

- ления) /Вирусные гепатиты достижения и перспективы. - 2001. - №2. - 20 с.
4. Рабочее совещание "Гепатит В: 2000". Бетеца, Мэриленд (США), 8-10 сентября, 2000 / Вирусные гепатиты достижения и перспективы. - 2001. - №1 (11).
5. Решение коллегии "О состоянии заболеваемости вирусными гепатитами в Российской Федерации" от 27.03.2001.
6. IV Российская научно-практическая конференция "Гепатит В, С и D - проблемы диагностики, лече-

- ния и профилактики". М., 19-21 июня, 2001 / Вирусные гепатиты достижения и перспективы. - 2001. - №3 (11).
7. Ф. Де Роза, Л.В. Кирку, Дж. М. Де Санкитис и др. Хронические вирусные гепатиты / Российский медицинский журнал. - 1997. - №6. - С.18-23.
8. Maurice R. Hilleman. Патогенез, профилактика и терапия гепатита В с уклоном в практическую область / Vaccine 19. -2001. - P. 1837-1848.

© ШПРАХ В.В., КАПУСТЕНСКАЯ Ж.И. -
УДК 616-004.6-053.9.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ ФОРМ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МУЖЧИН В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В. В. Шпрсос, Ж.И. Капустенская.

(Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор - член-корр. РАМН, проф. А.А. Дзизинский, Иркутский госпиталь ветеранов войн, гл. врач - А.В. Корякина)

Резюме. Прогноз состояния здоровья и качества жизни лиц старших возрастных групп при сочетанных формах атеросклероза напрямую зависит от характера течения таких его осложнений, как: дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), ишемическая болезнь сердца (ИБС) и облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (ОААНК). В результате динамического наблюдения за 92 мужчинами пожилого и старческого возраста в течение четырех лет выделено 9 вариантов клинического течения сочетанного атеросклеротического поражения артерий головного мозга, сердца и нижних конечностей. Неблагоприятный тип сочетанного атеросклероза выявился у 58 (63,04%) больных. Применение курантила в виде монотерапии позволило уменьшить клинические проявления ДЭ в 93,5% случаев, ИБС - в 78,8% и ОААНК - в 60,6%.

Атеросклероз является одной из главных проблем современной гериатрии. Осложнения атеросклероза занимают первое место среди причин общей смертности лиц старших возрастных групп. В настоящее время наиболее распространенными заболеваниями, приводящими к инвалидизации и нередко к летальному исходу, являются инсульты и ИБС [10]. Согласно статистическим данным, основную роль в возникновении острых нарушений мозгового кровообращения играет окклюзионно-стенопотическое поражение магистральных артерий головы (МАГ). Отмечено, что наиболее часто этот вид патологии встречается у лиц пожилого и старческого возраста. Вместе с тем в большинстве развитых стран основной причиной смертности пожилого контингента является ИБС [11]. При секционном исследовании лиц старше 60 лет, умерших от инфаркта миокарда, атеросклероз коронарных артерий обнаруживался почти в 100% случаях [9]. Не менее тяжелым осложнением атеросклероза является ишемическая болезнь нижних конечностей, которой страдает более половины людей пожилого и старческого возраста. Около 1/3 больных погибают через 5-8 лет после появления первых симптомов заболевания, у половины из них в связи с гангреной производится ампутация нижних конечностей [8].

В настоящее время в развитых странах отмечается устойчивая тенденция к увеличению продолжительности жизни, в связи с чем растет распространенность цереброваскулярных заболеваний, ИБС и облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей (ОААНК).

Основным клиническим проявлением окклюзионно-стенозирующего атеросклеротического процесса в артерии любой локализации является ишемический синдром, который наряду с изменением макрогемодинамики обусловлен нарушением микроциркуляции и повышенной склонностью к гиперкоагуляции [5,2]. Поэтому одним из наиболее важных направлений профилактики развития осложнений атеросклероза является применение дезагрегантных средств.

В настоящее время имеется немало работ, посвященных этиологии, патогенезу, клинике, диагностике и лечению атеросклероза и его осложнений [3,1,4,7,6]. Однако анализ отечественной и зарубежной литературы не позволяет оценить распространенность сочетанных форм атеросклероза в рамках отдельных возрастных групп, в том числе у лиц пожилого и старческого возраста, и не дает представления об особенностях течения сочетанной патологии сосудов. Кроме того, недостаточно внимания уделяется вопросам подбора адекватной терапии при сочетанной сосудистой недостаточности у больных старших возрастных групп. Это и предопределило цель настоящего исследования.

Материалы и методы

Проведено динамическое наблюдение за 92 мужчинами с ДЭ I и II стадий в сочетании с ИБС и ОААНК. Из исследования исключались больные со стенокардией напряжения III ФК, с инсультами и инфарктами миокарда в анамнезе. Период наблюдения за больными в среднем составил $4 \pm 0,6$ года. Ежегодно больные осматривались пев-

рологом. В начале наблюдения больных пожилого возраста (ЭД-74 года) было 52, старческого (75 лет и старше) - 40. В качестве дополнительного обследования использовались ультразвуковая доплерография (УЗДГ) брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей, реоэнцефалография (РЭГ), стабилметрия, экспериментальное психологическое исследование, электро- и эхокардиография, функциональные нагрузочные пробы.

Допплерометрические и эхокардиографические исследования проводились по общепринятым методикам на аппарате фирмы "Acuson", модель Acuson 128xp/10 с использованием линейного датчика 7,5 МГц и секторального датчика 3,5 МГц.

Стабилметрическое исследование проводилось с помощью аппаратно-програмного комплекса "МБН - биомеханика" научно - медицинской фирмы "МБН". В ходе исследования оценивали абсолютное положение центра давления (ЦД), девиации ЦД во фронтальной и сагиттальной плоскостях, проводили анализ спектра частот колебаний ЦД во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

Мнестические функции изучали с помощью пробы на запоминание 10 слов. Исследование внимания включало в себя проведение корректурной пробы Бурдона и поиск цифр по таблицам Шульте.

В начале наблюдения ДЭ I стадии выявлялась у 15 (16,3%) больных, ДЭ II стадии - у 77 (83,7%). Стенокардия напряжения I ФК имела у 33 (35,87%) больных, II ФК - у 59 (64,13%). Магистральный тип окклюзии артерий нижних конечностей (аорто-подвздошно-бедренный сегмент) диагностирован у 35 (38,04%) больных, дистальный (подколенно-берцовый сегмент) - у 39 (42,39%), смешанный тип - у 18 (19,57%). У 81 (88,04%) больного выявлены атеросклеротические окклюзионно-стенотические поражения МАГ, при этом гемодинамически значимые стенозы встречались у 24 (26,09%) больных.

При наблюдении за больными учитывались клинические особенности течения сочетанного атеросклеротического процесса: углубление стадии хронической регионарной ишемии, появление эпизодов острой артериальной недостаточности (острая церебральная ишемия, инфаркт миокарда, острая непроходимость магистральных артерий нижних конечностей).

Для изучения эффективности и переносимости курантила у больных пожилого и старческого возраста с сочетанным атеросклеротическим поражением церебральных, коронарных и периферических артерий была сформирована группа из 33 мужчин в возрасте от 65 до 80 лет с ДЭ II стадии. У всех больных выявлялась стенокардия напряжения I ФК и ОААНК со II стадией ишемии ног. Курантил назначался в виде монотерапии в суточной дозе 225 мг в течение 2-х месяцев.

До начала, во время и после лечения курантилом больным проводилось клиническое неврологическое исследование, УЗДГ брахиоцефальных

артерий, РЭГ, нейропсихологическое исследование, ЭКГ, стзбжует;ш9, одаяитиоп. количество приступов стенокардии, определялось расстояние безболевого ходьбы.

Результаты и обсуждение

В результате динамического наблюдения за мужчинами пожилого и старческого возраста нами выделено 9 вариантов клинического течения сочетанного атеросклеротического поражения артерий головного мозга, сердца и нижних конечностей: стабильное течение ДЭ, ИБС и ОААНК - 34 (36,96%) больных; медленно прогрессивное течение ДЭ со стабильным течением ИБС и ОААНК - 2 (2,17%); быстро прогрессивное течение ДЭ со стабильным течением ИБС и ОААНК - 8 (8,7%); медленно прогрессивное течение ИБС со стабильным течением ДЭ и ОААНК - 15 (16,3%); быстро прогрессивное течение ИБС со стабильным течением ДЭ и ОААНК - 15 (16,3%); медленно прогрессивное течение ОААНК со стабильным течением ДЭ и ИБС - 7 (7,62%); быстро прогрессивное течение ОААНК со стабильным течением ДЭ и ИБС - 6 (6,52%); быстро прогрессивное течение ДЭ с быстро прогрессивным течением ОААНК и стабильным течением ИБС - 2 (2,17%); медленно прогрессивное течение ИБС с медленно прогрессивным течением ОААНК и стабильным течением ДЭ - 3 (3,26%).

При стабильном варианте течения сочетанного атеросклероза отсутствовали прогрессивность ДЭ, ИБС и ОААНК в течение всего периода наблюдения.

При медленно прогрессивном течении цереброваскулярной патологии имелось некоторое нарастание субъективной и объективной неврологической симптоматики, однако в конце периода наблюдения не выявлялось углубления стадии ДЭ.

У больных с быстро прогрессивным течением ДЭ и стабильным течением ИБС и ОААНК развивались инсульты. У 7 больных диагностирован инсульт в вертебро-базилярном бассейне (причем у 3 из них с летальным исходом), у одного - в бассейне левой средней мозговой артерии после оперативного вмешательства на мочевом пузыре.

Медленно прогрессивное течение ИБС характеризовалось постепенным увеличением уровня функционального класса стенокардии напряжения, причем у 8 больных I ФК перешел во II, у 6 больных II ФК - в III, у одного больного I ФК - в III.

При быстро прогрессивном течении ИБС у больных возникали инфаркты миокарда (13,04%) или развивалась прогрессирующая стенокардия напряжения (3,26%). Летальный исход от обширного инфаркта миокарда зафиксирован в 6 наблюдениях (6,52%).

При медленно прогрессивном течении ОААНК происходило постепенное нарастание степени ишемии нижних конечностей. У 4 (4,35%) больных IIА стадия хронической ишемии перешла во IIБ стадию, у 2 (2,17%) I стадия - во IIА стадию, у 1 (1,09%) - во IIБ стадию.

Быстро прогрессивное течение ОААНК характеризовалось быстрым нарастанием ишемии нижних конечностей до IV степени, в связи с чем больным производилась ампутация конечностей.

У двух больных в раннем послеоперационном периоде после ампутации конечностей по поводу гангрены развился ишемический инсульт в вертебро-базиллярном бассейне, причем у одного из них с летальным исходом.

При медленно прогрессирующем течении ИБС и ОААНК на фоне стабильного течения ДЭ отмечалось увеличение уровня функционального класса у 3 (3,26%) больных с I ФК до II и нарастание степени ишемии нижних конечностей у 1 (1,09%) - с I стадией ишемии до НА, у 2 (2,17%) - со IIА до IIБ.

Детальное изучение клинических особенностей и характера течения сочетанного атеросклеротического поражения церебральных, коронарных и периферических артерий позволило разделить вышеуказанные варианты на два основных типа: благоприятный и неблагоприятный. Стабильное течение мы отнесли к благоприятному типу, все остальные типы течения - к неблагоприятному. Неблагоприятный тип сочетанного атеросклероза выявился у 58 (63,04%) больных.

Нами проводился сравнительный анализ основных факторов риска у больных с благоприятным и неблагоприятным типами течения сочетанного атеросклеротического поражения артерий головного мозга, сердца и нижних конечностей (табл.).

Неблагоприятному типу течения сочетанного атеросклероза у мужчин, по нашим данным, способствовали психоэмоциональное напряжение, курение, гипокинезия и гипер(3-липопротеидемия.

У всех больных, получавших курантил, до лечения отмечалось почти ежедневное головокружение, шум в голове и ушах. В 93,5% случаев они предъявляли жалобы на головные боли, повторяющиеся несколько раз в неделю. Все отмечали снижение памяти, быструю утомляемость, раздражительность.

В результате проведенного лечения отмечен благоприятный терапевтический эффект на течение ДЭ у 86 (93,5%) больных. У 15 (45,5%) больных головная боль полностью прошла, у 10 (30,93%) - уменьшилась степень выраженности головной боли. На фоне приема курантила 21 (63,6%) больной отметил уменьшение головокружения, 15 (45,5%) - уменьшение шума в голове. Сравнительный анализ результатов выполнения психологических тестов выявил положительное влияние терапии курантилом на состояние когнитивных функций. Положительный эффект при запоминании и воспроизведении 10 слов отмечен у 9 (27,3%) больных, при выполнении корректурной пробы Бурдона - у 13 (39,4%). Уменьшилось время поиска цифр по таблицам Шульте с 83,01±11,254 сек до 70,4±5,102 сек ($P<0,05$).

При сравнении результатов стабилметрического исследования отмечено улучшение некоторых показателей, отражающих выраженность вестибулоатактических нарушений. У 12 (36,4%) больных из группы наблюдения выявлялся вестибулоатактический синдром. После курса лечения курантилом зафиксировано приближение абсолютного центра давления к нормальному положению в сагиттальной плоскости, уменьшение девиации центра давления в сагиттальной и фронтальной плоскостях. Анализ спектра частот стато-

Таблица

Частота (в%) встречаемости факторов риска при благоприятном и неблагоприятном типах течения сочетанных форм атеросклероза у мужчин пожилого и старческого возраста

Факторы риска	Типы течения	
	Благоприятный (n=34)	Неблагоприятный (n=58)
Возраст: 60-74 года	50,0±8,57	60,3±6,42
75 лет и старше	50,0±8,57	39,7±6,42
Избыточная масса тела	5,9±12,78	10,3±3,99
Психоэмоциональное напряжение	5,9±12,78	39,7±6,42**
Гипокинезия	5,9±12,78	39,7±6,42**
Курение	41,2±8,44	87,9±4,28*
Злоупотребление алкоголем	-	5,2±2,92
Артериальная гипертензия	82,4±6,53	77,6±1,79
Сахарный диабет	-	5,2±2,92
Окклюзионно-стенозирующие поражения МАГ	94,1±4,04	84,5±4,75
Единичные стенозы МАГ	38,2±8,33	19,0±5,15
Множественные стенозы МАГ	55,9±8,52	67,2±6,16
Гемодинамически значимые стенозы МАГ	20,6±6,94	31,0±6,07
Шейный остеохондроз	26,5±7,57	19,0±5,15
Черепно-мозговая травма в анамнезе	38,2±8,33	25,9±5,75
Гиперхолестеринемия	8,8±4,86	19,0±5,15
Гипер(3-липо)протеидемия	11,8±5,53	55,2±6,53**

Примечание: звездочки - статистически достоверные различия показателей у лиц с благоприятным и неблагоприятным типами течения сочетанных форм атеросклероза: * - $p<0,05$; ** - $p<0,001$.

кинезиограммы в динамике выявил смещение основной энергии для фронтальной и сагиттальной компонент в сторону более низких частот. По данным УЗДГ МАГ и РЭГ отмечено увеличение кровенаполнения мозга, уменьшение периферического сосудистого сопротивления в бассейнах брахиоцефальных артерий ($p < 0,05$).

На фоне лечения курантилом не было зафиксировано учащения количества приступов стенокардии. Отметили повышение толерантности к физической нагрузке у 26 (78,8%) больных. По данным ЭКГ в 12 (36,4%) наблюдениях улучшились процессы реполяризации миокарда.

Влияние курантила на течение хронической артериальной недостаточности нижних конечностей оценивали по динамике таких субъективных жалоб, как перемежающаяся хромота, боли и зябкость в нижних конечностях, парестезии, судороги икроножных мышц. На фоне лечения курантилом 20 (60,6%) больных при ходьбе отметили увеличение расстояния до появления переме-

жающей хромоты, у 29 (87,9%) - уменьшились боли, зябкость, парестезии и судороги в нижних конечностях. При определении расстояния безболевой ходьбы выявлено статистически достоверное с увеличением с $201,67 \pm 7,864$ до $243,94 \pm 10,099$ метров ($p < 0,001$). После проведенной терапии 4 (12,12%) мужчин отметили повышение потенции.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о клинической эффективности курантила при лечении осложнений атеросклероза различной локализации. Курантил хорошо переносится больными пожилого и старческого возраста, оказывает положительное влияние на самочувствие больных, когнитивные функции, состояние равновесия, течение ДЭ, ИБС и ОААНК, в связи с чем можно рекомендовать более широкое применение этого препарата в лечении сочетанных форм атеросклероза у лиц пожилого и старческого возраста.

CLINICAL COURSE FEATURES AND TREATMENT OF MULTIFOCAL ATHEROSCLEROSIS FORMS IN MEN IN GERIATRIC PRACTICE

V.V. Shprakh, J.I. Kapustenskaia

(Irkutsk State Medical University, Irkutsk Hospital of Veterans)

Prognosis of health condition and life quality in geriatric patients with multifocal forms of atherosclerosis depends on such complications as cerebral circulation impairment (CCI), ischemic heart disease (IHD) and peripheral arterial disease (PAD). As a result of dynamic follow-up of 92 men of elderly and senile age during four years the nine variants of the clinical course of combined atherosclerotic lesion of the arteries of brain, heart and low extremities have been chosen. Unfavourable type of multifocal atherosclerosis was revealed in 58 (68,04%) patients. Using curantili as the monotherapy allowed to reduce clinical symptoms of CCI in 93,5% sick, IHD - in 78,8% and PAD - in 60,6% ones.

Литература

1. Анестиади В.Х., Нагорнев В.А. Морфогенез атеросклероза / Отв. ред. канд. мед. наук доц. Е.Г. Зота. - Кишинев: Штиинца, 1982. - 285 с.
2. Белоусов Ю.Б. Гемореологические исследования при ишемической болезни сердца // Кардиология. - 1986. - №6. - С. 115-118.
3. Ганжа И.М., Фуркало Н.К. Атеросклероз. - Киев: Здоров'я, 1978. - 272 с.
4. Дзизинский А.А. Атеросклероз // Избранные лекции по терапии. - Иркутск: Изд-во Иркутского ун-та, 1990. - С.97-112.
5. Казначеев В.П., Дзизинский А.А. Клиническая патология транскапиллярного обмена. - М.: Медицина, 1975. - 240 с.
6. Карпов Р.С., Дудко В.А. Атеросклероз: патогенез, клиника, функциональная диагностика, лечение. - Томск: STT, 1998. - 656 с.
7. Покровский А.В. Атеросклероз аорты и ее ветвей // Болезни сердца и сосудов: Рук-во для врачей / Под ред. Е.И. Чазова. - М.: Медицина, 1992. - Т.2. - С.286-327.
8. Покровский А.В. Клиническая ангиология. - М.: Медицина, 1979. - 368 с.
9. Смольяников А.В., Наддачина Т.А. Вопросы патологической анатомии и патогенеза коронарной недостаточности. - М.: Медгиз, 1963. - 247 с.
10. Хомуло П.С. Эмоциональное напряжение и атеросклероз. - Л.: Медицина, 1982. - 152 с.
11. Corti M-C., Guralnik J.M., Bilato C. Coronary heart disease risk factors in older persons // Aging Clin. Exp. Res. - 1996. - Vol.8. - P.75-89.

© БЫКОВ Ю.Н. -
УДК 616.831-005.6-07

КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕНСОМОТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Ю.Н. Быков.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН Вилл д.м.п., проф. А.А. Майборода, кафедра нервных болезней, зав. - проф. В.И. Окладников)

Резюме. Методом функционального анализа исследованы в динамике сенсомоторные процессы у 30 больных с инфарктами мозга. Установлено, что каждый человек обладает индивидуальным паттерном движений, устойчивым во времени. Представлены результаты коррекции