

астенодепрессивного синдрома невротической природы светотерапии желтым светом в большей степени оправдано для уменьшения проявлений астении в сочетании с враждебностью, а также для соматовегетативных дисфункций.

Таким образом, технический прогресс привел к появлению большого количества новых технологий в физиотерапии, что значительно повысило эффективность реабилитационных мероприятий в нейрореабилитации.

Влияние осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта на динамику восстановления и реабилитационный прогноз острого инсульта

С.А. Волик, С.А. Румянцева, В.А. Ступин, С.В. Силуянов, Е.В. Силина, М.В. Баглаенко

РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, ГКБ № 15 г. Москва; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

До настоящего времени данные о функциональном состоянии желудочно-кишечного тракта у пациентов с острым инсультом встречались в неврологической литературе крайне редко (Румянцева С.А., 2007; Пирадов М.А., Рябинкина Ю.В., 2008). В то же время из клинической практики хорошо известно, что присоединение осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) не только отягощает течение инсульта и ухудшает прогноз, но и крайне негативно влияет на реабилитационный потенциал (Иванова Г.Е., 2012). Эта проблема не изучается и хирургами, в связи с тем что на чаще весов диагноз «острый инсульт» перевешивает любые соматические осложнения. При этом хирургические и эндоскопические исследования указывают на высокую частоту развития острых язв, нередко осложняющихся кровотечениями, у больных с сосудистой коморбидностью (Ступин В.А., 2011).

На сегодняшний день не проводился анализ патофизиологических и клинических особенностей, а также частоты повреждений ЖКТ у больных с инсультом в зависимости от тяжести, локализации и размеров интрацеребрального повреждения. Отсутствуют данные о ранних клинико-лабораторных и инструментальных маркерах поражения ЖКТ у больных с острым инсультом. Все вышеперечисленное послужило основанием для проведения данного исследования.

В ГКБ № 15 проведен проспективный и ретроспективный анализ 200 историй болезни пациентов, поступавших в РСЦ с острым инсультом. У всех пациентов, помимо принятого соматоневрологического мониторинга состояния в динамике, проводились КТ с определением объема интрацеребрального поражения, а также анализ комплекса лабораторных параметров (Hb, Ht, клинический анализ крови, биохимия крови). Отдельно анализировались: ширина распределения эритроцитов, данные эзофагогастродуоденоскопии и внутрижелудочной многоканальной рН-метрии. У 70% больных (140 пациентов) по клиническим данным и КТ был диагностирован церебральный инфаркт, у 30% больных (60 пациентов) — внутримозговое кровоизлияние, у 17,5% (35 пациентов) развилась клиника кровотечения из верх-

них отделов ЖКТ. Источником кровотечения во всех случаях были острые эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка или двенадцатиперстной кишки.

У всех больных поводом для назначения гастроскопии стало появление клинических симптомов ЖКК. В 77% случаев это была мелена, в 23% — геморрагическое отделяемое по назогастральному зонду. В 30% случаев на первой ЭГДС подтверждено активное кровотечение. Во всех случаях кровотечения удалось остановить эндоскопически. Средняя площадь язв составила 3 см² (с минимальным значением от 0,12 см² до гигантской язвы площадью 6 см²), у 97% пациентов язвы были окружены множественными острыми эрозиями. В 63% случаев язвенный дефект находился в желудке, в 6% наблюдалось поражение нижней трети пищевода, в 31% — двенадцатиперстной кишки. Кроме того, у 3 больных течение заболевания осложнилось перфорацией, по поводу чего они были оперированы. Летальность в группе больных с ЖКК и эрозивно-язвенными поражениями составила 60% (21 больной).

Кроме того, методом слепой выборки было проанализировано 50 историй болезни пациентов, у которых не было клиники внутреннего кровотечения. При этом у 8 из них при аутопсии были обнаружены острые эрозии и язвы верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У 17% пациентов с ишемическим инсультом ЖКК обнаруживалось на 1—2-е сутки после появления клинических симптомов инсульта, у 27% — на 3—5-е сутки, у 20% — на 7—11-е, у 12% — на 12—16-е, у 11% — на 17—25-е сутки, что свидетельствует о вариативности скорости эрозивного повреждения слизистой ЖКТ при церебральной ишемии. У больных с ВМК развитие эрозивно-язвенных поражений ЖКТ в 60% случаев наблюдалось на 7—11-е сутки.

Таким образом, в 17,2% случаев из 250 проанализированных историй болезни у больных обнаружены прижизненные или посмертно выявленные поражения ЖКТ, причем в 63% случаев такие поражения наблюдались при ишемическом инсульте, а в 37% — при ВМК. При этом только у двух пациентов с обнаруженными эрозивно-язвенными пораже-

ниями ЖКТ был язвенный анамнез. В дневниковых записях, несмотря на данные лабораторного обследования о значительно прогрессирующем снижении гемоглобина и гематокрита, настороженности по поводу возможного высокого риска развития патологии со стороны ЖКТ, в том числе ЖКК, отмечено не было. В то же время в период с 1-х по 5-е сутки средний уровень гемоглобина крови составлял у пациентов с развивающимся язвенно-эрозивным поражением ЖКТ 125 г/л, на 7—11-е — 117 г/л, на 12—15-е — 109 г/л, а на более поздних сроках (16—25-е сутки) уже не более 100 г/л. Подобную корреляцию мы наблюдали, анализируя показатели гематокрита, который у больных с поражением ЖКТ снижался с уровня 45% в первые сутки от возникновения инсульта до 33% на 3—5-е сутки, 27% на 7—15-е и до 24% на 16-е сутки и позднее. Снижение показателей гемоглобина и гематокрита опережало развитие клиники ЖКК в среднем на 2 сут. Подобной динамики снижения гемоглобина и гематокрита у больных с инсультом без ЖКК не отмечено. У них уровень гемоконцентрации оставался достаточно высоким: Ht на уровне 40—45% сохранялся весь период наблюдения, даже на фоне инфузионной терапии, а снижение Hb составляло не более 5 ед. (в среднем от 140 до 135 г/л).

При исследовании желудочной секреции уровень внутрижелудочной pH не опускался ниже отметки в 5 ед., что расценивалось нами как гипо- или ацидность. Полученные результаты противоречат общепринятой доктрине о невозможности развития язвы без кислоты. Это ставит под сомнение целесообразность тотального назначения больным с острым инсультом H₂-блокаторов или блокаторов протонной помпы. У больных с состоявшимся ЖКК в общем анализе крови отмечалось изменение и других маркеров геморрагической анемии, прежде всего это было увеличение ширины распределения эритроцитов до 17,3%, в то время как у больных без ЖКК этот параметр составлял не более 12,5%. У всех пациентов с ЖКК отмечено ухудшение состояния соматического статуса: нестабильность параметров АД с тенденцией к снижению и скачкам АД, нарастание

компенсаторной тахикардии, снижение уровня сатурации крови ниже 96%.

В ходе исследования была прослежена связь возникновения повреждений ЖКТ с локализацией инсульта. В 92% случаев инсульт локализовался в бассейне средней мозговой артерии с вовлечением глубинных отделов полушарий. Так, у 38% больных очаг захватывал теменную долю, у 43% очаг локализовался в базальных ядрах, у 27% — в глубинных отделах височной доли. Объем повреждения головного мозга варьировал в диапазоне от 0,45 до 164 см³, в среднем это значение составило 41 см³. При анализе состояния пациентов по шкалам ком Глазго, NIHSS, социальной адаптации Bartel и Рэнкин было установлено, что в период с 1-х по 5-е сутки у больных с ЖКК тяжесть состояния по шкале NIHSS составила в среднем 17, на 7—11-е сутки — 18, на 12—15-е — 18, на 16—25-е сутки она выросла до 19 баллов. У больных без состоявшегося кровотечения при анализе тяжести было отмечено ее нарастание от 10 до 12 баллов. По шкале Рэнкин уровень инвалидизации оставался неизменным, составляя 4,5 балла.

Данные проведенного анализа свидетельствуют о том, что возникновение ЖКК и других форм поражения ЖКТ у больных с острым инсультом негативно сказывается на возможностях проведения реабилитационных мероприятий, так как прогрессирующая тканевая гипоксия и ишемия на фоне кровопотери ведут к нарастанию тяжести состояния больных, предопределяя и углубление неврологического дефицита, и нарастание нестабильности параметров системной гемодинамики. По данным патолого-анатомического исследования, причиной смерти пациентов в 100% случаев был назван острый инсульт, в 22% в качестве вторичной непосредственной причины смерти — кровотечение из острых язв верхних отделов ЖКТ.

Таким образом, наличие острых гастродуоденальных поражений ЖКТ у больных с острым инсультом наравне с общепринятыми неврологическими шкалами может служить дополнительным маркером низкого реабилитационного потенциала.

Опыт использования нейромышечной стимуляции мышц гортани аппаратом Вокастим при лечении бульбарных расстройств

Н.А. Бедарева, Г.В. Евневич

ОГАУЗ Ангарская городская больница скорой медицинской помощи

Вокастим фирмы «Физиомед» (Германия) — это одноканальный аппарат для электростимуляции. Он генерирует постоянный ток, токи низкой и средней частоты, позволяет проводить диагностику чувствительности нервно-мышечной ткани. В электротерапии аппарат может применяться с целью стимуляции кровообращения, для мобилизации и стимуляции

мелких мышц, для ионофореза, упражнений для голосовых связок. В электродиагностике возможно проведение теста на фарадическую возбудимость, среднечастотного теста по Ланге, определение коэффициента аккомодации.

С помощью аппарата, в зависимости от вида тока и выбора параметров (форма и длительность импуль-