

дифузні субкортикальні судинні зміни. Майже в кожному третьому випадку післяінсультну депресію спостерігали у хворих з повторними інсультами. У зв'язку з тим, що вчасне виявлення та лікування післяінсультної депресії значно поліпшує процес реабілітації, всіх хворих, які перенесли інсульт, необхідно обстежувати за допомогою сучасних шкал з метою виявлення депресивних розладів.

тної депресії значно поліпшує процес реабілітації, всіх хворих, які перенесли інсульт, необхідно обстежувати за допомогою сучасних шкал з метою виявлення депресивних розладів.

І. І. КРИЧУН, В. М. ПАШКОВСЬКИЙ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Ефективність венотонізувальних засобів у комплексному лікуванні гострої невротії лицьового нерва

Наявність великої кількості венозних сплетінь у периневрії лицьового нерва, набряк стовбура нерва при його ушкодженні та можливість його компресії у вузькому фалопієвому каналі (особливо при природжених його дефектах) зумовлюють доцільність дослідження ефективності венотонізувальних засобів при невротії лицьового нерва (НЛН).

Мета роботи — виявити ефективність венотонізувальних засобів у комплексному лікуванні НЛН різного генезу.

Матеріали і методи. Обстежено 36 хворих (12 чоловіків та 24 жінки) віком від 29 до 56 років (середній вік — $39,4 \pm 1,4$ року) з НЛН у гострий період. Хворі були розподілені на дві групи: 1-й групі (15 хворих) проводили традиційне лікування — екстрену медикаментозну декомпресію лицьового нерва (преднізолон, лазикс) і відновлення мікроциркуляції в його стовбурі (нікотинова кислота, Трентал). Друга група (21 хворий) у комплексному лікуванні отримувала Веноплант (міжнародна непатентована назва Aescin) по 1 таблетці двічі на добу (зранку та ввечері) до їди протягом 21 доби. Ефективність лікування оцінювали за ступенем відновлення рухів м'язів та даними електронейроміографії (ЕНМГ) колового м'яза ока.

Результати. Відновлення функції нерва в обстежених хворих спостерігали на 1—8-й тиждень ліку-

вання. Повне видужання зареєстровано у 28 (77,7 %) хворих, у решти за період спостереження відбулося неповне відновлення функції м'язів, особливо в нижній частині обличчя. Під ЕНМГ відзначено зниження амплітуд осциляцій при максимальному скороченні колових м'язів ока — від помірного при легких прозопарезах до повного біоелектричного «мовчання» при тяжких пошкодженнях лицьового нерва (у 9 хворих). Латентний час збудження лицьового нерва дорівнював у середньому ($4,5 \pm 0,4$) мс при прозопарезах легкого ступеня та від ($6,0 \pm 0,3$) до 0 мс при тяжких прозоплегіях. Порівнюючи швидкість відновлення функцій нерва в групі хворих, яка отримувала венотонізувальну терапію, відновлення функції нерва відзначено вже на 5—6-ту добу лікування, а в групі хворих з традиційним лікуванням — на 9—12-ту добу залежно від вираження прозопарезу. Позитивну динаміку показників ЕНМГ (підвищення амплітуди осциляцій та зменшення латентного періоду збудження) спостерігали частіше в групі хворих, які отримували Веноплант.

Висновки. Введення венотонізувальних засобів у комплекс лікувальних заходів при невротії лицьового нерва є патогенетично обгрунтованим, пришвидшує відновлення функції нерва та поліпшує результат лікування.

А. А. КУЗНЕЦОВ

Запорожский государственный медицинский университет

Возможность прогнозирования исхода в острый период мозгового ишемического супратенториального инсульта на основании идентификации интегрального электроэнцефалографического паттерна в дебюте заболевания

Цель работы — оптимизировать диагностические мероприятия и прогнозирование исхода в острый период (ОП) мозгового ишемического супратенториального инсульта (МИСИ) на основании интегральной оценки биоэлектрической активности головного мозга (БЭА ГМ) в дебюте заболевания.

Материалы и методы. Проведено открытое сравнительное проспективное когортное исследование, которое включало комплексное клиничко-параклиничское обследование 120 больных (71 мужчина и

49 женщин, средний возраст — $(67,8 \pm 0,8)$ года) в ОП МИСИ в каротидном бассейне. Диагноз МИСИ устанавливали на основании клинических критериев и результатов компьютерной томографии ГМ. Уровень неврологического дефицита определяли по шкале инсульта NIHSS в 1-е, на 3, 5, 10, 21-е сутки заболевания, исход в ОП МИСИ — по шкале Рэнкина (ШР) на 21-е сутки. Функциональное состояние ГМ оценивали на 2-е—3-и сутки МИСИ с помощью компьютерной электроэнцефалографии (ЭЭГ), при этом отдельно для