

норм. Передумована спеціальна система обробки баллів, захищена авторськими правами. Наявний опросник широко використовується для оцінки стану «якості життя» в різних дослідженнях клінічної і соціальної направленості.

Існуючі і створені раніше аналогічні опросники (Life Satisfaction Index (1961), Nottingham Health Profile (1981), Functional Limitation Profile (1981), Sickness Impact Profile-68 (1981)) в нинішнє час не знаходять стільки широкого застосування, мають недоліки (громоздкість, необхідність спеціального навчання персоналу, що проводить тестування, низьку чутливість).

SUMMARY

Analysis of quality of life questionnaires, presenting for complex assessing different aspects of the subject affection was made. Current, valid and sensitive ones detected for future use in stroke patients investigations.

УДК 616.831-005: 616-036.8

Г.В. Безсмертна

Український державний НДІ реабілітації інвалідів

РОЛЬ КЛІНІЧНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТА ПРИЧИН РОЗВИТКУ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНУ ПАТОЛОГІЮ

Цереброваскулярна патологія є однією з актуальних проблем сучасної клінічної медицини і знаходиться в центрі уваги неврологів і фахівців суміжних спеціальностей. Це зумовлено як складністю медичного аспекту проблеми, так і низькою соціальних чинників: значною поширеністю, високим відсотком інвалідності і смертності [Волошин П.В., Тайцлин В.И., 1991; І.С.Зозуля, 1996; Т.Г. Міщенко, 2000]. Серед тих, що вижили, до 80% залишаються інвалідами і лише 20,5% осіб можуть повернутись на роботу [Diaz V, Cumsille MA et al., 2003; Dou XF et al., 2004].

Найбільш поширеною причиною інсультів (як геморагічних, так і ішемічних) залишається гіпертонічна хвороба [Ariesen MJ. et al., 2003; Rasool AH. et al., 2004]. Встановлено, що у 87,8% осіб похилого і старечого віку, що перенесли інсульт, виявляється гіпертонічна хвороба, інші фактори ризику мали меншу поширеність – паління тютюну – у 46,9%, зловживання алкоголем у 35,4% осіб, цукровий діабет – у 19,9% дисліпідемія – у 15,6%, серцеві захворювання – у 27,1% [Pires SL. et al., 2004]. За іншими даними артеріальна гіпертензія як фактор ризику інсульту реєструється у 64% пацієнтів [Acha O., et al., 2003].

Враховуючи вище наведене, метою нашого дослідження було вивчення

відомих факторів ризику розвитку ішемічного інсульту і вплив їх на важкість перебігу інсульту при проведенні медичної реабілітації.

Під нашим спостереженням знаходилося 183 хворих з цереброваскулярною патологією (ЦВП). Чоловіків було 85 (46%), жінок – 98 (54%). Вік хворих у середньому склав $48,6 \pm 0,33$ року. Ішемічний інсульт діагностовано у 153 хворих, минуці порушення мозкового кровообігу – у 30. Гострий період ішемічного інсульту діагностовано у 29 хворих, ранній відновний – у 39, пізній відновний – у 35, резидуальний (або період віддалених наслідків) – у 50 осіб. Розподіл пацієнтів за найбільш вагомими факторами ризику ЦВП, таких як артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, ожиріння та паління виявив, що як серед хворих з минуцими порушеннями мозкового кровообігу, так і серед хворих з інсультами перше місце за частотою посідає артеріальна гіпертензія (у 47% осіб в обох групах). На другому місці було паління тютюну, причому відсоток курців серед хворих з інсультами достовірно переважав (у 2 рази) кількість таких серед хворих з минуцими порушеннями кровообігу. Крім того, у хворих з інсультами вдвічі частіше виявлялось ожиріння. Ішемічна хвороба серця діагностована всього у 9% хворих з інсультами і у 3% хворих з минуцими порушеннями мозкового кровообігу.

Оцінку важкості стану пацієнтів у різні періоди інсульту проводили за наступними інтегральними показниками: порушення життєвих функцій за шкалою Ренкіна, порушення когнітивних функцій за шкалою Mini-Mental, визначалась м'язева сила та виразність спастичності в балах. Важкість пацієнтів з ішемічним інсультом у гострий період визначалась за шкалою інсульту National Institutes of Health Stroke Scale (NIH). При аналізі отриманих даних, порушення життєвих функцій у хворих з інсультом (за винятком гострого періода) за шкалою Ренкіна в середньому становило $2,44 \pm 0,10$ бала, що відповідає неврологічним порушенням середнього ступеня важкості. Порушення життєвих функцій у хворих у гострому періоді інсульту за шкалою NIH також відповідало порушенням середньої важкості і становило $10,7 \pm 0,78$ бала.

В усіх групах, незалежно від періоду інсульту (за винятком гострого періоду), виявлялись істотні порушення когнітивних функцій – середній бал за шкалою Mini-Mental в жодній групі не перевищував 24 (гранична межа).

При оцінці рухових функцій було встановлено, що у хворих в гострому періоді інсульту м'язова сила була достовірно меншою (на 40,7%) порівняно з раннім відновним періодом ($p < 0,05$). У хворих у резидуальному періодах цей показник був дещо меншим ніж у ранньому відновному періоді, але достовірно перевищував такий у хворих у гострому періоді на 30,7% ($p < 0,05$). Виразність спастичності була максимальною у хворих у пізньому відновному періоді (в 2,0 рази вище порівняно з гострим періодом $p < 0,05$), у той час як в інші періоди інсульту за цим показником не спостерігалось достовірних відмінностей між групами.

Таким чином, вивчення факторів ризику розвитку цереброваскулярної патології впливає на важкість перебігу ішемічного інсульту і сприяє більш адекватній медичній реабілітації даного контингенту хворих.

SUMMARY

Based on examining 183 patients with cerebrovascular pathology main factors of insult development were studied. The effect of these factors on severity of insult course in different periods of the disease give the possibility to provide more adequate medical rehabilitation for this patient quota.

УДК 616.831-005-073.7-036.86

В.М. Школьник, О.В. Погорелов, Ю.І. Гудар'ян

Дніпропетровська державна медична академія,

Український державний НДІ медико-соціальних проблем інвалідності

ПОКАЗНИКИ СТОВБУРОВОЇ ВИКЛИКАНОЇ АКТИВНОСТІ ЯК КРИТЕРІЙ ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ ВИРАЖЕНОСТІ ДИСЦИРКУЛЯТОРНИХ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ

Цереброваскулярна патологія і зв'язана з нею мозкова судинна недостатність, енцефалопатії стають дедалі поширеними станами на сучасному етапі розвитку людства внаслідок багатьох чинників. Медико-соціальні питання та експертиза в цьому аспекті потребують нових методів об'єктивізації стану центральної нервової системи. Одним із таких методів може бути дослідження стану стовбурової активності за допомогою викликаних потенціалів. Значимість даного методу полягає в тому, що стовбурові структури реагують доволі стабільними реакціями на несприятливі геодинамічні умови та чітко відбивають стан центральної нервової системи в цілому, що доведено численими дослідженнями.

Нами проведено порівняне дослідження параметрів амплітуди і латентних періодів ствольних слухових викликаних потенціалів при дисциркуляторних енцефалопатіях (ДЕ) I-III ст. у 67 хворих із церебральним атеросклерозом віком від 45 до 65 років. Використано апаратуру О.Т.Е. Biomedica, яка дозволяє реєструвати сигнали так званого «дальнього поля» рівня десятих долей мікрвольта, які продукують ядра стовбура мозку – вентральні, дорсальні, трапецієвидного тіла, латеральної петлі та ядер чотиригорбикового тіла.

В результаті проведеного дослідження встановлено, у пацієнтів з ДЕ I ст. вірогідно знижена амплітуда 5-го компонента СВПМС при збережених латентних періодах (ЛП). Феноменів випадіння та деформацій відповіді не спостерігається. При ДЕ II ст., встановлено зниження амплітуди 5-7 компонентів ($p < 0,05$) при тенденції збільшення ЛП. У хворих із ДЕ III ст. збільшення латентних періодів і вірогідно знижені амплітудні показники відповіді ($p < 0,05$) характеризували безсумнівно більш грубі порушення стовбурового рівня. Найбільші кореляції з тяжкістю і виразністю клінічних ознак енцефалопатій просліджувались за критеріями зниження амплітуди 3 і 5 компонентів СВПМС понад 50% нормативних. Діагностично значущим критерієм грубих змін стану стовбурових структур у цій групі були феномени