

лікування – 12,3±1,4 %; психологічна обстановка сприяє одужуванню – 8,9 %; графік прийому процедур виважений – 5,7±1,0 %; застосування дієтичного харчування в лікувальному процесі – 3,7±0,8 %; конфедійність інформації про діагноз та методи лікування – 12,3±1,4 %.

3. Під час дослідження встановлено, що із госпіталізованих планово тільки 11,4% пацієнтів забезпечені ліками повністю, а 42,7 % – всі ліки купували самі. Значна кількість респондентів (82,7±1,6 %) відмітили, що в палаті знаходилися хворі, які потребували стороннього догляду; 100 % відмітили, що для тяжкохворих індивідуальний медсестринський пост не встановлюється.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням рівня задоволеності медичних працівників обласних лікарень умовами праці.

Література

1. Закон України «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 07.07.2011 № 3612-VI.
2. Лехан В. М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, В. М. Рудого // – К. : Вид-во Раєвського, 2005. – С. 74.
3. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – №1. – С. 5-23.
4. Лехан В.М. Охорона здоров'я України: проблеми і напрямки розвитку / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко [та ін.] // Вісник соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5–18.
5. Нагорна А. М. Проблема якості в охороні здоров'я / А. М. Нагорна, А. В. Степаненко, А. М. Морозов // – Кам'янець-Подільський : Абетка-НОВА, 2002. – 384 с.
6. Основные документы Всемирной Организации Здравоохранения. – Женева, 2009. – 261 с.
7. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Обновление 2005 / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2005. – 98 с.
8. Програма економічних реформ на 2010 – 2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Комітет з економічних реформ при Президенті України 2010. – 87 с.: Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/content/ker-program.html>: Назва с екрану.

Реферати

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ ПОЛУЧЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

Готь Н. Р., Слабкий Г.А.

Приведены результаты социологического исследования, проведенного среди пациентов стационарных отделений Львовской областной больницы по изучению их удовлетворенности качеством полученной медицинской помощи. Выявлено уровень удовлетворенности пациентов качеством полученной медицинской помощи. Выявлен ряд проблем организационного характера, решение которых будет способствовать повышению уровня удовлетворенности стационарной помощью, которая предоставляется в областной больнице.

Ключевые слова: пациенты, стационарная помощь, областная больница, удовлетворенность.

SATISFACTION PATIENTS OF REGIONAL HOSPITAL RECEIVED MEDICAL CARE

Got N.R., Slabkiy G.O.

The results of survey conducted among patients of Lviv Regional Hospital to study their satisfaction with the quality of the medical care. Found patient satisfaction quality of the medical care. Revealed a number of organizational problems, the solution of which will increase the level of satisfaction with inpatient care provided in a regional hospital.

Key words: patients, medical care, regional hospital, satisfaction.

Стаття надійшла 6.02.2013 р.

УДК 616.831-005.1-056.5

М.Ю. Дельва

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

ВПЛИВ АТОРВАСТАТИНУ НА КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ПРИ ІШЕМІЧНИХ ЛАКУНАРНИХ ІНСУЛЬТАХ У ОСІБ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Нами вивчено вплив прийому аторвастатину на динаміку неврологічного дефіциту та показники функціонального відновлення при первинних ішемічних лакунарних інсультах у осіб з абдомінальним ожирінням I-II ст. при відсутності цукрового діабету. В групі прийому аторвастатину (19 випадків) не виявлено достовірних відмінностей, в порівнянні з контрольною групою (22 випадки), в клінічній важкості інсультів згідно шкали NIHSS протягом всього періоду перебування в стаціонарі, а також через 12 тижнів після інсульту. Постінсультний прийом аторвастатину асоціюється з достовірно більш частим розвитком «повноцінного» функціонального відновлення (значення модифікованої шкали Ренкіна ≤ 1) та «повної незалежності в повсякденному житті» (індекс Бартела ≥ 95) через 12 тижнів після захворювання.

Ключові слова: абдомінальне ожиріння, лакунарний інсульт, аторвастатин, функціональний дефект.

Робота є фрагментом НДР „Оптимізація та патогенетичне обґрунтування методів діагностики і лікування судинних та нейродегенеративних захворювань нервової системи з урахуванням клініко-гемодинамічних, гормональних, метаболічних, генетичних та імунно-запальних чинників”, номер державної реєстрації 0111U006303.

Ішемічні інсульти є надзвичайно важливою медико-соціальною проблемою, що обумовлено їх високою питомою часткою в структурі загальної захворюваності, смертності та інвалідизації населення. Лакунарні інсульти складають біля 25% усіх ішемічних інсультів.

В останній час в науковій літературі з'явилися нові дані про експериментальні та клінічні спостереження щодо абдомінального ожиріння (АО) при цереброваскулярній патології. АО, як окремий феномен, окрім збільшення ризику розвитку гострих ішемічних цереброваскулярних подій, може безпосередньо та істотно впливати на їх перебіг і функціональні наслідки. Пов'язані з АО реологічні зміни крові, гіперглікемія, ендотеліальна дисфункція, прозапальний стан можуть значно посилювати постішемічне пошкодження речовини мозку та обтяжувати клінічний перебіг як гострого, так і відновного періодів ішемічного інсульту [1,5]. Зокрема

нами в попередніх роботах показано, що у пацієнтів з АО I-II ступеня (ст.) значно рідше спостерігається «повноцінний» регрес функціонального дефекту та «задовільне» відновлення навиків самообслуговування після лакунарних інсультів [3]. Тому існує нагальна потреба в пошуку нових фармакотерапевтичних засобів патогенетичного лікування як ішемічного інсульту взагалі, так і окремих його підтипів зокрема, у пацієнтів з АО.

Нещодавно в науковій літературі з'явилися чисельні повідомлення про позитивний вплив інгібіторів 3-гідрокси-3-метилглутарил-коензим-А редуктази (статинів) на перебіг гострого періоду ішемічних інсультів та на процеси відновлення постінсультного функціонального стану пацієнтів. Крім гіпохолестеринемічного ефекту, усі статини мають чисельні плейотропні («неліпідні») ефекти, які не залежать від рівня холестерину крові та опосередковуються через інші біохімічні механізми.

До цих ефектів відноситься збільшення продукції та біодоступності ендотеліальної синтази оксиду азоту, зменшення експресії прозапальних цитокинів та молекул клітинної адгезії на ендотелії судин, інгібування тромбогенезу та покращення реологічних властивостей крові, підвищення профібринолітичного потенціалу крові, зменшення оксидативного стресу, тощо [13]. У пацієнтів з АО кожен з плейотропних ефектів статинів потенційно може мати нейропротективні та нейрорепаративні властивості різного ступеня виразності в умовах ішемічного інсульту, через вплив на окремі патологічні процеси, що асоційовані з АО [8].

Метою роботи було вивчення впливу аторвастатину на клінічний перебіг захворювання та процеси відновлення функціонального стану пацієнтів при первинних ішемічних лакунарних інсультах у осіб з АО I-II ст. при відсутності цукрового діабету.

Матеріали та методи дослідження. В дослідження включено пацієнтів обох статей, віком від 53 до 67 років, з лакунарним підтипом ішемічних інсультів, госпіталізованих в неврологічне відділення 1-ї МКЛ м. Полтави протягом 1-ї доби від початку захворювання. Усі пацієнти не мали цукрового діабету та вираженої супутньої патології, що могло б впливати на процеси відновлення неврологічних та функціональних порушень (онкологічні захворювання, судомний синдром, хвороби системи крові, виражені серцева, ниркова, печінкова або дихальна недостатність, прогресуюча стенокардія, гострий інфаркт міокарду, судинна деменція, тощо). Крім того, у пацієнтів в анамнезі не було епізодів гострої неврологічної симптоматики (згідно медичної документації), а дані нейровізуалізації заперечували наявність раніше перенесених ішемічних нелакунарних інсультів.

Вага тіла пацієнтів вимірювалася механічними вагами при госпіталізації або при покращенні стану тяжких хворих, в деяких випадках – зі слів родичів пацієнта. За допомогою сантиметрової стрічки вимірювали окружність талії (посередині відстані між краєм реберної дуги і гребенем стегнової кістки) та окружність стегон (на рівні великих відростків стегнових кісток). На основі антропометричних даних вираховували індекс маси тіла (ІМТ) – співвідношення ваги тіла (в кілограмах) до квадрату зросту пацієнта (в метрах). Характер розподілу підшкірної жирової клітковини визначали співвідношенням окружності талії до окружності стегон (ОТ/ОС). Ожиріння фіксувалося при $ІМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ [14]. АО діагностувалося при умові $ОТ/ОС > 0,9$ у чоловіків та $> 0,85$ у жінок [14].

Лакунарний підтип інсульту встановлювався згідно критеріїв TOAST [4]. У пацієнтів діагностувалися класичні клінічні лакунарні синдроми (виключно моторний геміпарез, сенсо-моторний синдром, атактичний геміпарез, синдром «дизартрія-незграбна рука»). У пацієнтів не спостерігалось фібриляції передсердь ні при госпіталізації, ні в анамнезі (згідно медичної документації). А дані нейровізуалізації заперечували вогнищеве ураження мозкової тканини або фіксували стовбурові та субкортикальні ішемічні вогнища з діаметром не більше 1,5 см.

Аналіз клінічного перебігу інсультів проводили за шкалою інсультів Американського Національного інституту здоров'я (NIHSS) під час госпіталізації, на 5-у та 10-у доби перебування у відділенні, а також через 12 тижнів після інсульту.

З метою вивчення постінсультних функціональних дефектів визначали рівень функціональної незалежності за допомогою модифікованої шкали Ренкіна (МШР) та залежність в повсякденній життєвій активності за допомогою індексу активності повсякденного життя Бартел (ІБ). Дослідження показників МШР та ІБ проводили на момент виписки зі стаціонару, через 4 та через 12 тижнів після розвитку інсульту. За значеннями показника МШР умовно розрізняли «стани, що не інвалідизують» ($МШР \leq 1$) – відсутність істотних порушень життєдіяльності, пацієнт здатний виконувати усі звичайні повсякденні обов'язки, та «стани, що обмежують процеси життєдіяльності» ($МШР > 1$) – пацієнт потребує деякої сторонньої допомоги в повсякденному житті. За показниками ІБ пацієнтів також розподіляли на дві категорії: зі значеннями $ІБ \geq 95$ (повна незалежність в повсякденному житті) та з $ІБ < 95$ (пацієнти потребують деякої сторонньої допомоги в побуті: при прийомі їжі, при персональній гігієні, при одяганні, при ходьбі по сходах, тощо).

Усі пацієнти мали АО I-II ступеня та відсутність клінічно значимого збільшення печінкових трансаміназ в крові. В стаціонарі пацієнти отримували максимально уніфіковану стандартну фармакотерапію (антиагреганти, гіпотензивні, метаболічні препарати, нейропротектори, тощо), лікувальну фізкультуру, масаж. Після виписки зі стаціонару в амбулаторних умовах проводилась вторинна профілактика інсультів, в деяких випадках – прийом нейропротекторних засобів та продовжувалися реабілітаційні заходи.

Контрольну групу склали 22 пацієнти які отримували лише вищенаведене стандартне лікування. Група спостереження включала 19 пацієнтів, які протягом першої доби після інсульту почали прийом всередину аторвастатину по 20 мг один раз на добу, незалежно від прийому їжі, в один і той же час доби, протягом 12 тижнів.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням пакету програм Statistika Excel. Достовірність різниці отриманих значень визначали за t-критерієм Ст'юдента та точного критерію Фішера. Розбіжності вважалися вірогідними при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення. Таблиця 1 демонструє відсутність будь-якої різниці у клініко-неврологічних показниках перебігу лакунарних інсультів у пацієнтів з АО I-II ст. при прийомі аторвастатину протягом усього часу перебування в стаціонарі, а також і через 3 місяці після інсульту.

Таблиця 1

Динаміка клінічної важкості інсультів згідно шкали NIHSS (M±m)

	Кількість балів за шкалою NIHSS			
	1-а доба	5-я доба	10-а доба	12 тижнів
Контрольна група	4,5±0,4	3,3±0,3	2,4±0,3	1,3±0,2
Група спостереження	4,6±0,4	3,5±0,3	2,3±0,2	1,5±0,3

Цей факт частково може пояснюватися тим, що при лакунарних інсультах існує так звана «стеля» щодо показників неврологічного дефіциту, що не створює умов для достатнього різноманіття значень шкали NIHSS. А при атеротромботичному підтипі ішемічних інсультів (де варіабельність значень шкали NIHSS набагато вища) прийом аторвастатину в аналогічній дозі пацієнтами з АО I-II ст. достовірно зменшує показники неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS в порівнянні з контрольною групою, починаючи з 7-ї доби, і ця закономірність простежується аж до 12-го тижня після інсульту [2].

Таблиця 2

Частота розвитку функціонального дефекту згідно МШР

		Група спостереження		Контрольна група	p
		МШР ≤ 1	МШР > 1		
При виписці зі стаціонару	МШР ≤ 1	3	4	4	>0,05
	МШР > 1	16	18		
Через 4 тижня після інсульту	МШР ≤ 1	10	9	9	>0,05
	МШР > 1	9	13		
Через 12 тижнів після інсульту	МШР ≤ 1	17	12	12	<0,05
	МШР > 1	2	10		

Таблиця 2 свідчить, що прийом аторвастатину достовірно не змінює частоту виникнення «повноцінного» функціонального відновлення (МШР ≤ 1) в ранні терміни після інсультів. Можливо, це пов'язано з початком прийому препарату саме вже після розвитку інсульту, так як існують повідомлення, що початок прийому статинів до виникнення лакунарних інсультів більш ніж в 2 рази збільшує ймовірність розвитку «задовільних» постінсультних функціональних наслідків (МШР ≤ 2) [9].

Також таблиця 2 показує, що через 12 тижнів прийому аторвастатину «повноцінне» функціональне відновлення фіксується достовірно частіше, ніж у пацієнтів контрольної групи. Дане спостереження узгоджується з результатами мета-аналізу 13 досліджень – прийом статинів при інсультах достовірно збільшує в 1,6 рази ймовірність розвитку «легких» ознак інвалідності (МШР ≤ 2) через 90 днів після захворювання; причому ця асоціація була найбільш вираженою у пацієнтів з лакунарними інсультами [6].

Таблиця 3

Частота розвитку функціональної залежності згідно ІБ

		Група спостереження		Контрольна група	p
		ІБ ≥ 95	ІБ < 95		
При виписці зі стаціонару	ІБ ≥ 95	4	4	4	>0,05
	ІБ < 95	15	18		
Через 4 тижня після інсульту	ІБ ≥ 95	10	10	10	>0,05
	ІБ < 95	9	12		
Через 12 тижнів після інсульту	ІБ ≥ 95	17	13	13	<0,05
	ІБ < 95	2	9		

З таблиці 3 видно, що прийом аторвастатину, по аналогії зі значеннями МШР, достовірно частіше асоціюється з «повною незалежністю в повсякденному житті» (ІБ ≥ 95) тільки через 12 тижнів після інсульту. Це спостереження є закономірним, так як значення МШР ≤ 1 та ІБ ≥ 95 в 90% випадків співпадають [12].

Точні механізми, що лежать в основі оптимізації відновних процесів при постінсультному прийомі статинів до кінця не розкриті. Ймовірно ці механізми є різноплановими та багатограними. Зокрема, початок прийому аторвастатину (10 мг на добу) протягом перших 48 годин після розвитку інсультів асоціюється з достовірним зниженням рівня інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) плазми крові на 3, 7 та 14 добу після інсульту; це дало авторам підставу висунути гіпотезу, що динаміка рівнів ІЛ-6 плазми крові може бути опосередкованим біомаркером ефективності статинів в гострому періоді ішемічних інсультів [11].

ІЛ-6 – прозапальний цитокін, що приймає активну участь в церебральних постішемічних імунно-запальних процесах та може сприяти вторинному збільшенню вогнища ураження мозкової речовини та, відповідно, впливати на клінічний перебіг інсульту. Нами в попередніх роботах показано, що лакунарні інсульти у пацієнтів з АО I-II ст. супроводжуються посиленними постішемічними імунно-запальними процесами у вигляді достовірного підйому рівнів ІЛ-6, фактора некрозу пухлини-α (ФНП-α), С-реактивного протеїну сироватки крові [1].

Початок прийому симвастатину в дозі 40 мг на добу протягом перших 24 годин від початку інсульту достовірно асоціюється зі зниженням рівня ФНП-α в крові через 3 доби після інсульту [10]. ФНП-α – прозапальний цитокін, якій має синергічні впливи з ІЛ-6 в постішемічних імунно-запальних процесах.

В рандомізованому, подвійному сліпому, плацебо-контрольованому дослідженні початок прийому симвастатину (40 мг на добу) відразу після розвитку ішемічного інсульту супроводжувався достовірно більш

значним та швидким зменшенням кількості клітин десквамованого ендотелію в плазмі крові (що є одним з маркерів ендотеліальної дисфункції) [15].

Крім того, статини впливають на морфологічні основи постінсультного відновлення: в експериментах на щурах показано, що початок прийому аторвастатину через 1 добу після розвитку ішемічного інсульту асоціюється з індукцією церебрального ангиогенезу, нейрогенезу, синаптогенезу [7].

Таким чином, постінсультний прийом аторвастатину в дозі 20 мг на добу у пацієнтів з АО I-II ст. асоціюється з достовірно більш частим виникненням «повноцінного» функціонального відновлення через 12 тижнів після лакунарного інсульту.

Підсумок

При лакунарних інсультах у осіб з АО I-II ст. постінсультний прийом аторвастатину в дозі 20 мг на добу протягом 12 тижнів асоціюється з достовірно більш частим виникненням «повноцінного» функціонального відновлення.

Перспективи подальших досліджень. Необхідні наступні дослідження для ідентифікації механізмів, що лежать в основі сприятливих впливів аторвастатину на регрес функціонального дефіциту при ішемічних лакунарних інсультах у осіб з АО I-II ст.

Література

1. Дельва М.Ю. Особливості постішемічної запальної відповіді при лакунарних інсультах у осіб з абдомінальним ожирінням / М.Ю. Дельва, Н.В. Литвиненко // Світ медицини та біології. – 2012. - № 4. – С. 10-13.
2. Литвиненко Н.В. Вплив аторвастатину на клініко-функціональні показники при ішемічних атеротромботичних інсультах у осіб з абдомінальним ожирінням / Н.В. Литвиненко, М.Ю. Дельва // Вісник проблем біології та медицини. – 2012. – Вип. 4 (Т.1). – С. 140-143.
3. Литвиненко Н.В. Клініко-неврологічні та функціональні особливості ішемічних лакунарних інсультів у осіб з ожирінням. Матеріали XIV Міжнародної конференції «Вікові аспекти в неврології». / Н.В. Литвиненко, М.Ю. Дельва, О.В. Санік [та ін.] //18-20 квітня 2012 року, м. Судаку. – С. 81-84.
4. Adams J. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment / J. Adams, B. Bendixen, L. Kappelle [et al.] // Stroke. –1993. Vol. 24. – P. 35-41.
5. Arenillas J. The Metabolic Syndrome and Stroke. Potential Treatment Approaches / J. Arenillas, M. Moro, A. Davalos // Stroke. – 2007. – Vol. 38. – P. 2196-2203.
6. Biffi A. Statin treatment and functional outcome after ischemic stroke case-control and metaanalysis // A. Biffi, W.J. Devan, C.D. Anderson [et al.] // Stroke. – 2011. – Vol. 42. – P. 1314-1319.
7. Chen J. HMG-CoA reductase inhibitor induces angiogenesis, neurogenesis, synaptogenesis and improves functional outcome after stroke / J. Chen, Y. Li, Z.G. Zhang [et al.] // Annals of Neurology. – 2003. – Vol. 53. – P. 743-751.
8. Miida T. Cholesterol-independent effects of statins and new therapeutic targets: ischemic stroke and dementia / T. Miida, S. Hirayama, Y. Nakamura // Journal of Atherosclerosis and Thrombosis. - 2004. – Vol. 11. – P. 253-264.
9. Martinez-Sanchez P. The beneficial effect of statins treatment by stroke subtype / P. Martinez-Sanchez, C. Rivera-Ordycyz, B. Fuentes [et al.] // European Journal of Neurology. – 2009. – Vol. 16. – P. 127-133.
10. Szczepa A. Simvastatin induced prevention of the increase in TNF-alpha level in the acute phase of ischemic stroke / A. Szczepa, A. Ska-Szerej, J. Kurzepa [et al.] // Pharmacological Reports. – 2007. – Vol. 59. – P. 94-97.
11. Sakurai K. Effects of early statin treatment on inflammatory biomarkers and clinical deterioration in patients with acute ischemic stroke / K. Sakurai, K. Isahaya, S. Takaishi [et al.] // Rinsho Shinkeigaku. – 2011. – Vol. 51(1). – P. 6-13.
12. Uyttenboogaart M. Optimizing cutoff scores for the Barthel index and the modified Rankin scale for defining outcome in acute stroke trials // M. Uyttenboogaart, R.E. Stewart, P. Vroomen [et al.] // Stroke. – 2005. – Vol. 36. – P. 1984-1987.
13. Wang C.Y. Pleiotropic effects of statin therapy: molecular mechanisms and clinical results / C.Y. Wang, P.Y. Liu, J.K. Liao // Trends in Molecular Medicine. –2008. – Vol. 14. – P. 37-44.
14. World Health Organization. Definition diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications / Report of a WHO consultation // Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva World Health Organization; (publ.no.WHO/NCD/NCS/99.2).
15. Yakusevich V. The efficacy of high-dose simvastatin in acute period of ischemic stroke // V. Yakusevich, A. Malygin, S. Lychenko [et al.] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – Vol. 8(1). – P. 4-16.

Реферати

ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИХ ЛАКУНАРНЫХ ИНСУЛЬТАХ У ЛИЦ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ Дельва М.Ю.

Нами изучено влияние приема аторвастатина (20 мг в день, с первого дня после инсульта и на протяжении 12 недель) на динамику неврологического дефицита и показатели функционального восстановления при первичных ишемических лакунарных инсультах у лиц с абдоминальным ожирением I-II ст. при отсутствии сахарного диабета. В группе приема аторвастатина (19 случаев) не выявлено достоверных различий, по сравнению с контрольной группой (22 случая) в клинической тяжести течения инсультов согласно шкалы NIHSS на протяжении всего периода пребывания в стационаре, а также через 12 недель после инсульта. Однако постинсультный прием аторвастатина ассоциируется с достоверно более частым развитием «полноценного» функционального восстановления (значения модифицированной шкалы Рэнкина ≤ 1) и «полной независимости в повседневной жизни» (индекс Бартела ≥ 95) через 12 недель после заболевания.

Ключевые слова: абдоминальное ожирение, лакунарный инсульт, аторвастатин, функциональный дефект.

Стаття надійшла 13.02.2013 р.

ATORVASTATIN IMPACTS ON CLINICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES IN ABDOMINALLY OBESE PATIENTS WITH ISCHEMIC LACUNAR STOKES Delva M.

We studied the effects of post-stroke using of atorvastatin (20 mg daily for 12 weeks) on the dynamics of neurological conditions and functional recovery in abdominally obese patients I-II class with primary ischemic lacunar strokes and without diabetes mellitus. It was found no difference in the clinical severity of lacunar strokes according to NIHSS scale during all hospital stay and in 12 weeks after stroke in group of atorvastatin intake (19 cases) in comparison with control group (22 cases). However, post-stroke use of atorvastatin was significantly associated with more frequent development of "fully" functional recovery according to modified Rankin scale (value ≤ 1) and "full independence in everyday life" according to Barthel index (value ≥ 95) in 12 weeks after disease.

Key words: abdominal obesity, lacunar stroke, atorvastatin, functional outcome.