

192 с. 6. Пономаренко В.М. Здоров'я дітей України: проблеми і шляхи їх вирішення // ПАГ.– 1994.– № 1.– С. 3–7. 7. Сміян І.С. Здоров'я дітей і майбутнє України // ПАГ. – 1997. – № 1.– С. 6–11. 8. Анапасенко Г.Л., Попова Л.А. Валсологія: состояние и перспективы // Журн. АМН України.– 1997.– т.3. № 3.– С. 426–436. 9. Войтенко В.П. Здоровье здоровых (введение в санологию). – К.: Здоров'я, 1991.– 248 с. 10. Вельтищев Ю.Е. Концепция риска болезни и безопасности здоровья ребенка. / Рос. вестник перинат. и педиатрии: приложение к журналу №2.- М., 1994.- 87 с.

PREVENTIVE MAINTENANCE OF CHILDREN'S DISEASES IN RISK GROUPS IN A CHILDREN'S POLYCLINIC

S.L.Niankovskyi

Abstract. The influence of the risk factors on children's health and diseases development was investigated on the basis of introduced automated information system "Levenia" and monitoring of 19,000 children of the children's polyclinic in the city Chervonograd (Lviv region) from 1994 through 1998.

On the basis of the obtained information by using the techniques of multi-measured probabilistic modelling an integral risk factor was obtained and whose magnitude served as the basis for determining the probability of disease development and forming risk groups for a longterm follow-up. We defined the efficiency of the elaborated preventive and remedial measures in the children's families of risk groups.

The use of the proposed system of preventive maintenance allows to prevent the development of acute diseases in 34 % of the children in high risk groups and sufficiently reduce the number of exacerbations of chronic diseases.

Key words: children, state of health, factors of risk, monitoring, , preventive maintenance.

Lviv State Medical University (Lviv)

УДК 616.831-005.1-08

В.М. Пашковський

ОСОБЛИВОСТІ ВІДНОВЛЕННЯ ПОШКОДЖЕНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ З МОЗКОВИМИ ІНСУЛЬТАМИ

Кафедра нервових хвороб і психіатрії (зав. – д.м.н. В.М. Пашковський)
Буковинської державної медичної академії

Ключові слова: мозковий інсульт, відновлення функцій, КТ, МРТ, доплерографія.

Резюме. На підставі клінічних і нейровізуалізаційних методів дослідження виявлено, що важкість стану в найгострішому періоді інсульту є важливим фактором, що впливає на відновлення пошкоджених функцій. Також суттєвими чинниками, що в першу чергу визначають відновлення, є: час від початку надання спеціалізованої медичної допомоги, локалізація та розміри вогнища, вираженість набряку головного мозку, зміщення серединних структур і гостра оклюзійна гідроцефалія.

Вступ. Реабілітація хворих із гострою цереброваскулярною патологією є одним з актуальних напрямків у національній охороні здоров'я. Це визначається як частотою судинних захворювань, так і важкістю їх наслідків, що обумовлює високий показник інвалідності серед працездатних осіб [1,5,6].

Для вибору адекватних форм і методів відновного лікування важливе значення має визначення факторів, що впливають на успіх реабілітації. У літературі ці питання висвітлені недостатньо, а існуючі дані відрізняються великою варіабельністю [2,4].

Мета дослідження. Визначити ступінь значущості факторів, що впливають на відновлення рухових і мовних функцій у хворих з мозковими інсультами для вибору адекватних методів відновного лікування.

Методи дослідження. Проведене комплексне клінічне і інструментальне обстеження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, транскраніальна доплерографія) 86 хворих з мозковими інсультами (у 56 діагностований ішемічний, у 30 - геморагічний інсульт) в ранньому реабілітаційному періоді (2-3 міс. після захворювання). Вік хворих коливався від 39 до 73 років (39 чоловіків і 47 жінок). У всіх пацієнтів використовувались загальноприйняті методи лікування.

Для визначення ступеня відновлення рухових і мовних функцій у хворих, що перенесли мозковий інсульт, використовувалась система оцінки, розроблена [3]. Відповідно до цієї системи ступінь порушення рухів і мови досліджувався за 6-бальною шкалою. За ступенем відновлення рухів і мови хворі були поділені на 2 групи: із задовільним і незадовільним відновленням пошкоджених функцій. Задовільним вважали відновлення рухових або мовних порушень на 2 і більше бала, незадовільним - на 1 бал або спостерігалась повна відсутність позитивної динаміки.

Результати дослідження і їх обговорення. За ішемічного інсульту задовільний ступінь відновлення рухових і мовних функцій спостерігався у $61 \pm 7\%$ і $69 \pm 8\%$ хворих відповідно.

Встановлено, що важкість стану хворого на момент госпіталізації у спеціалізований медичний заклад є головним фактором, що визначає ступінь відновлення пошкоджених функцій. У $71 \pm 8\%$ хворих на ішемічний інсульт у важкому і вкрай важкому стані (кома, порушення дихання, ковтання) спостерігалось незадовільне відновлення пошкоджених функцій.

З початком лікування в перші 6 год після захворювання, пацієнти із задовільним ступенем відновлення функцій склали $82 \pm 12\%$, в перші 12 год – $70 \pm 10\%$ і з початком лікування через добу і більше – $46 \pm 7\%$ хворих ($p < 0,05$).

Відновлення рухових функцій у хворих з пошкодженням правої півкулі було більш торпідним і неповним, ніж при ураженні лівої півкулі, зокрема явища стійкого парезу за правопівкульового інсульту зустрічались в 1,5 рази частіше ($p < 0,05$).

Встановлено, що чим раніше візуалізується ділянка пошкодження на магнітно-резонансних томограмах, тим прогноз відновлення менш сприятливий. Кількість хворих з томографічним підтвердженням вогнища в першу добу захворювання та із задовільним ступенем відновлення пошкоджених функцій склали $36 \pm 6\%$, а з появою вогнища на третю добу – $62 \pm 5\%$ ($p < 0,05$).

За ішемічного інсульту з пошкодженням в основному внутрішньої капсули, підкіркових вузлів тільки у $41 \pm 9\%$ хворих був задовільний ступінь

відновлення рухових функцій. За пошкодження кори головного мозку задовільний ступінь відновлення рухів склав $82 \pm 8\%$ ($p < 0,05$).

Характер і вираженість мовних порушень в значній мірі визначались розташуванням вогнища відносно кіркових мовних ділянок домінантної півкулі. За переважної локалізації інфаркта в корі і прилягаючій білій речовині моторної або сенсорної мовної ділянки (Брока або Верніке) у $47 \pm 13\%$ хворих був незадовільний ступінь відновлення мови, а за переважної локалізації ділянки пошкодження в підкіркових вузлах незадовільний ступінь відновлення спостерігався у $20 \pm 9\%$ хворих ($p > 0,05$).

Розмір ділянки пошкодження є одним із значущих факторів відновлення пошкоджених рухових і мовних функцій. За ішемічного інсульту у $75 \pm 11\%$ хворих з об'ємом вогнища до 20 см^3 і у $54 \pm 10\%$ пацієнтів з об'ємом вогнища більше 40 см^3 визначено задовільне відновлення рухів ($p > 0,05$). За мовних порушень у $89 \pm 8\%$ хворих з об'ємом вогнища до 20 см^3 і у $38 \pm 18\%$ пацієнтів з об'ємом вогнища більше 40 см^3 спостерігалось задовільне відновлення мови ($p < 0,05$). При об'ємі вогнища $20-40 \text{ см}^3$ задовільне відновлення рухів і мови настало у $57 \pm 14\%$ і $56 \pm 18\%$ хворих.

Таким чином, відновлення рухових функцій більше залежало від локалізації вогнища і менше – від його розмірів, а відновлення мови більше залежало від розмірів вогнища і дещо менше – від його локалізації.

Зміщення серединних структур у гострому періоді мозкового інсульту помітно впливає на ступінь відновлення пошкоджених функцій. За відсутності зміщення задовільний ступінь відновлення рухових і мовних функцій відзначався у $83 \pm 7\%$ і $78 \pm 10\%$ хворих, а за значного зміщення (більше 4 мм) ці показники склали $30 \pm 9\%$ і $38 \pm 14\%$ хворих відповідно ($p < 0,05$). У всіх хворих з оклюзійною гідроцефалією відзначався незадовільний ступінь відновлення рухових і мовних функцій.

Проведене дослідження вказує на достатню чутливість і специфічність транскраніальної доплерографії в оцінці прогнозу інсульту. Виявлено, що швидкість кровотоку у середній мозковій артерії нижче $30 \pm 3 \text{ см/с}$, пульсаційний індекс менше $0,50 \pm 0,04$, індекс асиметрії вище $40 \pm 3\%$ – є несприятливими факторами відновлення пошкоджених функцій.

Аналіз залежності ступеня відновлення неврологічних функцій від порушення мозкового кровотоку у хворих на ішемічний інсульт вказує на несприятливий прогноз відновлення рухових і мовних функцій при оклюзуючих пошкодженнях магістральних судин голови у $50 \pm 12\%$ і $56 \pm 18\%$ пацієнтів. Колатеральний кровоток через задню сполучну артерію є прогностично більш важливим, ніж колатералі через передню сполучну артерію і орбітальний анастомоз.

За геморагічного інсульту (ГІ) задовільний ступінь відновлення рухових і мовних функцій спостерігався у $50 \pm 9\%$ і $69 \pm 12\%$ хворих відповідно. У $83 \pm 8\%$ пацієнтів з ГІ у важкому і вкрай важкому стані (кома, порушення дихання, ковтання) відновлення пошкоджених функцій незадовільне.

За ГІ із пошкодженням, в основному, внутрішньої капсули та підкіркових вузлів, тільки у $35 \pm 11\%$ хворих був задовільний ступінь відновлення рухових функцій. При пошкодженні кори головного мозку задовільний ступінь відновлення рухів склав $69 \pm 11\%$ ($p < 0,05$). За переважаною локалізації

вогнища в корі та прилеглий білій речовині моторної або сенсорної мовної ділянки у $43 \pm 20\%$ хворих визначено незадовільний ступінь відновлення мови, а за переважної локалізації вогнища пошкодження в підкіркових вузлах незадовільний ступінь відновлення спостерігався у $22 \pm 14\%$ хворих ($p > 0,05$).

За ГІ у $60 \pm 16\%$ хворих з об'ємом вогнища до 20 см^3 і у $38 \pm 18\%$ пацієнтів з об'ємом вогнища більше 40 см^3 реєструвалося задовільне відновлення рухів ($p > 0,05$). За мовних порушень у $83 \pm 17\%$ хворих з об'ємом вогнища до 20 см^3 і у $20 \pm 20\%$ пацієнтів з об'ємом вогнища більше 40 см^3 спостерігалось задовільне відновлення мови ($p < 0,05$). За об'ємом вогнища $20-40 \text{ см}^3$ задовільне відновлення рухів наставало у $50 \pm 15\%$ хворих.

Ступінь вираженості набряку головного мозку у гострому періоді ГІ суттєво впливає на відновлення пошкоджених функцій. При цьому задовільний ступінь відновлення рухових і мовних функцій за незначного набряку складав відповідно $80 \pm 13\%$ і $100-20\%$, а за значного – $30 \pm 15\%$ і $20 \pm 20\%$ хворих відповідно ($p < 0,05$).

Висновки.

1. Важкість стану в найгострішому періоді інсульту є важливим фактором, що впливає на відновлення пошкоджених функцій.

2. Суттєвими чинниками, що визначають в першу чергу ступінь відновлення, є час від початку надання спеціалізованої медичної допомоги, локалізація та розміри вогнища.

3. Важливе значення для прогнозу перебігу мозкового інсульту має вираженість набряку головного мозку, зміщення серединних структур і гостра оклюзійна гідроцефалія.

Література. 1. Боброва В.И., Шевченко Л.А., Ревенько А.В., Ревенько И.Л. Исходы мозговых инсультов в зависимости от определенных факторов риска // Украинський вісник психоневрології. - 1995, - № 3. - С. 94-97. 2. Гусев Е.И., Виленский Б.С., Скоромец А.А., Бурд Г.С. Основные факторы, влияющие на исходы инсультов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1995. - № 1. - С. 4 - 7. 3. Кадыков А.С. Восстановление нарушенных функций и социальная реадaptация больных, перенесших инсульт. - Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1991. - 57 с. 4. Чернецький В.К., Дицук І.П., Кричун І.Я., Куліков Д.В. Експрес-діагностика, організація та принципи поетапного лікування і реабілітації хворих на мозкові інсульти у містах і сільській місцевості. (Методичні рекомендації). - Чернівці, 1997. - 45 с. 5. Dehaan R.J., Limburg M., Vandermeulen J.P., Jacobs H.M. Quality-of-life after stroke - impact of stroke type and lesion location // Stroke. - 1995. - 26, № 3. - P. 402-408. 6. Bach-Rita P. Brain plasticity as a basis for recovery of function in humans // Neuropsychologia. - 1990. - № 28. - P. 547-552.

PECULIARITIES OF RESTORING DYSFUNCTIONS ON PATIENTS WITH STROKES

V.M. Pashkovskiy

Abstract. On the basis of clinical and neuroimaging methods of investigation it was found out that the severity of the condition at the acutest stage of stroke was a significant factor, influencing the restoration of the functions. The following factors determining the stage of restoration were also essential, first of all: the time elapsed since specialised medical aid was rendered, the localisation, sizes of the nidus, the size of brain oedema, displacement midline structures and sharp occlusion hydrocephaly.

Key words: stroke, dysfunction, CT, MRI, dopplerography.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)