

Summary

NEUROPHYSIOLOGICAL MECHANISMS OF THERAPEUTIC ACTION OF THE METHOD OF PROGRAMMABLE (SUPERVISED) SENSORY DEPRIVATION

Gozhenko A.I. , Korshnyak V.A., Nasibullin B.A.

In the article there was analyzed the role of sensory systems in human life; the influence of sensory deprivation on the human's body has been showed and examined. It was revealed that, during the sensory deprivation the effect of gravitational hydrostatic pressure of blood is completely removed and the load on the muscle-bone unit decreases, the balance of sympathetic and parasympathetic

divisions of the autonomic nervous system is taken place. Due to such readjustment the production of neurohormones is reduced and the activity of the own therapeutic system, which is fixed by psychotherapeutic program is enhanced. The removal of stress factor breaks the "vicious circle" of the disease, that contributes to the recovery of body's physiological systems.

Keywords: *sensory systems, sensory derivation, the autonomic nervous system and psychotherapeutic program.*

Впервые поступила в редакцию 25.04.2016 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.8-005

ВЕГЕТАТИВНІ СТАНИ В КЛІНІЦІ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Тещук В.Й., Тещук Н.В.

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса.

В роботі представлено аналіз лікування 17 пацієнтів з хронічним вегетативним станом, котрий виник після перенесених пацієнтами гострих порушень мозкового кровообігу, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці нейрохірургії та неврології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону з 2000 р. до травня 2014р. Встановлено характерні патофізіологічні особливості формування хронічного вегетативного стану при гострих порушеннях мозкового кровообігу, залежність госпітальної летальності від віку померлих, та від терміну перебування на стаціонарному лікуванні. Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні механізмів розвитку хронічних вегетативних станів при гострих порушеннях мозкового кровообігу, у зіставленні патофізіологічних особливостей з клінічними проявами інсульту та можливістю попередження вітальних порушень.

Ключові слова: *гостре порушення мозкового кровообігу, хронічний вегетативний стан, інсульт, госпітальна летальність.*

Вступ

Щорічно гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) розвиваються в 0,2 % всього населення земної кулі, та понад чим в 1 % осіб старше 65 років. Приблизно в 1/3 випадків інсульт призводить до летального закінчення. ГПМК займають третє місце в структурі смертності в розвинутих країнах після ішемічної хвороби серця (ІХС) та раку.

Серед хворих, котрі вижили після інсульту, котрі складають 0,8 % всього населення, приблизно половина стійко втрачає працездатність, ось чому ГПМК є основною причиною довготривалої фізичної, когнітивної, емоціональної, соціальної та трудової інвалідності [1]. "Вік" інсульту стрімко молодшає, і на сьогоднішній день біля 8 % випадків ГПМК виявлено у осіб до 40 років [2]. Існуючі

рекомендації, що базуються на основах доказової медицини, не дозволяють відповісти на широке коло клінічних запитань [3]. Тому кожна країна, кожна клініка, кожне відділення повинні відпрацьовувати свої локальні стандарти та протоколи ведення пацієнтів, котрі базуються на положеннях рекомендацій, на особливостях організації системи охорони здоров'я (включаючи наявність та вид страхової медицини), на особливостях фінансування медичних закладів МОУ, на власному досвіді; виходять з оснащення відділення, клініки; особливостей госпіталізованих пацієнтів [4]. Показник смертності від судинних уражень мозку є провідним у структурі загальної смертності в усіх країнах, але в країнах східної Європи значно вищий, особливо в країнах СНД. Стандартизований за віком і статтю показник смертності від судинних уражень мозку в Україні перевищує такий у Франції у 5,8 разів і в 7,7 — серед населення до 65 років. Основною причиною є високі показники смертності від інсульту та «інших цереброваскулярних хвороб». Летальність від інсульту коливається від 63,5 (чоловіки, Швейцарія) до 273,4 (жінки, Росія) на 100 тис. населення. В Україні показник значно вищий, ніж у європейських країнах: серед чоловіків в 1,5, а в жінок — у 2 рази. Показник 30-денної летальності становить біля 35 %, а протягом року помирає кожен другий хворий, при цьому з тих, хто вижив, 25-30 % залишаються інвалідами, до трудової діяльності повертаються не більше 10-12 %, а 50 %- потребують сторонньої допомоги [5]. Порівнювати ефективність стандартів, котрі використовуються в різноманітних клініках, по звітності лікувальних закладів є достатньо складним завданням.

Метою нашого дослідження була порівняльна оцінка результатів лікування хронічних вегетативних станів при гострих порушеннях мозкового кровообігу, котрі знаходились на стаціонарному лікуванні у ВМКЦ ПР в період з 2000 року до

травня 2014 року включно.

Об'єкт і методи дослідження

Нами було проведено аналіз результатів лікування хронічних вегетативних станів при гострих порушеннях мозкового кровообігу, котрі знаходились на стаціонарному лікуванні в неврологічному відділенні з 2000 року до 2007 року, та з 2007 року травня 2014 року в ангіоневрологічному відділенні клініки нейрохірургії та неврології Військово-медичного клінічного центру (ВМКЦ) Південного регіону (ПР) у м. Одесі. Всього нами було обстежено 17 пацієнтів (11 (64,7 %) — чоловіків та 6 (35,3 %) — жінок) у віці від 34 років до 69 років з ХВС на фоні ГПМК. В той же час середній вік хворих становив $55,6 \pm 7,3$ року. Число чоловіків дещо переважало число жінок за рахунок специфіки відомчого лікувального закладу. У пацієнтів з тяжким ушкодженням головного мозку, з постійною відсутністю свідомості, але без ознак смерті мозку (СМ) необхідна особлива тактика. Деякі такі хворі перебували в комі. Іноді в них відновлювався цикл сну та бадьорості, але, хоча пацієнти періодично самотійно відкривають очі, вони не оцінюють оточуючі обставини та не реагують на звернену до них мову. В таких випадках говорять про вегетативний стан. Якщо вегетативний стан зберігається понад один місяць, його визначають, як хронічний. Такий стан відрізняється від тривалої коми цілим рядом ознак, однак тактика в обох випадках приблизно однакова. У всіх пацієнтів відмічалися масивні ураження головного мозку (нейровізуалізація на КТГМ та МРТГМ) будь-якої етіології за даними анамнезу, як правило, це пацієнти після перенесених гострих порушеннях мозкового кровообігу (ГПМК). Ураження головного мозку в двох півкулях відмічені у всіх хворих. Всі пацієнти були обстежені фахівцями ВМКЦ ПР, у всіх була відмічена відсутність впливу психотропних або токсичних речовин, а також соматичних захворювань, котрі здатні викликати пригнічення свідомості.

Відмічалися періоди бадьорості та сну. Відмічено у всіх дезорієнтацію в часі, просторі, оточуючих обставинах та власній особистості. Вербальний та символічний контакт практично з усіма пацієнтами не можливий, в кращому випадку він був епізодичним. У всіх пацієнтів, котрі спостерігалися у нас відмічені реакції на больові подразнення, та синкінезії. У 9 (52,9 %) з 17 пацієнтів, котрі знаходились у нас під спостереженням була встановлена трахеостома. У всіх пацієнтів було самостійне дихання та серцево-судинна діяльність (у 2 (11,8 %) відмічено схильність до гіпотензії в середньому 100 і 60 мм рт. ст. ; у 9 (52,9 %) — нормотензія 120 і 80 мм рт. ст.; у шістьох (35,3 %) пацієнтів — незначна гіпертензія до 150 і 100 мм рт.ст.). Частота серцевих скорочень з тенденцією у всіх пацієнтів до тахікардії $100 \pm 12,3$ уд. за хв.. Всі пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні у ВМКЦ ПР понад 30 днів. Хронічний вегетативний стан у наших пацієнтів був наслідком супутньої травми головного мозку у 4 (23,53 %) пацієнтів ; порушень мозкового кровообігу у 5 (29,4 %) ; медикаментозної інтоксикації у 6 (35,3 %) хворих та був декомпенсованою стадією хронічного дегенеративного захворювання головного мозку у 2 (11,8 %) обстежуваних. Звичайно для обстеження даного контингенту пацієнтів необхідне детальне неврологічне обстеження, виконане кваліфікованим фахівцем-ангіоневрологом, котрий в змозі, на відміну від інших, встановити, чи збереглися у пацієнта усвідомлення оточуючого світу та здатність реагувати не тільки на простому рефлекторному рівні. При проведенні КТГМ та МРТГМ встановлювалися всі ураження головного мозку та його причини. Якщо цих даних недостатньо, застосовували ангіографію та інші методи. Щоб вдосконалитися у відсутності покращення, необхідно тривале спостереження — по крайній мірі на протязі місяця з періодичним проведенням по-

вного неврологічного обстеження та МРТ ГМ. Питання про хронічний вегетативний стан (ХВС) розглядалося тільки після того, як було усунуто медикаментозні та токсичні впливи. Діагноз ХВС не слід виставляти за гострого захворювання нервової системи або під час впливу медикаментозних засобів, котрі пригнічують свідомість. При КТГМ та МРТ ГМ у наших пацієнтів ми відмічали деструкцію кори головного мозку в двох півкулях, лімбічних структур та базальних ядер за збереження стовбура головного мозку. При нетравматичній комі не можливо передбачити можливість ХВС. Однак є декілька ознак, котрі дозволяють вже на ранній стадії прогнозувати неблагоприємне закінчення :

1. відсутність рухових реакцій при поступленні, спостерігалася нами у 14 (82,35 %) пацієнтів ;
2. відсутність нормальних рухових реакцій на протязі першої доби спостереження у 13 (76,47 %) хворих;
3. неадекватні рухові реакції в перші три доби, не дивлячись на пробудження вже на протязі першої доби у 11 (64,7 %) пацієнтів;
4. збереження плаваючих рухів очей до кінця першого тижня у 9 (52,94 %) хворих;
5. збереження коматозного стану до кінця першого тижня у 9 (52,94 %) хворих;
6. вегетативний стан до кінця першого тижня у 9 (52,94 %) пацієнтів.

Слід відмітити, що при рівних умовах шанси на відновлення при супутній ЧМТ дещо вищі, ніж при гіпоксично-ішемічному ураженні. Відновлення при ХВС спостерігається надзвичайно рідко. Більшість пацієнтів помирає від супутніх захворювань. Вищі психічні та соціальні функції не відновлюються практично ніколи.

Ведення пацієнтів з ХВС.

1. Штучне харчування необов'язкове, оскільки наші пацієнти не відчувають

ні голоду, ні насичення.

2. Рішення цього питання завжди було узгоджене з родичами пацієнта.
3. Регулювання сечовипускання та дефекації необхідно для полегшення догляду за пацієнтами. З метою нормалізації сечовипускання встановлювали сечовипускний катетер, а при необхідності епіцистостому у 3 (17,64 %) хворих. З метою нормалізації дефекації проводилася очисна клізма за допомогою мікроклізма "Норголак" 1 раз на дві доби.
4. За ХВС необхідно обов'язково лікувати інфекційні ускладнення, ниркову недостатність, серцеву недостатність, тощо ; пацієнтів також не слід переводити на штучну вентиляцію легень.
5. Рівень надання допомоги визначається медичними можливостями даного лікувального закладу, волею пацієнта (якщо вона відома) та побажаннями родичів пацієнта. За незначного сумніву в наявності ХВС необхідна терапія для уточнення діагнозу. Якщо родичі настоюють на активному лікуванні, лікар зобов'язаний його проводити, доки не будуть вичерпані всі можливості.
6. Для узгодження плану лікування необхідно залучати лише одного з родичів пацієнта, котрий постійно узгоджує ці питання з іншими членами сім'ї.
 - а. Регулярні зустрічі родичів пацієнта та персоналу сприяють відпрацюванню узгодженого плану дій.
7. З метою медикаментозного лікування, ми використовували :
8. Засоби, що знижують енергетичну потребу головного мозку (ЕПГМ)- (натрію оксибутират) ;
9. Мембраностабілізатори (кортикостероїди).
10. Антиоксиданти (токоферол) ;
11. Прямі антигіпоксанти (цитохром С, цитофлавін, актовегін);
12. Антиагреганти (еуфілін, нікотинава

кислота, компламін, кавінтон, вінпоцетін, трентал, пентоксифілін) ;

13. Засоби, що покращують метаболізм (неотон, аміналон, глютамінова кислота, пірацетам) ;
14. Вітаміни групи В, аскорбінова кислота.
15. Магніто-лазерна терапія (МЛТ) за багаторівневою методикою — курс 10 сеансів; не раніше чим через тиждень після проведення реанімаційних заходів. Можливе повторення курсів МЛТ.

Результати дослідження та їх обговорення

ХВС -це неможливість здійснювати самостійну ментальну активність через відсутність функціональної роботи кори головного мозку. Цей стан є результатом масивних уражень, дисфункції півкуль за збереження діяльності стовбура та діенцефальної ділянки головного мозку. За цього рухові та вегетативні відрухи зберігаються, як і цикл зміни бадьорості та сну.

ХВС супроводжується різноманітними порушеннями функціонування головного мозку. Найбільш частими його причинами є глобальне кисневе голодування головного мозку(аноксія), яке виникає при зупинці серця, наприклад, а також супутні черепно-мозкові травми (ЧМТ).

У тих випадках, коли людина знаходиться у вегетативному стані не більше двох місяців, є вірогідність того, що він опритомніє. Половина усіх хворих в дорослому віці набувають інтерактивної свідомості впродовж півроку після перенесення ГПМК, але нерідко при відновленні свідомості має місце як постійне, так і тимчасове порушення функцій мозку, а також є вірогідність розвитку інвалідності. Після шести місяців знаходження у вегетативному стані шанси на відновлення свідомості прогресивно зменшуються. Шість(35,3 %) пацієнтів після кисневого голодування мозку опритомніли, зупинка роботи серця сталася у ВМКЦ ПР. Відновлення

нормальної роботи після вегетативного стану, викликаного ГПМК, у віці до 40 років відбувається набагато частіше, ніж у віці понад 40 років. Проте, прогноз після кисневого голодування мозку однаковий та не залежить від віку за нашими спостереженнями.

Останнім часом широко вивчається можливість виведення пацієнтів з вегетативного стану за допомогою резонансної магніто-квантової терапії (РМКТ) за транскраніальною багаторівневою методикою [6, 7, 8]. Лікування пацієнтів з ХВС на фоні ГПМК показало, що в результаті декількох сеансів РМКТ хворі стали реагувати на подразники, що отримуються ззовні. Після десяти сеансів пацієнти вже змогли розпізнавати звертання до них, виконувати прості команди, були доступними символічному контакту. Складність цього виду лікування полягає в суворому індивідуальному підборі виду і методики виконання процедур. Інтенсивний розвиток реаніматології неухильно веде до появи дедалі більшої кількості тих пацієнтів, що вижили, але не можуть самостійно обслуговувати себе людей, так само як і осіб, які не можуть бути визнані дієздатними. Згідно світовим консолідованим статистикам у 6 % пацієнтів, що піддаються операціям на серці та судинах, в післяопераційному періоді розвиваються так звані персистуючі вегетативні стани (апалічні синдроми). В нашому лікувальному закладі в силу різних причин ця патологія також зустрічається. Слід зазначити, що персистуючий вегетативний стан (ПВС) може мати самий різний генез — від черепно-мозкової травми і згаданих післяопераційних ускладнень, до порушень мозкового кровообігу і важких нейро-дегенеративних захворювань. ПВС — бич всіх престижних клінік. У найбільш висококласних з них хворі з даною патологією займають до 25-30 % від загального ліжкового фонду відділень реанімації. Сучасні можливості корекції функцій організму, застосовувані в таких відділеннях, дозволяють протягом багатьох років підтримувати

існування цих хворих, але, на жаль, не можуть повернути їх суспільству. В результаті стаціонари витрачають великі кошти на організацію догляду за пацієнтами у вегетативному стані, на медичний персонал лягає величезне психологічне і емоційне навантаження, оскільки багато лікарів і медсестер розуміють відому безперспективність своїх зусиль. Зайве згадувати про моральний стан родичів, які часто говорять лікарям про «живого небіжчика в квартирі». В нашій країні, як і в багатьох інших державах, лікарі мають юридичне право припинити реанімаційні та інші підтримуючі заходи тільки у виняткових випадках, зокрема при постановці діагнозу смерті мозку (СМ). Зробити це за персистуючого вегетативного стану — неприпустимо. Чи можливо прогнозувати розвиток ПВС та ХВС на початку проведення реанімаційних заходів? У переважній більшості випадків не можливо. Більш того, починаючи рятувати пацієнта, лікар не має права діяти у напівсили. Зробивши так одного разу, він мимоволі відпустить внутрішній механізм самоконтролю, який у реаніматологів, як ні в якій іншій категорії лікарів, повинен бути особливо розвинений, і згодом почне апіорі вирішувати долі людей, беручи на себе функції бога, а не лікаря. Де ж вихід з даної ситуації? Як це не звучить парадоксально – в подальшому розвитку реаніматології та медицини взагалі, в першу чергу в ангіоневрології. В світі вже розпочато роботи по пересадці в певні ділянки мозку груп клітин, отриманих із злоякісних пухлин, котрі пройшли спеціальну обробку. Досягнуто перші невеликі успіхи, підтверджені за допомогою позитронно-емісійної томографії (ПЕТ). На черзі клінічні дослідження, пов'язані зі стовбуровими клітинами, досягненнями. Існують певні припущення, що вже в найближчому майбутньому рішення проблеми ПВС та ХВС зрушиться з мертвої точки.

Зазвичай у наших пацієнтів були збережені складні рефлекси, серед них рухи очей, позіхання, мимовільні рухи у

відповідь на больові подразники у всіх 17 хворих, але усвідомлення себе і навколишнього втрачено. Діагноз ми підтверджували на підставі клінічної картини і тривалості стану. На відміну від коми за вегетативного стану спостерігалось спонтанне відкривання очей у 14 (82,35 %) хворих, та чергування періодів сну і бадьорості у 12 (70,58 %) пацієнтів, але також відсутнє усвідомлення навколишнього. За хронічного вегетативного стану вегетативні структури головного мозку залишаються функціонально активними, але кора головного мозку значною мірою ушкоджена. За адекватного лікування та догляду, активності гіпоталамусу і стовбура мозку достатньо для виживання хворих. Від 30-ї доби до 60 –ї доби, за нашими спостереженнями, відновлювалися складні стовбурові рефлекси у 17 пацієнтів, включаючи позіхання — у 15 (88,23 %), жування — 13 (76,47 %) пацієнтів, ковтання — у 10 (58,82 %) хворих і, зрідка, гортанні звуки- у 8 (47,06 %) хворих. Можуть зберігатися рефлекси пробудження та посьмикування, так, гучні звуки і яскраві спалахи світла можуть викликати відкривання очей у 11 (64,7 %) хворих. Очі зволожені, вироблення сльози збережене — у 16 (94,11 %) пацієнтів. Спонтанні блукаючі рухи очей — зазвичай повільні з постійною швидкістю і без посіпувань, спостерігалися нами у 6 (35,29 %) хворих — нерідко помилково середній медичний персонал інтерпретував їх, як усвідомлене стеження, що дезорієнтувало членів сім'ї. Кінцівки в наших пацієнтів рухалися, але лише в рамках примітивних цілеспрямованих рухових реакцій в 9 (52,94 %) пацієнтів, наприклад, схоплення предмета, дотик до руки медичного працівника. У 8 (47,06 %) хворих больові подразники провокували прийняття декортикаційних та дещеребраційних поз або тільки псевдоцілеспрямовані або нецілеспрямовані реакції. Характерно нетримання сечі і калу у всіх 17 пацієнтів. Функції черепних нервів та стрижневі відрухи зазвичай збережені. Діагноз ставили на підставі

типової клінічної картини, симптомів і ознак уражень ЦНС, клінічного перебігу захворювання. Нейровізуалізація, ЕЕГ і сомато-сенсорні викликані потенціали зазвичай нічого не додають до діагнозу.

Так, починаючи з 2000 р. всі хворі, які проходили стаціонарне лікування у ВМКЦ ПР займали реанімаційне ліжко більше одного місяця, що становило більше від загального ліжко-дня відділення реанімації. Цього часу було досить, щоб надати спеціалізовану, високотехнологічну і дуже дорогу спеціалізовану медичну допомогу приблизно 15 реанімаційним хворим із середнім терміном перебування на реанімаційному ліжку до 3 діб. Ми переконані, що проблеми є в усіх стаціонарах України. Слід зазначити, що займаючи дороге нейро-реанімаційне ліжко, велика частина цих хворих потребує особливого, специфічного і менш витратного лікування, що включає догляд хворого та активну нейрореабілітацію. Зараз виникла гостра потреба у появі установ, де буде застосовано поєднане використання методів інтенсивної терапії і нейрореабілітації.

Доцільність створення таких установ з огляду полягає ось у чому:

1. Наявність специфічного контингенту хворих, котрі мають спільні особливості, та потребують особливих методів лікування, профілактики, догляду.
2. Менша вартість лікування нейрореабілітаційних хворих на відміну від реанімаційних.
3. Створення протоколів нейрореабілітації, аналіз ефективності та відданих результатів лікування.

Відновлення з вегетативного стану через 3 місяці після нетравматичного ушкодження мозку буває рідко. В кращому випадку відновлення передбачає середньо – важкий стан функціональної недостатності. Зрідка поліпшення настає в більш пізньому періоді, так, через 5 років у 4 (23,53 %) пацієнтів відновилося здатність до спілкування та осмислення, але повернення до рівня неза-

лежності в повсякденному житті буває ще рідше і ніхто з пацієнтів не відновлюється до нормального стану. Більшість пацієнтів у вегетативному стані помирають на протязі 6 місяців, в зв'язку з інфекційними захворюваннями легень, сечовивідних шляхів, поліорганної недостатності або раптово гинуть з невідомої причини. Для решти тривалість життя становить 2-5 років, а деякі живуть десятки років. Лікування спрямоване на профілактику системних порушень (наприклад, пневмонії, інфекцій сечовивідних шляхів), забезпечення гарного харчування, профілактику пролежнів і фізичні вправи для профілактики розвитку контрактур в кінцівках. Пацієнти можуть і не сприймати біль, але реагують на неї руховими рефлексорними рухами. Для вирішення питань по догляду за пацієнтами даного гурту слід задіяти соціальні служби, етичний комітет лікувально- профілактичного закладу, часто зустрічатися з членами сім'ї. Збереження життя пацієнтові, що перебуває в стійкому вегетативному стані довше 6 місяців, особливо без прогнозу в сенсі прийняття рішень з приводу припинення лікування піднімає соціальні та етичні проблеми. Однак дефіцит знань про механізми формування післякоматозних синдромів призводить до неоднозначності їх характеристик. Особливо це стосується недостатньо досліджених несвідомих станів (апатичний синдром, різні форми мутизму, тощо). Тільки комплексне мультидисциплінарне дослідження може дати нові ефективні, патогенетично обгрунтовані підходи до лікування даного контингенту пацієнтів. За цього доцільно відзначити, що в ангіоневрологічному відділенні ВМКЦ ПР протягом тривалого часу (починаючи з 2007 р.) проводяться мультидисциплінарні дослідження пато- і саногенезу таких станів. Було доведено, що післякоматозні несвідомі стани неоднорідні і динамічні. Вони являють собою стани, які виникають, та супроводжуються наростаючою позитивною симптоматикою : від спонтанно-

го відкривання очей пацієнтом до появи вербального та символічного контакту між лікарем та пацієнтом з ХВС (переважно у вигляді чіткого виконання інструкцій).

Цікаво аналогічну проблему ведення нейрореабілітаційних хворих та тривалої ШВЛ розв'язано у Німеччині. На відстані 40 кілометрів від Дрездена в м. Крайше створено реабілітаційний центр на 1200 ліжок. До центру надходять хворі із ШВЛ, котра триває понад 20 діб. З допомогою спеціальних методів лікування та догляду 70 % з них переходить на самостійне дихання. 15 % хворих гинуть в зв'язку з важкістю стану, що пов'язаний з основною патологією. Решта 15 % пацієнтів після трьох місяців лікування в реабілітаційному центрі визнаються безперспективними, але їм проводиться відновне лікування. Ці пацієнти направляються до спеціальних установ, котрі мають соціальну спрямованість, оснащені апаратами ШВЛ ; або направляються до місця проживання (з портативним апаратом ШВЛ) під спостереження патронажної сестри. На жаль, в Україні проблема адекватного лікування хворих з ХВС на фоні ГПМК та тривалої ШВЛ у пацієнтів, з грубими порушеннями свідомості фактично не вирішується. Це призводить до високої смертності та до віднесення хворих, що мають певні перспективи, до розряду безнадійних.

Вочевидь, що порушена проблема носить як медичний, морально-етичний так і правовий характер. Власне, ненадання адекватної медичної допомоги, можна прирівняти до пасивної евтаназії, а відсутність умов гідного утримання таких хворих та тривалої ШВЛ виглядає по меншій мірі антигуманно та протизаконно.

Враховуючи демографічні процеси в Україні : низький показник фертильності (1,5), смертність переважає над народжуваністю, трудова міграція, постаріння нації ; кількість пацієнтів з гострими порушеннями мозкового крово-

обігу буде зростати, а відтак буде зростати кількість пацієнтів з ХВС. Ми вважаємо, що необхідно створювати в Україні відділення в існуючих лікувально-профілактичних закладах та установи із адекватною медичною допомогою пацієнтам із важкими порушеннями свідомості та тривалою ШВЛ, і навіть хоспіси для пацієнтів з ХВС на фоні ГПМК, що й вирішить морально-етичні аспекти цієї проблеми. Ці заклади будуть економічно доцільними й високо затребуваними, а надання медичної допомоги в них буде основою для наступних наукових досліджень.

Висновки

Таким чином, надання спеціалізованої ангіоневрологічної допомоги хворим на інсульти має проводитися в ангіоневрологічних відділеннях, пацієнти мають доставлятися туди як найшвидше, бажано в межах "терапевтичного вікна". Для оптимізації надання допомоги хворим з ГПМК в Україні необхідно створити достатню мережу спеціалізованих інсультних відділень, оснащених апаратами КТ або МРТ, що працюють в цілодобовому режимі. Зокрема необхідно організувати чергову службу у відділенні комп'ютерної томографії ВМКЦ ПР, щоб забезпечити проведення КТГМ всім пацієнтам з ГПМК, котрі поступили на стаціонарне лікування У ВМКЦ ПР на протязі двох годин. Необхідно організувати цілодобові чергування мультидисциплінарної бригади з обов'язковою участю невролога, нейрохірурга, кардіолога, реабілітолога. Дозвіл на транспортування пацієнта з ГПМК має надавати кваліфікований ангіоневролог, який потім буде займатися лікуванням даного пацієнта, а не лікар-організатор, або представник адміністрації. Реалізація вказаних заходів призведе до зростання госпіталізації хворих на інсульти до спеціалізованого відділення, зниження лікарняної летальності, зменшення кількості хворих з глибокими неврологічними порушеннями, збільшення числа пацієнтів з мінімаль-

ними наслідками ГПМК, скорочення термінів перебування хворих в стаціонарі. Враховуючи демографічні процеси в Україні : низький показник фертильності (1,5), смертність переважає над народжуваністю, трудова міграція, постаріння нації ; кількість пацієнтів з гострими порушеннями мозкового кровообігу буде зростати, а відтак буде зростати кількість пацієнтів з ХВС. Ми вважаємо, що необхідно створювати в Україні відділення в існуючих лікувально-профілактичних закладах та установи із адекватною медичною допомогою пацієнтам із важкими порушеннями свідомості та тривалою ШВЛ, і навіть хоспіси для пацієнтів з ХВС на фоні ГПМК, що й вирішить морально-етичні аспекти цієї проблеми. Ці заклади будуть економічно доцільними й високо затребуваними, а надання медичної допомоги в них буде основою для наступних наукових досліджень.

Література

1. Грэм Дж. Хэнки. Инсульт (ответы на Ваши вопросы).- Будапешт.- 2005.- 381 с.
2. Матеріали www.ukrstat.gov.ua
3. Скворцова В.И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. М.: Литерра.- 2008.- 192 с.
4. Тещук В.Й., Мурзін В.М., Медвідь Н.А., Тещук Н.В. Гістологічна картина уражень головного мозку при гострих порушеннях мозкового кровообігу за ішемічним типом //Актуальні проблеми транспортної медицини.- 2011.- №3 (25).- С. 101-104.
5. Динаміка стану здоров'я народу України та регіональні особливості (Аналітико-статистичний посібник).- К.: 2012.-С. 146-151.
6. В. Й. Тещук, В. В. Тещук. Застосування неотону в поєднанні з резонансною магніто-квантовою терапією в комплексному лікуванні гострих порушень мозкового кровообігу: механізм дії та ефективність/ /Вісник морської медицини.-№1(58).- 2013.-С.52-59.
7. Тещук В.Й., Тещук В.В. Комплексне лікування ішемічних інсультів у поєднанні з серцево-судинною патологією // Вісник морської медицини.- 2013.- № 4 (61).- С.

53-58.

8. Шмакова И.П., Тещук В.В., Тещук В.И. Эффективность применения магнитолазеротерапии в комплексном лечении больных в остром периоде ишемического инсульта // Вестник физиотерапии и курортологии.- 2011.- №4.-С. 87.

References

1. J. Graham. Hank. Stroke (Answers to your question) .- Budapesht.- 2005.- 381 p.
2. Materials www.ukrstat.gov.ua
3. Skvortsova VI Reduced morbidity, mortality and disability from stroke in the Russian Federation. М .: Littera- 2008.- 192 p.
4. Teschuk VI, Murzin VN, Bear NA, Teschuk NV Histological picture of brain lesions in acute disorders of cerebral circulation on ischemic type // Actual problems of transport medysyny.- 2011.- №3 (25) .- P. 101-104.
5. Dynamics of the health of the people of Ukraine and regional features (Analytical and statistical manual) .- К .: 2012.-S. 146-151.
6. B. J. Teschuk, VV Teschuk. Application neoton combined with quantum resonant magnetic therapy in treatment of acute cerebral circulation: mechanism of action and effectiveness // Bulletin of Marine medysyny.-№1 (58) .- 2013.-S.52-59.
7. Teschuk VI, VV Teschuk Integrated treatment of ischemic strokes combined with cardiovascular pathology // Herald sea medysyny.- 2013.- number 4 (61) .- P. 53-58.
8. Shmakov I.P., Teschuk V.V., Teschuk V.I. The effectiveness of magnetic-in complex treatment of patients with acute ischemic stroke // Bulletin of physiotherapy and kurortologii.- 2011.- №4.-С. 87.

Резюме

ВЕГЕТАТИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Тещук В.И., Тещук Н.В.

В работе представлен анализ госпитальной летальности пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения, которые находились на стационарном лечении в клинике нейрохирургии и неврологии Военно-медицинского клинического центра Южного региона с 2000 г. до мая 2014 г. Установлено характерные патофизиологические особенности формирования

хронического вегетативного состояния при острых нарушениях мозгового кровообращения, зависимость госпитальной летальности от возраста умерших, и от времени их пребывания на стационарном лечении. Перспективы дальнейших исследований заключаются в изучении механизмов развития хронических вегетативных состояний при острых нарушениях мозгового кровообращения, в сопоставлении патофизиологических особенностей с клиническими проявлениями инсульта и возможностью предупреждения витальных нарушений.

Ключевые слова: острые нарушения мозгового кровообращения, хроническое вегетативное состояние, инсульт, госпитальная летальность.

Summary

VEGETATIVE STATE IN THE CLINIC OF ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT

Teschuk V.I., Teschuk N.V.

The paper presents an analysis of in-hospital mortality of patients with acute ischemic stroke who were hospitalized in the Clinic of Neurosurgery and Neurology of the Military Medical Clinical Centre South region from 2000 to May 2014 was established characteristic pathophysiological features of the formation of a chronic vegetative state with severe violations cerebral circulation, the dependence of hospital mortality from the age of the deceased, and the time of their stay in hospital treatment. Prospects for future research is to study the mechanisms of chronic vegetative states in acute cerebral circulatory disorders, compared with pathophysiological features of the clinical manifestations of stroke and the possibility of preventing violations vital.

Key words: acute cerebrovascular accident, chronic vegetative state, stroke, hospital mortality.

Впервые поступила в редакцию 26.11.2014 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования