

ных конечностях и восстановление двигательного режима. У больных с экстрапирамидными расстройствами уменьшалась мышечная ригидность, увеличивался темп движений, появлялись физиологические синкинезии при ходьбе, облегчался переход из состояния покоя в движение, разнообразнее и богаче становилась мимика и жестикуляция, речь приобретала эмоциональную окраску. Эти изменения начинались после третьей недели комплексного лечения. Влияние на дрожательный гиперкинез заключалось в уменьшении частоты и амплитуды тремора, однако в отношении последнего не было стойкого эффекта.

Положительное действие комплексного лечения, включающего инстенон, ГБО и магнитотерапию, подтверждалось данными исследования системной гемодинамики, где отмечали достоверное увеличение значений минутного объема кровотока (МОК), сердечного индекса (СИ), уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Наибольшую разницу значений показателей до и после лечения наблюдали при лечении больных с исходно гипокинетическим типом, что связано с влиянием инстенона на активацию метаболических процессов в миокарде, под действием этофиллина, входящего в его состав, и положительным инотропным действием. Влияние лечения на показатели АД было выражено незначительно.

При анализе результатов данных биомикроскопии бульбарной конъюнктивы отмечено положительное влияние комплексного лечения.

В процессе лечения наблюдали регресс периваскулярных изменений (микрогеморрагий), в генезе которых большое значение имеют повышение проницаемости сосудистой стенки, тканевая гипоксия, артериолосклероз - наиболее типичные изменения при АГ. Под действием комплексной терапии наблюдалось улучшение кровоснабжения тканей, устранение явлений гипоксии и, как следствие, обратное развитие (рассасывание) микрогеморрагий. Периваскулярные изменения, единичные или множественные исходно наблюдали у больных в данной группе в 100% случаев. После лечения они обнаруживались у 68,4% больных. Уменьшался ангиоспазм, сосудистое русло становилось более равномерным, феномен "сладжа" эритроцитов в сосудах микроциркуляторного русла встречался у 55,3% больных (исходно - 97,4%), улучшалось коллатеральное кровообращение, исчезали "зоны запустевания", становилась богаче сосудистая сеть.

Положительное влияние комплексного лечения подтверждалось достоверным увеличением значения реографического коэффициента при исследовании регионарной гемодинамики, что являлось косвенным подтверждением нормализации мозгового кровотока.

После проведенного комплексного лечения наблюдалась нормализация показателей коагуляционных свойств крови: снижение уровня фибриногена, повышение фибринолитической активности.

При реоэнцефалографическом обследовании у больных с исходными признаками атеросклеротического процесса увеличивалась амплитуда реоволны, вершина реографической кривой приобретала заостренный характер. Значительно улучшалась реакция на функциональные пробы, приближаясь к возрастной норме. У больных с исходными реографическими признаками АГ после лечения изменялась форма реографической кривой: исчезала или уменьшалась венозная волна, снижался дикротический зубец, увеличивалась амплитуда реоволны. Улучшалась реакция на функциональные пробы.

Использование инстенона в комплексном лечении эффективно как при АДЭ, так и ГДЭ с гипокинетическим типом центральной гемодинамики. Описанный метод сочетанной терапии больных ДЭ, включающей лекарственные и физические факторы, представляют собой еще одну попытку подойти к решению проблемы лечения хронической цереброваскулярной недостаточности комплексно с учетом этиопатогенеза заболевания, позволяя избежать полипрагмазии и одновременно расширяя возможности воздействия на механизмы развития патологического процесса, благодаря одновременному взаимодополняющему влиянию его составляющих и, как показали данные проведенного исследования, в отличие от монотерапии, способствуя лучшим лечебным результатам.

## **ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**В.Я.Неретин, И.Л.Вострикова**

**Московский областной научно-исследовательский клинический институт**

С целью изучения региональных особенностей распространенности, этиологии, факторов риска, структуры и клиники острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) у лиц молодого возраста в Московской области нами обследовано 452 больных ОНМК: 268 мужчин и 184 женщин в возрасте до 45 лет включительно, проживающих в Московской области, находившихся на обследовании и лечении в неврологической клинике МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского и в неврологических стационарах Московской области в течение 1995-1999г.г.

В группу сравнения вошли 450 больных ОНМК среднего и пожилого возраста, информация о которых получена при обследовании и по данным медицинской документации.

В результате проведенных исследований больных молодого возраста ишемический инсульт (ИИ) был диагностирован у 64,6% больных (n=292), геморрагический инсульт (ГИ) - у 18,8% (n= 85), переходящие нарушения мозгового кровообращения - у 16,59% (n= 75).

Локализация нарушений в каротидном бассейне была зафиксирована у 255 больных (у 121 - в бассейне левой средней мозговой артерии, у 112 - в бассейне правой средней мозговой артерии, у 12 в бассейне задних мозговых артерий, у 10 - в бассейне передних мозговых артерий), в вертебрально-базилярной системе - у 124 пациентов.

На основании изучения больничной заболеваемости в пяти районах области и экстраполяции полученных данных на все население Московского области нами получены следующие эпидемиологические показатели ОНМК у лиц молодого возраста: В течение года в Московской области развивается около 2210 ОНМК. Частота ОНМК колеблется в пределах 0,28-0,89 на 1000 населения в год (в среднем 0,53), при этом их удельный вес в структуре общей заболеваемости ОНМК в популяции составляет в среднем 13,2%.

Показатели летальности при ОНМК колеблются в пределах 2,8 - 18,18% (в среднем 7,8%). В течение года от инсульта умирает в среднем 270 больных молодого, трудоспособного возраста.

Показатели заболеваемости ОНМК и летальности у молодых в Московской области превышают средние показатели, приводимые в доступной нам литературе.

Полученные демографические показатели свидетельствуют, что частота развития ОНМК возрастает с каждым десятилетием жизни и достигает максимального значения в возрасте 36-45 лет.

В молодом возрасте ОНМК чаще развивается у мужчин (59,29%), чем у женщин, в то время как у больных старших возрастных групп преобладание мужчин незначительно (51,33%). Соотношение мужчин и женщин у больных молодого возраста составило 1,6:1.

В качестве наиболее значимых факторов риска развития ОНМК у молодых в Московской области отмечены: артериальная гипертензия (АГ) (75,22%), курение (46,7%), алкоголизм (33,04%), гиперхолестеринемия (27%), гипертриглицеридемия (16%), ожирение (14,09%), сахарный диабет (6,6%), применение оральных контрацептивов (7,93%).

Отмечен значительный нозологический полиморфизм ОНМК. В преобладающем большинстве случаев (63,94%) основной причиной ОНМК была АГ. Обращает на себя внимание высокий удельный вес симптоматической АГ различного генеза, диагностированной почти у половины больных с АГ и у 40% больных с ГИ, что связано с тяжестью течения симптоматических АГ и неэффективностью общепринятой гипотензивной терапии.

В 1/4 случаев артериальная гипертензия была вызвана различной патологией паренхимы и сосудов почек, в 4% развивалась на фоне эндокринной патологии (болезнь или синдром Иценко-Кушинга, гиперальдостеронизм).

Нами выявлена возрастающая роль в генезе АГ алкогольной и наркотической интоксикации, обусловившей 19,38% ОНМК гипертензивного происхождения.

У больных среднего и пожилого возраста по сравнению с лицами молодого возраста в структуре АГ доминировала гипертоническая болезнь (90% случаев).

Существенную роль в качестве причины развития ОНМК у молодых в нашем наблюдении играла различная патология магистральных артерий головы (МАГ), диагностированная у 17,26% пациентов (n=78). Среди больных с патологией МАГ более 70% составили мужчины.

Заметное место в структуре патологии МАГ у молодых больных занимает ранний атеросклероз (более 1/3 наблюдений). У большинства молодых больных выявлено изолированное поражение МАГ (гемодинамически значимый стеноз или окклюзия), наиболее часто атеросклеротические бляшки обнаруживались во внутренней сонной артерии. Двусторонние и тандемные стенозы выявлены лишь у 30% больных. По морфологической структуре наиболее часто выявлялись мягкие и гетерогенные атеросклеротические бляшки (АСБ), обуславливающие наиболее высокий риск артерио-артериальных эмболий. Плотные АСБ обнаруживались в окклюзированных сосудах, при стенозах чаще выявлялись мягкие и гетерогенные бляшки.

Различные виды ангиодисплазий экстра- и интракраниальных сосудов также составляли более 1/3 всех случаев поражения МАГ (28 больных). Наиболее частой формой врожденной патологии МАГ были артериальные аневризмы и артерио-венозные мальформации, диагностированные у 4,87% больных. Гипоплазии и деформации МАГ выявлены у 1,33% больных.

У больных среднего и пожилого возраста врожденная патология МАГ в качестве причины ОНМК встречалась почти в 5 раз реже (4 больных).

Экстравазальная компрессия позвоночных артерий обусловила ИИ или ПНМК у 21 больного.

Кардиоэмболические инсульты диагностированы у 8,85% больных (n=40). Причинами кардиогенных инсультов служили: клапанная патология сердца (врожденная и ревматического генеза) (65% больных), различные формы нарушения сердечного ритма (15%), тромбоэмболия церебральных сосудов пристеночными тромбами после недавно перенесенного инфаркта миокарда (10%), эмболия вегетациями с клапанов сердца при септическом эндокардите (10%).

У 4,42% больных (n= 20) инсульты развились в результате взаимодействия нескольких возможных причин и значимых факторов риска возникновения ОНМК, причем определить ведущий этиологический фактор и механизм развития инсульта было проблематично. Среди этих больных отдельную группу составили больные с метаболическим синдромом X (n=12), объединяющим в своей структуре такие патогенетически значимые факторы риска развития инсульта как АГ, инсулинрезистентность и/или гиперинсулинизм, ранний атеросклероз, дислипидемию, ожирение, гиперурикемию.

Причина осталась невыясненной у 14 больных (3,09%).

Изучение клинической картины течения ОНМК у лиц молодого возраста позволяет нам сделать вывод, что для подавляющего большинства случаев характерно острое развитие ОНМК (87,5%), с наличием выраженных общемозговых и вегетативных симптомов. Причем это было характерным как для ГИ так и для ИИ, что нередко затрудняло диагностику характера инсульта. Более чем у 75% больных ОНМК развивалось внезапно на фоне полного внешнего благополучия. У лиц среднего и пожилого возраста острое развитие ОНМК имело место в 37% наблюдений, преимущественно при ГИ, предвестники развития ОНМК отмечены у 80% больных.

Более, чем у 46% больных молодого возраста, перенесших ОНМК, к концу острого периода отмечен выраженный регресс неврологических симптомов, значительное восстановление утраченных функций и повседневной жизненной активности. К прежнему труду или выполнению домашних обязанностей смогли вернуться 26,75% больных, 20% больных были вынуждены сменить работу на более легкую. Летальность в остром периоде ОНМК у молодых больных составила 5,53% (25 больных), причем основными причинами смерти были тяжесть самого инсульта или тяжесть основного заболевания, явившегося причиной ОНМК.

Среди больных среднего и пожилого возраста в остром периоде умерло 36,88%. Лишь в 30% случаев смерть была обусловлена тяжестью самого инсульта, чаще причиной смерти служили сердечно-сосудистые и легочные осложнения, явления полиорганной недостаточности.

Таким образом, нами отмечена большая тяжесть клинических проявлений ОНМК у лиц молодого возраста, хотя в целом течение заболевания и его исходы были более благоприятными, чем у больных старших возрастных групп.

## **ЗНАЧЕНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**В.Г. Пысин, М.Н. Терентьев, Н.В. Касенков**

**Белгородская область, г. Старый Оскол, городская больница 2**

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения обусловленная различными сосудистыми заболеваниями (гипертонической болезнью атеросклерозом, ревматизмом и др.) приводит к постепенно прогрессирующим изменениям мозговой ткани - дисциркуляторной энцефалопатии.

На современном этапе развития медицины хронические цереброваскулярные заболевания являются одной из наиболее важных проблем в клинической неврологии, поскольку они нередко предшествуют органическому поражению мозга - инсульту и приводят к инвалидизации больных. Дальнейший прогресс в борьбе с инсультом будет зависеть от своевременного выявления больных с ранними проявлениями сосудистой патологии головного мозга и проведения им лечебно-профилактических мероприятий.

За последние 3 года нами наблюдалось 183 пациента в возрасте от 40 до 75 лет, страдающих хронической недостаточностью мозгового кровообращения, что составляет 48% всех больных с цереброваскулярными заболеваниями, лечившихся в тот же период.

У 46 человек (25%) отмечались начальные проявления цереброваскулярной недостаточности:

- церебральная ангиодистония,
- эмоциональная неустойчивость,
- снижение работоспособности,
- концентрации внимания.

Все эти пациенты входили в возрастную группу от 40 до 50 лет. Подавляющее их большинство (42 чел.) до поступления в наше отделение к врачам не обращалось и, следовательно, не лечилось.

Остальные больные (137 чел-75%) имели явные признаки дисциркуляторной энцефалопатии 1-2 стадий. Для них было характерно наличие, как симптомов диффузного поражения ткани мозга (выраженные головные боли, тяжесть и шум в голове, нарушение сна, снижения памяти, резкое снижение работоспособности, вегетативно-церебральные кризисы, головокружения несистемного характера, тревожность, снижение интеллекта), так и очаговых симптомов, главным образом мозжечковых (нарушения координации, шаткость при ходьбе, интенционный тремор, нистагм или нистагмоид), пирамидных (повышение тонуса, оживление и асимметрия рефлексов, патологические стопные знаки, снижение мышечной силы), а также экстрапирамидных (олиго и брадикинезия, брадимимия, рефлексы орального автоматизма).

Гипертонической болезнью страдали 53 человека (29%), преимущественно в возрасте от 50 до 70 лет, церебральным атеросклерозом-84 человека (46%), преимущественно от 60 до 75 лет,

Как показали исследования церебральной гемодинамики при помощи реоэнцефелографии у больных дисциркуляторной энцефалопатией отмечается выраженное замедление притока крови к головному мозгу, явление венозного застоя и резкая асимметрия кровообращения в полушариях головного мозга.

При офтальмоскопии зафиксировано сужение, склерозирование и извитость артерий глазного дна, иногда умеренное расширение вен.

У 51 пациента (28%) при эхо-эцефалоскопии выявлены признаки внутричерепной гипертензии.