

ной патологии, в основном, цереброваскулярных заболеваний. Так, больных с ОНМК в 1996 г. было 366 чел., в 1997 г. — 436 чел., в 1998 г. — 448 чел., в 1999 г. — 716 чел., в 2000 г. — 790 чел. Отмечается также рост количества больных с декомпенсацией сосудистой энцефалопатии (в 1996 г. их поступило 75 чел., 1997 г. — 91 чел., в 1998 г. — 186 чел., в 1999 г. — 240 чел., 2000 г. — 248 чел.). На протяжении последних 5 лет наблюдается существенное увеличение поступления пожилых больных. Так, старше 70 лет в 1997 г. было госпитализировано 52 пациента (9,6%), в 1998 г. — 65 (12,2%), в 1999 г. — 127 (16,3%), в 2000 г. — 221 (21,7%), в 2001 г. — 251 (24,2%).

У 87% пациентов ЦВЗ наблюдалось на фоне артериальной гипертонии, сочетание артериальной гипертонии и атеросклероза было у 62% больных, сахарный диабет — у 16% пациентов.

В 2000—2001 гг. в первые 6 ч госпитализировалось 65% больных с нарушением мозгового кровообращения, что существенно отличается от показателей 1997 г., когда в этот срок поступило только 30% пациентов.

Уровень летальности в неврологическом отделении 3-й клинической больницы на протяжении ряда лет

увеличивался. В 1997 г. умерло 137 больных (9%), в 1998 г. — 158 (11,8%), в 1999 г. — 218 (14,2%), в 2000 г. — 261 (16,6%). Снижение летальности наступило только в 2001 г. — умер 221 пациент (14%). Уровень летальности зависит от многих причин: возраста пациентов, наличия сопутствующих заболеваний, сроков госпитализации. По нашим наблюдениям, у больных пожилого возраста инсульт протекает значительно тяжелее и сопровождается большей летальностью, чем у лиц относительно молодого возраста. В 2000—2001 гг. из общего числа пожилых людей, поступивших с цереброваскулярными заболеваниями, умерло 45%, тогда как среди больных с ЦВЗ относительно молодого возраста погибло 22,5%.

Таким образом, рост летальности от ЦВЗ в неврологическом отделении во многом связан с поступлением пожилых людей, а этот показатель из года в год растет. Летальность среди лиц относительно молодого возраста в неврологическом отделении 3-й клинической больницы г.Хабаровска не выше, чем в других аналогичных лечебных учреждениях [5].

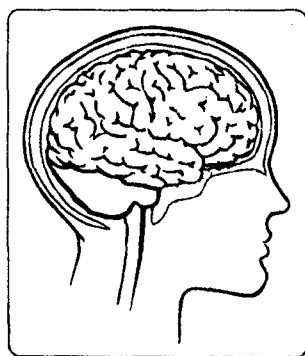
Влияние сопутствующих заболеваний на тяжесть течения инсультов описано многими авторами [1].

Наши наблюдения позволяют констатировать, что у всех умерших больных было несколько сопутствующих заболеваний, которые отягощали течение инсульта.

Влияние сроков госпитализации на тяжесть течения инсультов и их исходы изучалось многими исследователями [1, 2, 3]. Наши данные свидетельствуют, что при прочих равных условиях летальность среди пациентов, поступивших в первые 6 ч от начала заболевания, была меньше на 17%. Однако оценить влияние временных и других факторов на течение и исходы инсультов достаточно трудно. Эта проблема требует дальнейшего изучения.

#### Л и т е р а т у р а

1. Ворлоу Ч.П., Ван Гейн Ж., Деннис М.С. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных. СПб.: Политехника, 1998. 629 с.
2. Верещагин Н.В., Пирадов М.А. // Мед. газета. 1999. № 43.
3. Гусев Е.И., Скворцова В.И. // Concilium medicum. 2000. Т.2, № 2. С.60-65.
4. Курачицкий В.И. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1995. №2. С.4-5.
5. Суслина З.А. // Лечение нервных болезней. 2000. №1. С.3-7.



М.Г. Жестикова, И.Р. Шмидт, М.Н. Булгакова, Н.П. Шахворост

## ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ЦИКЛА “СОН—БОДРСТВОВАНИЕ” У БОЛЬНЫХ С ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

ГИДУВ, г. Новокузнецк

Проблема нарушений сна — одна из наиболее распространенных и трудно решаемых задач в медицине. По статистическим данным нарушения сна встречаются у 45—75% людей. Инсомния — расстройство, связанное с трудностями инициации и/или поддержания сна. Клиническая феноменология инсомний разнообразна и включает пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства.

С 1988 г. в мировой практике появилась новая группа снотворных средств — имидазопиридины. Торговое название фармакологического средства — ивадал. Механизм действия его связан со специфическим

агонистическим действием на  $\omega_1$ -рецепторы, являющиеся частью ГАМК-рецепторного комплекса, влияющего на хлоридные каналы. Всасываемость препарата составляет 70%, максимальная концентрация в крови наступает через 1,6 ч, а период полувыведения составляет 2,5 ч. Процессы элиминации ивадала заканчиваются к моменту утреннего пробуждения. Исследования структуры сна показали, что ивадал укорачивает время засыпания, количество ночных пробуждений и длительность бодрствования в период ночного сна, представленность 2-й стадии, не уменьшая количества  $\delta$ -сна и быстрого сна.

Мы рекомендовали ивадал 40 больным с гипоталамическим синдромом различной этиологии, которые

предъявляли жалобы на нарушения сна. Возраст пациентов в группе составлял от 20 до 60 лет, среди них было 24 женщины и 16 мужчин. Длительность инсомнии составляла от 2 мес. до 3 лет, частота нарушений сна — от 1 до 7 раз в неделю. Все пациенты употребляли различные снотворные препараты из группы барбитуратов, но их прием был прекращен за 1 мес. до начала исследования. Ивадал назначали по 10 мг в течение 10 дней.

Для субъективной оценки качества сна нами был использован метод анкетирования. В анкете представлены следующие параметры: время засыпания, продолжительность сна, количество ночных пробуждений, качество сна, количество сновидений, качество утреннего пробуждения. Анкетирова-

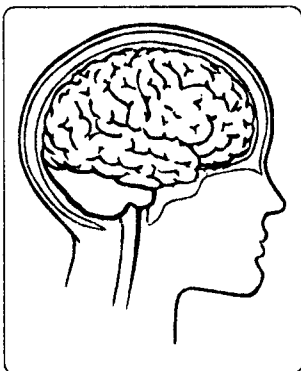
ние проводилось трижды: до приема ивадала, после первого приема препарата и после 10-дневного курса.

Все пациенты отметили восстановление структуры сна. При этом засыпание половина пациентов оценили как практически мгновенное, 50% пациентов отметили, что стали засыпать в течение 10-15 мин. Достаточную продолжительность сна отметили 36 пациентов: "стали высыпаться", а 4 пациентам в возрасте 20-22 лет "хотелось еще поспать", но утром

вставать было легко и быстро. Значительно сократилось число ночных пробуждений: после 10 дней приема ивадала оно составило 3%.

К моменту окончания курса все пациенты отмечали, что не помнят того, что видели во сне, или считали, что сны им не снились. При этом утреннее пробуждение в 89% было легким. Следует также отметить, что максимальное время, потребовавшееся на восстановление физиологического сна, составило 2,5-3 нед.

Таким образом, ивадал способен быстро засыпанию, достоверно уменьшает число ночных пробуждений, повышает эффективность сна и не влияет на стадии сна и его структуру. Ивадал не меняет состояние больных после прекращения приема, не оказывает влияния на уровень бодрствования при пробуждении, на память, на скорость реакций и когнитивные функции. Не было выявлено влияния ивадала на клинические проявления гипоталамического синдрома.



С.П. Авраменко

## ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

ММУ "Городская больница № 3 им. профессора С.К.Неченаева", г. Хабаровск

Лазеротерапия широко применяется в лечении различных неврологических заболеваний. Это связано с уникальными возможностями лазерного излучения. Клинико-экспериментальные данные позволяют утверждать, что свет гелий-неонового лазера стимулирует окислительно-восстановительные процессы, расширяет микрососуды, нормализует реологию крови и улучшает обеспечение тканей кислородом. Лазеротерапия уменьшает ишемию тканей, снижает уровни холестерина и сахара крови, улучшает иммунитет [1, 2].

Для лечения ишемических инсультов чаще всего используется внутрисосудистое облучение крови светом гелий-неонового лазера (ВЛОК). С этой целью мы применяли физиотерапевтическую лазерную установку УЛФ-01 мощностью 25 мВт. С помощью специального фокусирующего устройства лазерное излучение вводилось в световод с диаметром кварцевой нити 0,4 мм. Плотность мощности излучения на конце световода составляла 2-3 мВт/см<sup>2</sup>. Облучение крови проводилось в кубитальной вене с экспозицией 30 мин. Курсовое лечение состояло из 10 сеансов. Лазеротерапия начиналась в первые сутки от начала инсульта.

Всего ВЛОК проведено 124 пациентам в возрасте от 45 до 65 лет. Из них мужчин было 71, женщин —

53. По локализации инсульта больные разделились следующим образом: в бассейне сонных артерий — 68 случаев, в вертебробазиллярном — 56. В качестве контрольной группы было взято 20 больных, из которых у 15 был инсульт в системе каротидных бассейнов и у 5 — в вертебробазиллярном. По возрасту больные контрольной группы были сопоставимы с основной.

В основной группе улучшение отмечалось после 3-4 сеансов: уменьшалась выраженность общемозговых симптомов, прояснялось сознание, наблюдался регресс некоторых очаговых симптомов. После 5-6 сеансов ВЛОК заметно уменьшалась степень пареза в парализованных конечностях. В контрольной группе больных улучшение наступало через 5-6 дней. Следует отметить, что наиболее выраженный эффект при ВЛОК достигался у больных с вертебробазиллярным инсультом, что выражалось в регрессе общемозговых симптомов и существенном уменьшении вестибулярных расстройств после первого сеанса ВЛОК. Важным является и то, что у пациентов, получивших ВЛОК, процесс реабилитации протекал более активно.

Как известно, не менее 15% больных, перенесших инсульт, в течение года переносят нарушение мозгового кровообращения повторно [3]. Учитывая это обстоятельство, профилактика повторных инсультов является важнейшей задачей. С этой целью кроме медикаментозных средств нами

использовалось транскутанное (неинвазивное) облучение крови излучением гелий-неонового лазера. Методика транскутанного лазерного облучения крови (ТЛОК) была традиционной [1] и заключалась в следующем. Лазерный луч мощностью 20 мВт направлялся строго перпендикулярно в область надключичных и локтевых ямок. Проводилось 10 сеансов по 20 мин каждый.

Из числа больных, перенесших ишемический инсульт и получивших ВЛОК, профилактическое лечение транскутанном лазерным облучением крови через 6 мес. после ОНМК получили 63 пациента. Все больные этой группы перенесли ишемический инсульт в каротидном бассейне и имели в основе неврологической симптоматики гемипарез той или иной степени выраженности. Все пациенты передвигались самостоятельно и себя обслуживали.

Катамнез изучен через год у 110 больных, перенесших ишемический инсульт и получивших ВЛОК. Из этого числа умерло 18 чел. Все пациенты, получившие профилактическое лечение транскутанном лазерным облучением крови, через год были живы, хотя неврологический дефицит после проведения ТЛОК существенно не уменьшился.

Таким образом, внутривенное лазерное облучение крови положительно влияет на течение ишемического инсульта, уменьшая выраженность неврологических симптомов. Транскутанное лазерное облучение крови с