

уже была мозговая катастрофа. У мужчин важное место занимают курение - 20% и злоупотребление алкоголем - 8,2%.

Как видим, ведущее место в приведенном перечне занимает артериальная гипертензия – один из самых существенных коррегируемых факторов. Следует отметить, что АГ практически не встречается изолированно, обычно ей сопутствуют другие факторы риска. Более 90% от общего числа инсультов, зарегистрированных в городе за прошедший год, произошло на фоне повышения артериального давления (АД) выше обычных цифр (независимо от типа инсульта).

По данным стационарного наблюдения, где можно было верифицировать тип острого нарушения мозгового кровообращения и регулярно контролировать цифры АД, артериальная гипертензия отмечена у 305 (72,6%) из 420 больных мозговым инсультом. Причем наличие АГ у больных ишемическим инсультом составило 79%, а при геморрагическом - 76,4 % ( $p > 0,5$ ). Различий в показателях по половому признаку не выявлено. Как у мужчин, так и у женщин преобладала мягкая и умеренная АГ. Следует особо отметить, что только 9,6% пациентов принимали адекватную антигипертензивную терапию.

## **КЛИНИКО – ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРО – БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ**

*А.В. Шевченко, Ж.Н. Козинец (Сумы)*

Для изучения клиники и патогенеза вертебро-базиллярной недостаточности (ВБН) обследовано 43 больных, находившихся на лечении в условиях дневного стационара поликлиники, из них 37 человек (86%) в возрасте 31-50 лет. Использовались клиничко-неврологические, рентгенологические, электрофизиологические (ЭЭГ, РЭГ) методы исследования.

Ведущими жалобами больных были: головная боль (91,4%), переходящие кохлео-вестибулярные нарушения (86,4%), вестибуло-мозжечковые расстройства (44%), нарушения зрения (23%). Почти у половины обследованных больных формирование ВБН сопровождалось депрессивным и ипохондрическим состояниями. Пальпаторно-визуальное исследование выявило признаки краниовертебральных дисплазий. У 95% больных отмечены дегенеративно-дистрофические изменения в средне- и нижнешейном отделах позвоночника, листезы, аномалия Киммерли. На ранних этапах формирования ВБН ведущую роль играют нарушения венозного оттока и сосудистой реактивности – дистоническая стадия. Гемодинамические сдвиги констатировались данными РЭГ-исследования с функциональными пробами и глазного дна (в 67% случаев выявлялась ангиопатия сетчатки). Изучение биоэлектрической активности

головного мозгу свідечувало об іритации дизцефальных структур и медобазальных образований височных долей. В органической стадии ВБН, когда формируется стойкий неврологический дефицит, изменения ЭЭГ свидетельствуют о дисфункции стволовых образований мозга и надсегментарных вегетативных центров.

Таким образом, удалось проследить патогенез ВБН и уточнить роль взаимодействия различных структур в формировании патологического процесса.

## “ТЕРАПЕВТИЧНЕ ВІКНО” ТА ЛЕТАЛЬНІСТЬ ВІД ІНСУЛЬТУ

*О.І. Коленко, О.В. Пирожников, І.І. Полуян (Суми)*

Сучасні підходи до лікування ішемічного інсульту передбачають максимально швидко госпіталізацію хворих у неврологічний стаціонар, ранні терміни початку лікування. Відновлення кровообігу в зоні ішемічної “напівтіні” у межах перших 6 годин після розвитку захворювання попереджує незворотні зміни тканини мозку і, як наслідок, зменшення неврологічного дефіциту.

Нами було проведено клініко – неврологічне обстеження пацієнтів ( мешканців міста), що знаходилися на лікуванні в су-динному відділенні 4-ї міської клінічної лікарні з приводу ішемічного інсульту в другому півріччі 2001 р. Також використані дані, які отримані від СШД міста. За цей період бригадами СШД було госпіталізовано 115 хворих віком від 44 до 84 років (65 жінок, 50 чоловіків). Виділено 2 групи: ті, що госпіталізовані до 6 годин після появи перших ознак захворювання (36 пацієнтів) та ті, що госпіталізовані в більш пізні терміни.

По-перше, було з'ясовано, що більша частина хворих та їх родичів не мала уявлень про ознаки гострої мозкової катастрофи і необхідність стаціонарного лікування цих станів. Більшість пацієнтів у перші 6 годин була доставлена в приймальне відділення у важкому стані (пригнічення свідомості за шкалою Глазго становило 4 – 12 балів та 0 - 20 балів за Скандинавською шкалою інсульту ). У першій групі в гострому періоді (28 днів за вимогами ВООЗ) частка тих, що померли становила 23%, в іншій – 16,5% (ця різниця не була статистично достовірною). Різниця в показниках летальності в групах з'ясовується тим, що в перші години за невідкладною медичною допомогою звернулися родичі пацієнтів, які знаходились в дуже важкому стані. Не залишає сумніву необхідність ранніх строків початку лікування та роз'яснення цього населенню міста.