

ПАРТНЕРИ



BALT
EXTRUSION



МЕДИКАЛ
КОМЕРС



MicroVention
TERUMO

Medtronic



Амаркорд

SANOFI 



MEDFOCUS

SANDOZ A Novartis
Division

КДМ



ГО «Всеукраїнська асоціація ендovasкулярної нейроінтервенційної радіології України»

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
VII НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

**«ІНТЕРВЕНЦІЙНА РАДІОЛОГІЯ:
ЗНАЧЕННЯ ТА РОЛЬ
В СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ»**

ГО «Всеукраїнська асоціація ендovasкулярної нейроінтервенційної радіології»

ДУ «Науково-практичний Центр ендovasкулярної
нейроінтервенційної радіології НАМН України»

Національна Академія Медичних Наук України

Київ – 2018

2. Надходження пацієнтів з гострим інсультом, недеференційованих на рівні швидкої допомоги, забезпечує своєчасну госпіталізацію та надання високоспеціалізованої допомоги пацієнтам з геморагічним інсультом.

3. Нейровізуалізація сприяє своєчасному відбору пацієнтів для подальшої вторинної профілактики інсульту при наявності стенозуючого ураження судин голови та ший (ендартеректомія, стентування).

ВПЛИВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ГОСТРОГО ПОРУШЕННЯ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ ПО ГЕМІТИПУ

Тончева К.Д.¹, Король Д.М.¹, Тончев М.Д.²

¹*Українська медична стоматологічна академія*

²*Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Скліфосовського*

Згідно офіційної статистики МОЗ України, в нашій країні за 2017 рік зареєстровано близько 360 тис. осіб з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК), з них 111805 осіб – інсульт. У 27% випадків захворювання розвивається в працездатному віці. За рівнем інвалідизації та смертності від ГПМК Україна посідає 4-те місце у світі. Дана патологія істотно впливає на рівень здоров'я населення.

Останнім часом все більше уваги приділяється якості життя хворих з цереброваскулярною патологією, коли пацієнт не завжди може розраховувати на повноцінне одужання. Перспектива повернутися до повноцінного активного життя в соціальному і економічному відношенні є важливою метою для хворого.

Однією зі складових реабілітації пацієнтів з цереброваскулярною патологією є відновлення жувальної функції, адже наслідками ГПМК можуть бути порушення координованої дії нервово-м'язевого апарату зубо-щелепної ділянки. В свою чергу часткова або повна відсутність зубів не тільки призводить до зниження життєво необхідних функцій (жування, мовлення), але також істотно впливає на соціально-психологічну сферу пацієнта, яка детермінована в соціальному плані.

Стоматологічна патологія є загально-соціальною проблемою, яка зачіпає безліч людей у всьому світі, але тільки в певних випадках становить загрозу життю. Це призвело до того, що здоров'ю порожнини рота віддається досить низький пріоритет.

Мета – пошук та розробка методів стоматологічної реабілітації хворих з цереброваскулярною патологією для зменшення термінів адаптації їх до ортопедичних конструкцій та скорочення термінів загальної реабілітації.

Матеріали і методи. На базі Полтавської обласної клінічної лікарні обстежено 50 хворих з ускладненим перебігом гострого порушення мозкового кровообігу по гемітипу за 2017-2018рр.

Результати. Пацієнти з ускладненим перебігом ГПМК неврологічним дефіцитом по гемітипу мають 100% дисбаланс нервово-м'язового апарату організму в цілому та щелепно-лицевої ділянки зокрема. Це призводить до порушення координації роботи на ураженій та здоровій сторонах, що в свою чергу порушує функції жування та мовлення. У 28% випадків спостерігалось порушення моторики язика, що в свою чергу посилює дані розлади. Наявність у даної категорії осіб дефектів зубного ряду призводить до порушення міжжюльційних співвідношень, погіршення функції та посилює дисбаланс нервово-м'язового апарату зубо-щелепної системи.

Звичне оральне харчування вимагає не тільки роботи м'язів, а й відсутності дефектів зубних рядів, тож залучення аферентної іннервації суттєво погіршує нервово-м'язовий контроль орофациальних функцій, включаючи жування. Це може бути пов'язано з виявленням порушень у процесі обстеження пацієнта, які вказують на зниження ефективності жування та зниження сили утримання губ в порівнянні зі здоровими суб'єктами. У результаті – знижена стимуляція жувальних м'язів ураженої сторони та уникнення її використання сприяє відносній атрофії м'язової маси. Доведено, що гемі-синдром індукує зміни в жувальних м'язах.

Двосторонні відмінності в товщині м'язової маси жувальних м'язів у пацієнтів з ГПМК пояснюється прямим центральним порушенням моторної функції, а також тим, що під час жування сенсорні аференти стимулюють центральну нервову систему, де модифікуються типові форми активності.

Дослідження хворих з ускладненим перебігом ГПМК по гемітипу вказують, що недоїдання має місце протягом усього етапу реабілітації. Було виявлено, що 57% пацієнтів втратили вагу протягом від тижня до

шести місяців після інсульту, а 22% страждали від недоїдання на шостому місяці після інсульту.

Поточна оцінка ризику, пов'язаного з харчуванням, вимагає проведення моніторингу низки різних параметрів: можливості корекції гіперсаливації; координації жувальних м'язів обох сторін, тонузу губ та язика, що дають змогу сформувати харчову грудку для подальшого її переміщення до стравоходу; наявність чи відсутність дисфагії.

Висновки.

1. Стоматологічне здоров'я відіграє важливу роль у соціально-економічному аспекті діяльності суспільства і є одним з маркерів якості життя людини, оскільки обмежує можливості спілкування та самореалізації.

2. Наслідки ГПМК в орофациальній системі включають рухові та чутливі дефіцити, що призводять до погіршення роботи губ, язика, жувальних м'язів, м'якого піднебіння та глотки. Інсульт будь-якого генезу може впливати на сомато-гнатичну систему, що у пацієнтів з гемісферним ураженням призводить до двосторонньої різниці у функціях.

3. У пацієнтів з ускладненим перебігом ГПМК по гемітипу порушена функція жування та відсутня узгодженість нервово-м'язевого апарату щелепно-лицевої ділянки. Тому лікування та реабілітація даної категорії хворих потребує комплексний та мультидисциплінарний підхід із залученням сучасних методів.

4. Існує необхідність ретельного дослідження потреби у протезуванні, корекції наявних ортопедичних конструкцій у хворих з ускладненим перебігом ГПМК по гемітипу.

ЕНДОВАСКУЛЯРНЕ ЛІКУВАННЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ

Ю.В. Чередниченко¹, А.Ю. Мірошніченко¹, М.О. Зорін²,
Л.А. Дзяк², А.Я. Медведик¹, Т.Д. Юрченко¹,
С.С. Захарченко¹

¹Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова
²Дніпропетровська медична академія

Мета – оцінити можливості ендоваскулярних методів лікування пацієнтів в гострому періоді ішемічного інсульту.

Матеріали та методи. У Дніпропетровській обласній клінічній лікарні імені І.І. Мечникова з 2016 року по серпень 2018 року 26 пацієнтам в гострому періоді ішемічного інсульту виконано лікування з використанням ендovasкулярних методів. 6 пацієнтам виконано тільки стентування магістральних артерій голови в гострому періоді ішемічного інсульту. 16 пацієнтам виконана ендovasкулярна механічна тромбекстракція з церебральних артерій. 3 з них в одну сесію також було виконане каротидне стентування. 4 пацієнтам виконано селективний артеріальний тромболізис. 73% пацієнтів (19 пацієнтів) потрапляли в ендovasкулярну операційну ближче до кінця терапевтичного вікна. Оцінка ефективності ендovasкулярного лікування пацієнтів в гострому періоді ішемічного інсульту включала ангиографічні та клінічні критерії: рівень реканалізації TICI 2b-3 при тромбекстракції/тромболізисі, усунення стенозів при виконанні операції стентування, відсутність нових ішемічних і геморагічних вогнищ в головному мозку, регрес неврологічного дефіциту, зменшення балів за шкалою NIHSS у порівнянні з вихідним станом, досягнення mRS 0-2 бали на момент виписки пацієнта і на 90-добу після операції.

Результати. Хорошими результати були у 84,6% (у 22 пацієнтів). В одному спостереженні (3,8%) не дивлячись на досягнутий хороший рівень реканалізації TICI 2b стан пацієнта погіршувався через наростаючий набряк гемісфери мозку. Було виконано декомпресивну гемікраніектомію. Стан пацієнта дещо поліпшився, але залишається тяжким за неврологічним статусом (mRS – 4). 3 пацієнта померло (11,5%): в одному випадку через декомпенсацію кардіальної патології, у другому – через реемболію в базиллярну артерію через тиждень, в третьому – через ішемію і виражений набряк гемісфери мозку, незважаючи на виконану декомпресивну гемікраніектомію. Відзначено, що в разі початково поганого колатерального кровотоку в басейн оклюзованої церебральної артерії результат лікування ще більше залежить від часу з моменту маніфестації і час терапевтичного вікна скорочується.

Висновки. Ендovasкулярні методи лікування ішемічного інсульту в гострому періоді мають високу ефективність. Подальше поліпшення результатів лікування цих пацієнтів можливо за рахунок скорочення часу транспортування цих пацієнтів в клініку, широкого впровадження в практику внутрішньовенного тромболізису до ендovasкулярної терапії.

19 ст. – *Поліщук М.Є., Щеглов Д.В., Конотопчик С.В., Гончарук О.М., Мамонова М.Ю., Кудельський Я.Е.* **Реперфузія - основа лікування ішемічного інсульту**

23 ст. – *Полковніков О.Ю.* **Комбіноване та багатоетапне хірургічне лікування ускладненого інтракраніального крововиливу при ендovasкулярної оклюзії церебральних аневризм**

24 ст. – *Сичинава В.Г., Маковецький П.П.* **Радиочастотная абляция гас-серова узла в лечение тройничной невралгии**

27 ст. – *Тончев М.Д., Ткач Л.І., Нос А.О., Гавловський О.Л., Сапун А.Л.* **Принципи організації реvascularизаційної допомоги при гострому інсульті**

30 ст. – *Тончева К.Д., Король Д.М., Тончев М.Д.* **Вплив стоматологічного статусу на якість життя осіб з ускладненим перебігом гострого порушення мозкового кровообігу по гемітипу**

32 ст. – *Чередниченко Ю.В., Мірошніченко А.Ю., Зорін М.О., Дзяк Л.А., Медведик А.Я, Юрченко Т.Д., Захарченко С.С.* **Ендovasкулярне лікування ішемічного інсульту в гострому періоді**

34 ст. – *Шевага В.М., Щибовик Д.В., Нетлюх А.М., Кобилецький О.Я.* **Оцінка ризику несприятливих наслідків ліквородинамічних порушень при розривах внутрішньочерепних артеріальних аневризм**

35 ст. – *Щеглов Д.В., Бортнік І.М., Свиридюк О.Є.* **Клінічні випадки новоутворення та регресу гемодинамічно залежних від артеріовенозних мальформацій аневризм**

37 ст. – *Щеглов Д.В., Гудим М.С., Виваль М.Б.* **Результати мікрохірургічного кліпування аневризм передньої сполучної артерії**

38 ст. – *Щеглов Д.В., Загородній В.М., Свиридюк О.Є., Конотопчик С.В., Коваленко О.П.* **Виключення артеріальних аневризм головного мозку з застосуванням екстрасакрулярних методів**

40 ст. – Щеглов Д.В., Альтман І.В., Конопчик С.В., Загородній В.Н., Аль-Кашиш І.І., Кравчик О.І., Найда А.В., Кудельський Я.Э. Роль аспірирующей техніки при ендоваскулярних оперативних втручаннях у больних со складними артеріальними мешотчатими аневризмами головного мозгу

41 ст. – Щеглов Д.В., Конопчик С.В., Свиридюк О.Є., Пастушак О.А., Коваленко А.П., Аль-Кашиш І.І. Механічна тромбекстракція і тромбаспірація при ішемічному інсульті. Проблемні випадки

43 ст. – Щеглов Д.В., Свиридюк О.Є., Кудельський Я.Е., Аль-Кашиш І.І. Клінічні прояви фузиформних аневризм основної артерії

44 ст. – Щеглов Д.В., Найда А.В., Самоненко Ю.М., Аль-Кашиш І.І. Вибір способу хірургічного лікування артеріовенозних мальформацій спинного мозку. Наш досвід

45 ст. – Щеглов Д.В., Свиридюк О.Є., Конопчик С.В. Застосування ендоваскулярних технологій при лікуванні хворих з артеріовенозними мальформаціями підкіркової ділянки головного мозку

46 ст. – Щеглов Д.В., Чебанюк С.В., Свиридюк О.Є., Сидоренко О.Ф., Сельванюк Л.С., Бортнік І.М. Стан церебральної гемодинаміки у хворих з артеріовенозними мальформаціями у поєднанні з аневризмами головного мозку