

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ

ЗБІРНИК ТЕЗ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ

«СУЧАСНІ АСПЕКТИ
КЛІНІЧНОЇ НЕВРОЛОГІЇ»

1 березня 2013 року

Івано-Франківськ
2013

Філіпець О. О., Кривецька І. І., Жуковський О. О.

*Буковинський державний медичний університет
58002, м. Чернівці, Театральна пл., 2; office@bsmu.edu.ua*

ВИСОКИЙ ІНДЕКС СУПУТНЬОЇ СОМАТИЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЯК ПРЕДИКТОР НЕСПРИЯТЛИВИХ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ НАСЛІДКІВ ГОСТРОГО ПЕРІОДУ МОЗКОВОГО ІНСУЛЬТУ

Медико-соціальна значущість мозкового інсульту (МІ) обумовлена високою захворюваністю, значним рівнем летальності та інвалідизуючими наслідками, які призводять до обмеження життєдіяльності, порушення працездатності та залежності хворих від сторонньої допомоги. Інсульт розвивається на фоні соматичної патології, яка здатна впливати на характер його перебігу та довготривалий прогноз. Однак, питання вимірювання коморбідності, як і її значення для найближчих наслідків інсульту, вивчене недостатньо.

Метою нашого дослідження стало визначення впливу соматичної патології, оціненої за індексом коморбідності, на функціональні наслідки гострого періоду ішемічного інсульту.

До дослідження залучено 207 хворих на гострий ішемічний інсульт (96 чоловіків і 111 жінок). Середній вік пацієнтів становив $70,9 \pm 0,8$ року. Діагноз інсульту встановлювали за критеріями ВООЗ. Тяжкість неврологічних проявів найгострішого періоду інсульту визначали за шкалою NIHSS. Соматичну патологію оцінювали відповідно до складових індексу коморбідності Чарлсона, ІЧ (M.E. Charlson et al., 1987), за яким пацієнтів розподілено на групи з низькою ($ІЧ=0-1$) та високою ($ІЧ \geq 2$) коморбідністю. Функціональний статус хворих на 28-й день після початку захворювання визначали за шкалою Ренкіна, при цьому наслідки інсульту, оцінені на 0–1 бал вважали сприятливими, а ≥ 2 балів – несприятливими.

Згідно з результатами дослідження, середня тяжкість інсульту становила $12,3 \pm 0,4$ балу за шкалою NIHSS. Найпоширенішою фоновою патологією стала серцева недостатність – 63,3% та цукровий діабет – 20,7%. В цілому високу коморбідність зареєстровано у 44,5% хворих, середнє значення ІЧ склало $1,8 \pm 0,07$ балу. На 28-й день захворювання частка осіб зі сприятливим наслідком інсульту була достовірно вищою серед хворих із низьким ІЧ (47,9%), ніж у пацієнтів із високим індексом (33,6%), $p < 0,05$. Аналіз даних методом логістичної регресії з урахуванням тяжкості інсульту показав, що в осіб з $ІЧ \geq 2$ ризик того чи іншого ступеня інвалідизації

(≥ 2 балів за шкалою Ренкіна) зростає на 32% ($p < 0,05$); зростання ІЧ на 1 бал незалежно асоціюється зі збільшенням такого ризику на 14% ($p < 0,01$).

Таким чином, функціональні наслідки після завершення гострого періоду ішемічного інсульту детермінуються кількістю і тяжкістю соматичних захворювань, які відображені в індексі Чарлсона. Своєчасне виявлення та корекція соматичної патології може зменшити ступінь інвалідизації та покращити ефективність реабілітації хворих на інсульт.

Цибульська В. П.

Вінницький національний медичний університет

ім. М. І. Пирогова,

кафедра нервових хвороб

Пирогова, 56, 21018 Вінниця

E-mail: spmoskovko@gmail.com

СКЛАДОВІ СУБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ ПРИ ЗАГОСТЕННІ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ВНИЗУ СПИНИ

Одним з приводів для госпіталізації в неврологічне відділення при загостренні хронічного больового синдрому внизу спини є суб'єктивна оцінка пацієнтами свого болю та загального стану, як такого, що не піддається корекції та лікуванню в амбулаторних умовах: наявний негативний досвід в період, що безпосередньо передує госпіталізації. Ця оцінка може бути дещо завищеною і на неї впливає низка обставин.

Нами вивчені окремі складові суб'єктивної оцінки больового синдрому в когорті 175 хворих (75 чоловіків та 100 жінок; середній вік $44,2 \pm 12,9$ років), госпіталізованих в неврологічне відділення з приводу загострення синдрому «хронічний біль внизу спини». Хворі не мали ознак корінцевих уражень (компресійні синдроми). Наводяться дані, отримані при вступі до відділення. Використані дані візуально-аналогової шкали болю (ВАШБ), оцінка депресії за опитувальником Бека (БДО) та самооцінка впливу захворювання на стан здоров'я EQ-5D.

Оцінка рівня болі за ВАШБ мала доволі широкий діапазон: від 8 мм до 88 мм (середня – $56,9 \pm 15,1$ мм). Менше 30 мм від-