

первой группы, у 48 (17,02%) – второй ($p < 0,05$). В клинической картине инсульта преобладали проявления поражения низшего уровня (прежде всего, дисфункция афферентных систем) у 10 (20,83%) пациентов первой группы, у 54 (19,15%) – второй ($p > 0,05$). Симптомы поражения среднего уровня преобладали у 28 (58,33%) лиц первой группы, у 130 (46,10%) – второй ($p > 0,05$). Клиника нарушений высшего уровня была ведущей у 4 (8,33%) человек первой группы, у 31 (10,99%) – второй ($p > 0,05$). Психогенные нарушения стояния отмечались у 22 (45,83%) пациентов первой группы, у 3 (1,06%) – второй ($p < 0,001$). Как видно, у лиц с

СД достоверно чаще встречались двигательные нарушения ($p < 0,05$) и психогенные нарушения стояния по сравнению с больными без СД.

Через год после инсульта быстрое нарастание симптоматики дисциркуляторной энцефалопатии отмечено у 5 (10,42%) пациентов первой группы, у 31 (10,99%) – второй ($p > 0,05$). У лиц первой группы ухудшение проявлялось в виде нарушения ночного сна, снижения переносимости физических нагрузок, нарастания интенсивности головокружения. За год наблюдения умерла 1 (2,08%) пациентка первой группы и 8 (2,84%) больных – второй ($p > 0,05$).

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Михайловская Т.В.¹,
Мишина И.Е.^{*1}, доктор медицинских наук,
Довгалюк Ю.В.¹, кандидат медицинских наук,
Васильев В.В.²

¹ Кафедра госпитальной терапии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

² МУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Иваново, ул. Постышева, 57/3

** Ответственный за переписку: e-mail: mishina-irina@mail.ru*

Сосудистые заболевания головного мозга остаются одной из наиболее серьезных медико-социальных проблем во всем мире и занимают одно из первых мест среди причин смерти и инвалидности. В России ежегодно возникает 400–450 тысяч инсультов, из которых более 75% приходится на долю ишемического варианта заболевания. В настоящее время инсульт рассматривается как клинический синдром острого сосудистого повреждения головного мозга, являющийся исходом различных по характеру патологических состояний системы кровообращения. Острая стадия ишемического инсульта сопровождается функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, определяющими высокую вероятность возникновения патологических изменений в серд-це. С другой стороны, кардиальная патология может являться самостоятельным фактором, способствующим редукции мозгового кровотока, и приводить к дополнительному ухудшению церебральной гемодинамики.

Цель настоящего исследования – дать характеристику сердечно-сосудистой патологии у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) во взаимосвязи с оценкой состояния магистральных артерий головного мозга и динамикой восстановления неврологического дефицита.

Обследовано 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин) с острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу, последовательно поступавших в отделение реанимации и интенсивной терапии МУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иванова на 1–4-е сутки заболевания. Возраст больных варьировал от 46 до 91 года, составив в среднем $69,3 \pm 9,06$ года.

Всем пациентам проведены клиническо-неврологическое и нейропсихологическое обследования, электрокардиография, ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование магистральных артерий головы. У 12 больных осуществлялась трансторакальная эхокардиография. Для верификации диагноза выполнялась компьютерная томография головного мозга в первые сутки заболевания, а также при ухудшении состояния. Степень выраженности неврологических нарушений определялась по шкале NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) в динамике (при поступлении в стационар и на 18–20-й день болезни).

В соответствии с критериями TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) определены патогенетические подтипы ИИ: с атеротромботичес-

ким инсультом оказалось 11 (36,7%) пациентов, с кардиоэмболическим инсультом – 4 (13,2%), с гемодинамическим инсультом – 2 (6,7%), лакунарным инсультом – 8 (26,7%), с неуточненным патогенетическим подтипом – 5 (16,7%). В четырех случаях наблюдался повторный инсульт (13,3%).

По данным анамнеза и клинического обследования у 29 пациентов с ИИ (96,7%) диагностирована гипертоническая болезнь. 72,4% больных (21 человек) страдали ишемической болезнью сердца (ИБС). Из них постинфарктные изменения левого желудочка имели 38,1% пациентов, клиника стенокардии III–IV функциональных классов наблюдались у 4 (19%) больных, нарушения сердечного ритма (фибрилляция предсердий (ФП), частая желудочковая экстрасистолия, регулярная форма трепетания предсердий, синдром слабости синусового узла, АВ-блокада) регистрировались у 18 (60%) пациентов. ФП неревматической этиологии наблюдалась у 12 обследованных (66,7% от числа страдающих аритмиями), у 8 человек она носила постоянный, у 4 – пароксизмальный характер. При этом в последней группе у 3 больных на момент госпитализации зарегистрирован пароксизм ФП и проведена медикаментозная кардиоверсия. Симптомы хронической сердечной недостаточности, обусловленные ИБС и гипертонической болезнью, были диагностированы у 27 пациентов (90% от общего числа больных). Из них на момент поступления признаки сердечной декомпенсации выявлялись у 17 (63%) человек. У двух пациентов имели место симптомы острой сердечной недостаточности.

Гемодинамически незначимый стеноз магистральных артерий головы (атеросклеротические бляшки, стенозирующие просвет сосуда менее 70%), одинаково часто диагностировался как среди пациентов с ИБС (52,4%), так и среди больных

без коронарной патологии (57,1%). Гемодинамически значимый стеноз, составляющий более 70% просвета магистральных артерий головы, достоверно чаще определялся у пациентов без ФП (62,5 против 25%, $p = 0,024$).

При оценке тяжести ИИ с помощью шкалы NIHSS на 14-е сутки заболевания оказалось, что неврологический дефицит был недостоверно более выраженным у пациентов с ИБС по сравнению с таковым у больных, не имеющих коронарной патологии ($13,8 \pm 3,0$ против $11,3 \pm 3,8$ балла). В группах пациентов с постоянной формой ФП и синусовым ритмом в остром периоде ИИ регистрировалось примерно одинаковое количество баллов по шкале NIHSS ($13,2 \pm 3,6$ и $13,0 \pm 3,2$ соответственно). Однако к моменту выписки на этап амбулаторной реабилитации (на 18–20-е сутки от начала инсульта) пациенты с синусовым ритмом по сравнению с больными с ФП имели лучшие показатели восстановления утраченных неврологических функций: усредненные показатели по шкале NIHSS в первой группе в среднем уменьшились на $8,06 \pm 1,95$, во второй – на $3,85 \pm 1,07$ балла ($p < 0,05$).

Таким образом, наличие сердечно-сосудистых заболеваний является не только важным патогенетическим фактором в развитии ишемического инсульта, но также оказывает влияние на степень и темпы восстановления неврологических нарушений.

Для обеспечения успеха программы восстановления данной категории больных целесообразна выработка индивидуальных подходов к разработке реабилитационных мероприятий с тщательным контролем основных кардиологических показателей. В постинсультном периоде оптимальным является совместное ведение пациента неврологом и терапевтом.