

ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПОСЛЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ИНСУЛЬТА

Ястребцева И.П.*, кандидат медицинских наук

Кафедра неврологии и нейрохирургии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, 8

* Ответственный за переписку: e-mail: ip.2007@mail.ru

Артериальная гипертензия (АГ) – важнейший фактор риска развития ишемического (ИИ) и геморрагического (ГИ) инсультов. Риск острых нарушений мозгового кровообращения у больных с артериальным давлением (АД) более 160/95 мм рт. ст. приблизительно в 4 раза выше, чем у лиц, имеющих нормальное давление (ниже 140/90 мм рт. ст.), а при АД более 200/115 мм рт. ст. – в 10 раз. АГ вносит свой вклад в развитие кардиогенных, атеротромботических, артериоземболических, лакунарных ИИ и ГИ.

Сахарный диабет (СД) является независимым фактором риска ИИ и, так же как и сниженная толерантность к глюкозе, увеличивает риск его развития в 2 раза. Высокий риск сосудистых осложнений при СД 2 типа (инсулинонезависимом) дал основание Американской кардиологической ассоциации отнести диабет к сердечно-сосудистым заболеваниям. Гипергликемия опосредует развитие атеросклероза, увеличивающего риск ИИ, через нарушение функции эндотелия и резкое усиление процессов перекисного окисления липидов.

Широкая распространенность СД и АГ у пациентов с инсультом головного мозга обуславливает высокую актуальность обсуждаемой проблемы.

Целью настоящей работы стало изучение особенностей течения хронической ишемии мозга у пациентов с АГ и СД после церебрального инсульта.

Проведено комплексное клинико-инструментальное обследование 330 пациентов, перенесших инсульт головного мозга и имеющих гипертоническую болезнь III ст., АГ III ст. Средний возраст пациентов составил $58,77 \pm 7,50$ года. СД диагностирован у 48 больных, вошедших в первую группу, в том числе у 5 выявлено нарушение толерантности к глюкозе. Остальные пациенты (282 человека), не имеющие в анамнезе указаний на СД, составили вторую группу. Среди обследованных было 169 женщин (33 – в первой группе и 136 – во второй) и 161 мужчина (15 – в первой группе и 121 – во второй). 300 больных перенесли ИИ (45 – в первой группе и 255 – во второй), 30 – ГИ

(3 – в первой группе и 27 – во второй). У 211 человек инсульт произошел в каротидной системе (у 32 – в первой группе и у 179 – во второй), у 107 – в вертебрально-базиллярной (у 14 – в первой группе и у 93 – во второй), у 12 – в обоих сосудистых бассейнах (у 2 – в первой группе и у 10 – во второй).

Критериями исключения из исследования являлись: выраженная афазия, предшествующие инсульту деменция, онкологические, инфекционные поражения центральной нервной системы, среднетяжелые и тяжелые черепно-мозговые травмы.

Проводились клиническое, психологическое (с использованием опросника Бека, шкалы самооценки Спилбергера), функциональное и нейровизуализационное исследования. Клиническое обследование состояло из стандартного неврологического и функционального тестирования тяжести неврологических нарушений по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS). Динамика самочувствия пациентов оценивалась согласно шкале общего клинического впечатления. Статистическая обработка выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Microsoft Excel XP». Достоверность различий по группам оценивалась с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считались результаты при $p < 0,05$.

В острейшем периоде инсульта тяжесть состояния пациентов согласно шкале NIHSS практически не различалась и составила $8,75 \pm 5,46$ балла в первой группе и $8,72 \pm 5,73$ – во второй. Малый инсульт перенесли 22 (45,83%) пациента в первой группе и 111 (39,36%) – во второй ($p > 0,05$), средней тяжести – 23 (47,92%) в первой группе и 138 (48,94%) – во второй ($p > 0,05$), тяжелый – 3 (6,25%) в первой группе и 33 (11,70%) – во второй ($p > 0,05$).

Согласно классификации J.G. Nutt et al. (1993), модифицированной Е.И. Гусевым с соавт. (2009), в клинике ведущего двигательного дезадаптирующего синдрома в остром периоде инсульта выделяется пять уровней расстройств. Двигательные нарушения отсутствовали у 3 (6,25%) больных

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-