із інтрацеребрально ускладненим ІМІ потребує застосування мультидисциплінарного індивідуалізованого підходу до моніторингу з подальшою оптимізацією стратегії виживання в умовах тяжкої мозкової катастрофи.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ / REFERENCES

1. Kortelainen S, Curtze S, Martinez-Majander N, Raj R, Skrifvars MB. Acute ischemic stroke in a university hospital intensive care unit: 1-year costs and outcome. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2022 Apr;66(4):516-525. <https://doi.org/10.1111/aas.14037>
2. Ganti L. Management of acute ischemic stroke in the emergency department: optimizing the brain. *Int J Emerg Med*. 2025 Jan 7;18(1):7. <https://doi.org/10.1186/s12245-024-00780-5>
3. Kirkman MA, Citerio G, Smith M. The intensive care management of acute ischemic stroke: an overview. *Intensive Care Med*. 2014 May;40(5):640-653. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3266-z>
4. Coplin WM. Critical care management of acute ischemic stroke. *Continuum (Minneapolis)*. 2012 Jun;18(3):547-59. <https://doi.org/10.1212/01.CON.0000415427.53653.1b>
5. Bevers MB, Kimberly WT. Critical Care Management of Acute Ischemic Stroke. *Curr Treat Options Cardiovasc Med*. 2017 Jun;19(6):41. <https://doi.org/10.1007/s11936-017-0542-6>
6. Dariy VI, Serikov KV, Kmyta OP, Rybalko TP, Kolesnyk OV. Personification of antihypertensive therapy in ischemic cerebral stroke. *Georgian Med News*. 2024 Apr;(349):75-79. PMID: 38963206.

7. Галушко О. А. Перший досвід застосування нового поглинача вільних радикалів Ксаврону у хворих на ішемічний інсульт. Медицина невідкладних станів. 2019; (3): 51-55.
8. Daryi V, Sikorska M, Vizir I, Khrantsov D, Serikov K. Differentiated therapy of patients with intracerebral complicated hemispheric ischemic cerebral stroke with secondary brainstem hemorrhages against the background of hypertensive encephalopathy. Georgian Med News. 2025 Apr;(361):6-10.
9. Serikov KV, Smirnova LM, Shifrin GA. Methodology of audit for the intensity restoration of the energy-structural status in patients suffering an ischemic cerebral stroke. Klin Khir. 2021 Jul-Aug;88(7-8):44-48. <https://doi.org/10.26779/2522-1396.2021.7-8.44>
10. Serikov KV, Smirnova LM. Periodization of the brain ischemic insult. Klin Khir. 2019 Nov-Dec;86(11-12):85-91. <https://doi.org/10.26779/2522-1396.2019.11-12.85>
11. Shchekhlov DV, Konotopchik SV, Pastushyn OI. Clinical protocol of the ischemic stroke patient's treatment. Ukr Interv Neuroradiol Surg. 2021;37(3):14-56. [https://doi.org/10.26683/2786-4855-2021-3\(37\)-14-56](https://doi.org/10.26683/2786-4855-2021-3(37)-14-56)
12. Пилипенко ММ, Дубров СО. Трансфузійна та інфузійна терапія при масивній крововтраті. Частина 2. Фізіологічні передумови використання еритроцитів як компонента гемостатичної ресусцитації. Pain, Anaesthesia and Intensive Care. 2023; (4): 29-38. [https://doi.org/10.25284/2519-2078.4\(105\).2023.295000](https://doi.org/10.25284/2519-2078.4(105).2023.295000)
13. Кувалдіна О. В. Спортивна метрологія: навчальний посібник. Миколаїв: НУК імені адмірала Макарова; 2025. 198 с.
14. Brun FK, Fagertun VH, Larsen MH, Solberg MT. Comparison of Glasgow Coma Scale and Full Outline of UnResponsiveness score to assess the level of consciousness in patients admitted to intensive care units and emergency departments: A quantitative systematic review. Aust Crit Care. 2025 Jan;38(1):101057. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.03.012>
15. Міщенко ТС, Дарій ВІ, Баранова КВ. Взаємозв'язок запальних та протизапальних маркерів у хворих в гострому періоді мозкових інсультів. Український вісник психоневрології. 2014;22(2):16-18.
16. Almojuela A, Hasen M, Zeiler FA. The Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) Score and Its Use in Outcome Prediction: A Scoping Systematic Review of the Adult Literature. Neurocrit Care. 2019 Aug;31(1):162-175. <https://doi.org/10.1007/s12028-018-0630-9>
17. Kuznietsov AA. Analysis of diagnostic informative value of the Full Outline of UnResponsiveness Scale in patients with spontaneous supratentorial intracerebral hemorrhage. Zaporozhye Medical Journal. 2019;21(1):33-38. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2019.1.155799>
18. Скибчик ВА, Соломенчук ТМ. Гостра серцева недостатність: сучасні підходи до діагностики та лікування. Практикуючий лікар, 2023. № 2-3, с. 5-18. <https://doi.org/10.31793/2413-5461.2023.12-2.5>
19. Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H, Follath F, Harjola VP, et al. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. Eur Heart J. 2006 Nov;27(22):2725-2736. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehl193>

АВТОРСЬКА ДОВІДКА / INFORMATION ABOUT AUTHORS

• Серіков Костянтин Вікторович

К.мед.н., доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії,
Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, Запоріжжя, Україна
Тел.: +380974765798
E-mail: serikov@ua.fm

• Serikov Kostyantyn Viktorovich

PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 69035, Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, Ukraine
Tel.: +380974765798
E-mail: serikov@ua.fm

• Дарій Володимир Іванович

Д.мед.н., професор кафедри нервових хвороб, Запорізький
державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, м. Запоріжжя, Україна
Тел.: +380679167457
E-mail: daryivladymir@gmail.com

• Daryi Volodymyr Ivanovych

Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Nervous Diseases, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380679167457
E-mail: daryivladymir@gmail.com

• Воротинцев Сергій Іванович

Д.мед.н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної
терапії, Запорізький державний медико-фармацевтичний
університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, Запоріжжя, Україна
Тел.: +380976346245
E-mail: vorotyntsev_s@ukr.net

• Vorotyntsev Serhii Ivanovych

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380976346245
E-mail: vorotyntsev_s@ukr.net

• **Білай Іван Михайлович**

Д.мед.н., професор, завідувач кафедри клінічної фармації, фармакотерапії, фармакогнозії та фармацевтичної хімії, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, Запоріжжя, Україна
Тел.: +380967959828
E-mail: belay250455@gmail.com

• **Гриценко Сергій Миколайович**

Д.мед.н., професор кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, Запоріжжя, Україна
Тел.: +380506099885
E-mail: gritsenko45@gmail.com

• **Бойко Костянтин Анатолійович**

К.мед.н., доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, Запоріжжя, Україна
Тел.: +380503427811
E-mail: anesthesiology.zsmu@gmail.com

• **Семенова Тетяна Олександрівна**

К.мед.н., доцент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, м. Запоріжжя, Україна
Тел.: +380978887312
E-mail: tatosenenova@gmail.com

• **Григор'єв Сергій Володимирович**

К.мед.н., асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, м. Запоріжжя, Україна
Тел.: +380505346513
E-mail: grigsergey@gmail.com

• **Зайцев Станіслав Євгенович**

К.мед.н., асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, м. Запоріжжя, Україна
Тел.: +380978256791
E-mail: ziclimer@gmail.com

• **Доля Олег Сергійович**

К.мед.н., асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, м. Запоріжжя, Україна
Тел.: +380950954645
E-mail: dolya.o.s@zsmu.edu.ua

• **Аравицький Євгеній Олегович**

К.мед.н., асистент кафедри анестезіології та інтенсивної терапії, Запорізький державний медико-фармацевтичний університет
Адреса: 69035, бульвар Марії Примаченко, 26, м. Запоріжжя, Україна
Тел.: +380677585211
E-mail: aravitskiyevgeniy@i.ua

• **Bilay Ivan Mykhailovych**

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical Pharmacy, Pharmacotherapy, Pharmacognosy, and Pharmaceutical Chemistry, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380967959828
E-mail: belay250455@gmail.com

• **Grytsenko Serhii Mykolaiovych**

Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380506099885
E-mail: gritsenko45@gmail.com

• **Boyko Kostyantyn Anatoliiovych**

PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380503427811
E-mail: anesthesiology.zsmu@gmail.com

• **Semenova Tetiana Oleksandrivna**

PhD in Medicine, Associate Professor at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380978887312
E-mail: tatosenenova@gmail.com

• **Hryhoriev Serhii Volodymyrovych**

PhD in Medicine, Assistant at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380505346513
E-mail: grigsergey@gmail.com

• **Zaitsev Stanislav Yevgenovych**

PhD in Medicine, Assistant at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380978256791
E-mail: ziclimer@gmail.com

• **Dolia Oleh Serhiiovych**

PhD in Medicine, Assistant at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380950954645
E-mail: dolya.o.s@zsmu.edu.ua

• **Aravytskyi Yevhenii Olehovych**

PhD (Medicine), Assistant at the Department of Anesthesiology and Intensive Care, Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University
Address: 26 Marii Prymachenko Blvd, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine
Tel.: +380677585211
E-mail: aravitskiyevgeniy@i.ua

Отримано / Received 13.01.2026

Рецензовано / Revised 20.01.2026

Прийнято до друку / Accepted 27.01.2026

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу info@ujmh.net