

При обработке опросника SF-36 результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Данные по результатам опросника SF-36 представлены в табл. 2.

Таблица 1

Клеточный состав

Маркер	Результат исследования, %
CD3	38,6
CD5	44,6
CD7	36,6
CD19	5,1
CD20	2,5
CD22	1,4
CD23	1,4
CD34	1,2
CD38	15,1
CD71	12,5
HLA-DR	6,9

Таблица 2

Данные по результатам опросника SF-36

Шкалы SF-36	До терапии	Через 1 мес.	3 мес.	6 мес.	12 мес.
PF	45	100	85	75	75
RP	0	100	100	100	100
BP	32	100	74	62	62
GH	50	92	67	77	77
VT	80	90	80	85	85
SF	50	100	87,5	100	100
RE	0	100	100	100	100
MH	72	92	84	88	88
Физический компонент здоровья	34.3729	50.34751	48.31816	43.0104	43.0104
Психический компонент здоровья	59.32201	72.68344	70.67215	75.23853	75.23853

Примечание: физическое функционирование – PF; физическо-ролевое – RP, социальное – SF, эмоционально-ролевое – RE, физическая боль – BP, общее здоровье – GH, жизненная сила – VT

Оценка полученных данных идет достаточно простым способом: чем ближе показатель к 100, тем лучше состояние здоровья. Наилучший показатель физического компонента здоровья был через месяц после проведенной терапии. Затем он стабилизировался и немного снизился, продолжая быть неизменным в течение >6 месяцев. Клиническая картина болезни у пациента кардинально изменилась, что произошло практически в течение первого месяца. Если раньше при погрешностях в диете (алкоголь, белковая пища – мясо в больших количествах) вызывало резкий болевой синдром не только в мелких, но и крупных суставах, с отеком и местами гиперемией, тугоподвижностью и болями, то после терапии болевой синдром локализовался в области I плюснефалангового сустава на стопе. Пациент не изменил свой образ жизни, погрешности в диете происходят достаточно регулярно, но число таблетированных препаратов резко уменьшилось. В настоящее время пациент иногда прибегает к приему НПВП, в основном болевой синдром купируется только диетой. Анализ первой части опросника EQ-5D подтвердил данные, полученные при помощи опросника SF-36. Данные обработки опросника EQ-5D представлены в табл. 3. Различия заключаются в числовом значении, в EQ-5D, чем ближе к 1,00 показатели, тем выше оценка здоровья пациентом. В опроснике отмечена тенденция к улучшению через 1 месяц, которая стабилизировалась на весь период наблюдения, т.е. более 12 месяцев. Более наглядно представлена собственная визуальная оценка здоровья пациента. Значительное улучшение на 30% через месяц по сравнению с

периодом до терапии и впоследствии – снижение и стабилизация. При сравнении результатов, полученных при обработке всех опросников, отмечено, что даже через год после терапии, пациент не приблизился в оценке своего здоровья (как интегрального показателя) к значениям до терапии. В течение наблюдаемого промежутка времени пациент не был ни разу госпитализирован в стационар для лечения, хотя перед проведением терапии госпитализировался не менее 2 раз в год.

Таблица 3

Данные обработки опросника EQ-5D

Сроки	Индекс	«Градусник»
до терапии	0.688625	60
1 месяц	0.810001	90
3	0.810001	80
6	0.810001	75
12	0.810001	75

В анализах пациента, которые выполнялись на контрольных точках (до, 1, 3, 6, 12) происходили колебания показателей функции печени, азотистого обмена, липопротеидов, ревматологических проб. Ухудшение биохимических показателей было связано с погрешностями в диете перед исследованиями, что быстро компенсировалось диетой, и повторные анализы приближались к норме.

Заключение: Проведенное пилотное исследование на единственном больном не позволяет говорить о каких-либо закономерностях, но положительный результат позволяет проводить дальнейшую работу в лечении пациентов с подагрическим артритом с использованием аутологичных клеток. Необходимо также обратить внимание, что, несмотря на остающиеся завышенными некоторые биохимические показатели, качество жизни пациента кардинально изменилось. В течение целого года, а период наблюдения за пациентом продолжается, он вел активный образ жизни, был социально значим и полезен. Ни один из проводимых ранее стандартных курсов лечения не принес столь длительного и стабильного результата. В настоящее время проводится наблюдение за группой пациентов.

THE CLINICAL ANNUAL OBSERVATION OF PATIENT WITH GOUT AFTER THE AUTOLOGIC CELLS INTRODUCTION

DS.V. IVANOV, I.V. POTAPOV, A.V. SHATALOV, A.A. KHADARTSEV.

Summary

The obtained results allow to treat the patients with gouty arthritis by means of autologous cells.

Key words: autologous cells, introduction

УДК 616.831.3-07-09

ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

И.А. ГРИБАЧЕВА, Т.Ф. ПОПОВА, Е.Л. ПОТЕРЯЕВА, О.В. ЧУРАЛЕВА, А.А. ШТОББЕ*

Введение. В процессе формирования новых представлений о механизмах возникновения отдельных форм цереброваскулярной патологии возникло целое направление, получившее название ангионеврология, которое относится к разделу нейронаук, изучающих проблему сосудистых заболеваний головного мозга (СЗГМ) на основе взаимосвязи метаболизма, кровообращения и функций мозга в норме и их нарушений при различных заболеваниях и патологических состояниях. Становление ангионеврологии как научного направления необходимо в связи с возрастанием медицинской и социальной значимости СЗГМ [1–3]. Значение изучения хронической церебральной ишемии (ХЦИ) особенно велико в связи с прогрессирующим течением патологического

* Новосибирский госмедуниверситет, г. Новосибирск, 630091, Красный проспект, 52. Тел./факс 382-2-222286

процесса и частым исходом его в инсульт с тяжелой инвалидизацией, а также сосудистую деменцию.

Медико-социальная значимость проблемы СЗГМ продиктована их значительной долей в структуре заболеваемости и смертности населения, высокими показателями временных трудовых потерь и инвалидизацией. Социальная значимость проблемы возрастает в связи с отчетливой тенденцией к «омоложению» СЗГМ, поэтому актуальными становятся такие аспекты ангионеврологии, как профилактика ХЦИ и острого мозгового инсульта (ОМИ) у лиц молодого возраста [1, 3–5]. Огромное значение для понимания патогенеза СЗГМ имеют систематизация и анализ факторов риска (ФР) возникновения патологического процесса. Учет отдельных ФР и их сочетаний важен для понимания возникновения ХЦИ в молодом возрасте.

На пересмотр существующих и разработку новых концепций патогенеза ХЦИ с мелкоочаговыми и диффузными изменениями оказали влияние методы нейро- и ангиовизуализации, внедрение которых дает возможность выявления сосудистого повреждения на самых ранних этапах болезни, позволяет дифференцировать их от очагов другой этиологии, помогает установить нарушения краниовертебрального перехода, которые могут иметь значение для ранних форм сосудистой патологии [6]. Широкое внедрение УЗИ сосудов мозга имеет важное значение для разработки медикаментозных и хирургических методов лечения, а также для выявления особенностей строения сосудов мозга. Одним из важнейших для клиники научных направлений является определение структурных изменений вещества головного мозга и сосудов мозга и костей черепа с учетом стадии эволюции патологического процесса, что позволит расширить имеющиеся представления о причинных факторах возникновения ХЦИ.

Цель исследования – выявление и систематизация основных и дополнительных ФР хронической ишемии головного мозга в молодом возрасте с оценкой их прогностической значимости для решения лечебных и экспертных вопросов.

Методы исследования. Изучена группа больных ХЦИ (117 человек), у которых имело место мелкоочаговое поражение белого и серого вещества головного мозга, подтвержденное методами нейровизуализации. Критериями исключения явились: возраст 45 лет и старше, тяжелые соматические заболевания, нейроинфекции с положительными ПЦР и ИФА, а также выраженное снижение когнитивных функций. Среди обследованных больных было 64 (54,7%) женщины и 53 (45,3%) мужчины. Средний возраст составил $43,7 \pm 1,2$ года. Оценка состояния больных проводилась по единому диагностическому алгоритму, включающему в себя формализованную историю болезни, в структуру которой вошло неврологическое исследование с учетом повреждения основных функциональных систем головного мозга, нейропсихологическое исследование с применением психометрических шкал, оценка внешних и внутренних фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани, регионарных дисплазий с изучением патологии краниального соматотипа и краниовертебрального перехода, УЗИ магистральных сосудов головы и шеи. Необходимо было установить влияние этих факторов, а также ранее хорошо изученных ФР, таких как артериальная гипертензия, болезни сердца, дислипидемия, сахарный диабет и др. на развитие ХЦИ в молодом возрасте. Неврологический осмотр вели по общепринятой схеме с применением традиционных методов, оценкой функций черепных нервов, двигательной и чувствительной сфер, оценкой мозжечковых функций, нарушенной высшей нервной деятельности, функций тазовых органов.

Для оценки нарушения качества жизни к данной категории больных была применена шкала инвалидизации Рэнкина, содержащая пять градаций степени тяжести. Для изучения состояния когнитивной сферы больным предъявлялся набор психометрических тестов: Тест Mini – Mental State Examination (экспресс-метод), который широко используется во всем мире для диагностики заболеваний, сопровождающихся нарушением когнитивных функций, включает 12 заданий, отражающих основные показатели когнитивных функций (суммарный балл – 0–30), и отличается высокой чувствительностью и специфичностью; краткий опросник для определения психического статуса Short portable mental status questionnaire, который отличается от экспресс-метода исследования психического статуса тем, что учитывает образовательный уровень больного, при этом его чувствительность выше, но специфичность ниже. Для выявления депрес-

сивных расстройств использована шкала Гамильтона (HDRS). При изучении ФР ХЦИ использовался метод сопоставления в когорте больных основной группы (ОГ) и контрольной группе (КГ) с подсчетом отношения шансов (ОР). В КГ были включены больные, сопоставимые по полу и возрасту, у которых были ФР возникновения цереброваскулярной патологии, но без признаков ХЦИ, определяемых методами нейровизуализации и УЗИ.

В работе использованы понятия: диспластико-зависимые изменения органов и систем при дисплазии соединительной ткани (ДСТ) (локомоторные, кожные, висцеральные) и состояния, ассоциированные с ДСТ. При выполнении работы речь шла только о недифференцированных ДСТ, т.к. набор фенотипических признаков не укладывался ни в одно из дифференцированных заболеваний. Особое место занимала оценка телосложения, поскольку астеническое телосложение является одним из важных фенотипических признаков ДСТ. Оценка телосложения проводилась с расчетом росто-веса показателя (РВП), снижение которого на ≥ 20 (при норме 37–40%) указывает на астенический вариант. $РВП = \frac{Масса\ тела\ (кг)}{Рост\ (см)} \times 100\ (\%)$.

Использовалась методика расчета конституции по В.М. Черноруцкому (1972), в основе которой лежит индекс Пинье (ИП), отражающий связь типа телосложения с ферментативными функциями и показателями обмена веществ: $ИП = ДТ - \frac{МТ}{100} + ОГК$, где ДТ – длина тела; МТ – масса тела; ОГК – окружность грудной клетки. Использовались следующие значения конституции по В.М. Черноруцкому (астеник – $ИП > 30$; нормостеник – $30 > ИП > 10$; гиперстеник – $ИП < 10$). Для СТД характерно сочетание астенического телосложения с краниоцефальными признаками. В зависимости от величины головного указателя (ГУ) определялись сл. краниотипы: долихоцефалия ($ГУ \leq 76$), мезоцефалия ($ГУ = 77 \div 80$), брахицефалия ($ГУ = 81 \div 90$). Отклонения могут быть расценены как конституционально-морфологические дизгенезии, диспластические признаки. При оценке патологии краниовертебрального перехода учитывались изменения краниовертебрального перехода с помощью магнитно-резонансной томографии, а также рентгенологического исследования черепа (боковая проекция) и шейного отдела позвоночника.

Результаты. Огромное значение для понимания патогенеза СЗГМ имеют систематизация и анализ ФР возникновения патологического процесса. Поскольку учет отдельных ФР и их сочетаний важен для понимания развития и при определении прогноза течения ХЦИ, был проведен анализ наиболее распространенных и изученных ФР у лиц молодого возраста. Достоверно значимыми ФР ХЦИ у мужчин молодого возраста по сравнению с группой контроля являются: артериальная гипертензия (88,7 \div 38,7%), дислипидемия (20,8 \div 0,0%), сахарный диабет (17,0 \div 3,2%), заболевания сердца (13,0 \div 0,0%), а также курение (84,9 \div 61,3%) – $P < 0,05$. Среди женщин достоверно более значимыми являются такие ФР как АГ (85,9 \div 46,2%), гипотиреоз (17,2 \div 2,6%) и дислипидемия (48,4 \div 10,3%) – $P < 0,05$. Обращает на себя внимание, что, и в группе мужчин, и в группе женщин достоверно значимыми являются ФР, патогенетически связанные между собой: артериальная гипертензия, дислипидемия, гипотиреоз, сахарный диабет и курение. Каждый из перечисленных ФР ведет к каскадным патобиохимическим механизмам, характеризующихся нарушением всасывания липопротеидов высокой плотности, которые несут антиатерогенную функцию [7]. Этим продиктована необходимость рассмотрения ФР в объединенной группе лиц молодого возраста. В результате установлено, что эндокринопатии (сахарный диабет и гипотиреоз), дислипидемия и заболевания сердца (ИБС и нарушения ритма сердца) являются несомненными и статистически доказанными ФР, но следует отметить, что в обследованной возрастной группе отношение шансов у данных ФР $\leq 3,5$ (ОР), в то время как в более старших возрастных группах этот показатель составляет 3,5 \div 5,8 [8].

Наиболее распространенным ФР в обследуемой группе является артериальная гипертензия (87,2%), что послужило поводом для более детального изучения этого ФР. При определении степени артериальной гипертензии применена классификация уровня артериального давления ДАГ- I (2000 г.). Большая часть обследованных страдала АГ I и 2 степени (85,47%). Имеется отрицательная корреляционная зависимость между степенью тяжести АГ и стадией хронической цереброваскулярной недостаточности ($r = -0,33$). В [9] указывается на смещение нижней границы ауторегуляции мозгового кровотока вверх, то есть даже

умеренное повышение АД у больных с АГ может значительно уменьшить мозговой кровоток. Имеются указания на многофакторное повреждающее действие АГ на головной мозг. Эти изменения особенно выражены у больных с длительно текущей артериальной гипертензией [16], которая приводит к развитию циркуляторной гипоксии. В обследованной группе артериальная гипертензия <5 лет отмечалась у 10,3% больных, 6-10 лет – у 64,1%, >10 лет – у 25,6%. Большая часть больных страдала АГ >5 лет (89,7%). Имеется положительная корреляционная зависимость между длительностью АГ и стадией ХЦИ ($r = +0,34$) [10].

Время начала развития ХЦИ у обследованных установить не удалось, поэтому был проведен сравнительный анализ частоты ФР у лиц молодого возраста (<45 лет) с более старшими возрастными группами: средней (45-59 лет) и пожилой (60-69 лет). При этом в обследуемых группах установлено, что в молодом возрасте основные ФР существенно не отличались ($P > 0,05$) от ФР в группах среднего и пожилого возраста, в связи с чем была предпринята попытка выявления других независимых ФР, способствующих формированию ХЦИ у этой категории лиц, важную роль среди которых могут играть диспластические нарушения со стороны шейного отдела позвоночника, краниовертебрального перехода и магистральных отделов головы.

Под термином «ДСТ» понимают нарушение развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах вследствие генетически измененного фибриллогенеза внеклеточного матрикса, приводящее к расстройству гомеостаза на тканевом, органном и организменном уровнях в виде различных морфо-функциональных нарушений висцеральных и локомоторных органов с прогредиентным течением [11]. Наследственные аномалии и заболевания соединительной ткани встречаются очень часто, а их клинические проявления многолики и разнообразны [12]. Изучена частота внешних, выявляемых при физикальном обследовании, и внутренних, то есть признаков ДСТ со стороны центральной нервной системы и внутренних органов (табл. 1).

Таблица 1

Частота фенотипических проявлений ДСТ у больных с ХЦИ

Фенотипический признак		ХЦИ, n=86		КГ, n=70		P
		Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	
внешние	Изменение кожи и ее дериватов	66	76,7%	14	20,0%	<0,05
	Изменение костей, суставов, позвоночника	74	86,0%	16	22,9%	<0,05
	Особенности строения рук и ног	44	51,2%	9	12,9%	<0,05
	Особенности строения ушной раковины и полости рта	68	79,1%	17	24,3%	<0,05
	Особенности строения глаз	19	22,1%	6	8,6%	<0,05
	Краниоцефальные признаки	58	67,4%	9	12,9%	<0,05
	Наличие добавочных хорд	47	54,7%	15	32,6%	<0,05
внутренние	Пролапсы клапанов сердца	44	51,2%	13	28,3%	<0,05
	Нефроптоз (II-III степени)	54	62,8%	3	6,5%	<0,001
	Аномалии развития почек	31	36,0%	1	2,2%	<0,01

В группе больных с ранней ХЦИ по сравнению с КГ внешние и внутренние фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани встречались достоверно чаще. Особое место занимает нефроптоз – 62,8% (в КГ этот показатель составил 6,5%, $P < 0,001$), это позволяет подтвердить данные [11], которые относят нефроптоз с последующим формированием фибромускулярной дисплазии почечных артерий к одному из механизмов возникновения АГ у молодых. При изучении наследственной отягощенности ДСТ были проанализированы родословные у 61 больного (70,9%), учитывалось наличие признака или заболевания у родственников I-II степени родства по восходящей линии. Анализ полученных данных показал отсутствие достоверных отличий ($P > 0,05$) всех внешних и внутренних фенотипических диспласти-

ческих признаков среди больных и их ближайших родственников, что позволяет подтвердить наличие генетической детерминированности соединительно-тканых дисплазий.

В рамках выявления признаков соединительно-тканых дисплазий был проведен анализ распределения больных по вариантам конституции. У лиц молодого возраста с ХЦИ и признаками дисплазии соединительной ткани преобладал астенический тип телосложения у мужчин, у женщин астеников и нормостеников было приблизительно поровну. В группе контроля, которую составили лица без признаков соединительно-тканой дисплазии как у мужчин, так и у женщин преобладал гиперстенический тип конституции (60,0-63,6% соответственно).

Поскольку в современных исследованиях растет интерес к изучению локальных (регионарных) особенностей конституций, как морфо-функциональных комплексов, особое внимание было уделено изучению краниального соматотипа у больных с ДСТ. С учетом того, что в крайними формами изменчивости черепа являлись его долихо- и брахицефалия, обращало на себя внимание преобладание долихоцефалов у больных с ХЦИ в молодом возрасте (55,8%) по сравнению с КГ, где обследуемые равномерно распределены между тремя краниотипами (33,3% – 26,7% – 36,7%). Эти особенности строения мозгового скелета являются гипопластическими вариантами и отражают протекание онтогенеза по типу ретардации. Направленность изменений мозгового черепа в сторону гипопластических тенденций показывает, что следует рассматривать их как один из вариантов фенотипических проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани. Для комплексного рассмотрения клинической значимости краниовертебральных аномалий изучались количественные и качественные нарушения краниовертебрального перехода (табл. 2).

Таблица 2

Изменения краниовертебрального перехода у больных с ХЦИ (n=63)

Характер поражения		Абс. знач-е	Относит. знач-е
Количественные	Изменение количества верхних шейных позвонков	2	3,2%
	Изменение строения верхних шейных позвонков	3	4,8%
	Образование дополнительных костных перемычек	11	17,5%
	Стеноз большого затылочного отверстия	2	3,2%
Качественные	Дефект развития костей основания черепа	31	49,2%
	Дефект развития ромбовидного мозга	19	30,2%
	Платибазия	21	33,3%
	Базиллярная импрессия		
	Арнольда – Киари (тип I)		

У больных ХЦИ с аномалиями краниовертебрального перехода страдают те же функциональные системы ЦНС, что и в ОГ: пирамидная (100%), мозжечковая (73,0-52,1%; $P < 0,05$), стволовая (65,1- 64,9%; $P > 0,05$), чувствительная (19,0-33,3%; $P < 0,05$), зрительная (28,6-6,8%; $P < 0,05$), нарушения высшей нервной деятельности (57,1-99,7%; $P < 0,05$). Чаще других страдала мозжечковая, стволовая и зрительные системы, функция которых связана с вертебробазилярным бассейном кровоснабжения. Пирамидная система страдала у всех больных, так как имеет большую протяженность. Изменения психики, как и в ОГ характеризовались обратимостью, динамичностью, снижением трудоспособности, неустойчивостью настроения, раздражительностью, быстрой утомляемостью, снижением памяти. По результатам теста Mini-Mental State Examination средний суммарный балл составил $23,4 \pm 0,9$ по сравнению с общей группой больных, где этот показатель составил $21,6 \pm 1,1$ (χ^2 Пирсона 9,071; $df=2$; $p=0,005$). Среднее число ошибок по опроснику Short portable mental status questionnaire составило $2,6 \pm 0,21$, что также указывало на более легкие когнитивные нарушения по сравнению с общей группой больных, где этот показатель составил $3,1 \pm 0,44$ (χ^2 Пирсона 8,038; $df=2$; $p=0,005$). Такие результаты объяснимы, если принимать во внимание, что при краниовертебральных аномалиях преимущественно страдают структуры задней черепной ямки, а когнитивные функции контролируются большими полушариями.

Учитывая тот факт, что краниовертебральные аномалии являются диспластическими признаками поражения основания черепа и верхне-шейных отделов позвоночника, проанализирована частота сочетаний краниовертебральных аномалий (КВА) с другими признаками дисплазии соединительной ткани. У больных с КВА с такой же частотой, что и у больных с ДСТ, выявляются основные внешние и внутренние диспластические признаки ($P>0,05$), что позволяет рассматривать варианты КВА как самостоятельный ФР ХЦИ у молодых в структуре полисистемного диспластического поражения соединительной ткани. У обследованных больных 79,5% (58 чел.) имелись анатомические изменения экстракраниальных артерий, в КГ эта цифра составила 76,7% (46 чел., $P>0,05$), подтверждая, что частота анатомических диспластических нарушений экстракраниальных отделов магистральных сосудов в ОГ и КГ существенно не отличается ($P>0,05$), и данные анатомические особенности не влияют на формирование ХЦИ. У этой категории больных кроме анатомических нарушений сосудов шеи и головы были и другие внешние и внутренние фенотипические признаки дисплазии соединительной ткани, что позволяет рассматривать диспластические изменения магистральных сосудов шеи и головы в структуре дисплазии соединительной ткани и не противоречит работе [10]. 87,9% диспластических расстройств приходится на позвоночные артерии, а патология каротидной системы составляет 12,1%. Для больных с КВА характерно сочетание с аномалиями развития сосудов шеи и головы, что еще больше усугубляет васкуляризацию мозговых структур. Для подтверждения этого исследована частота и глубина поражения основных функциональных систем у больных с сочетанием диспластического развития экстракраниальных отделов сосудов шеи и головы в сочетании с КВА; при исследовании частоты поражения основных функциональных систем не выявлено явных отличий от группы больных только с КВА ($P>0,05$). При исследовании глубины неврологических расстройств установлено, что в этой группе больных сумма неврологического дефицита составила уже $14,9 \pm 1,02$ балла (у лиц только с КВА этот показатель составил $13,2 \pm 0,97$ – χ^2 Пирсона 8,152; $df=2$; $p=0,005$). При этом инвалидизация I степени тяжести отмечалась у 48,3%, а II – у 51,7% (52,2% и 42,9% соответственно в группе больных с КВА), то есть имеет место углубление неврологических расстройств. Ср. возраст пациентов этой группы – $38,3 \pm 2,3$ лет по сравнению со средним возрастом общей группы – $43,7 \pm 1,2$ года. Гипопластические изменения магистральных сосудов шеи и головы не являются самостоятельным ФР ХЦИ, но в сочетании с КВА становятся клинически значимыми, усугубляя неврологические нарушения еще в более раннем возрасте.

Анализируя глубину неврологических расстройств в общей группе больных ХЦИ, группе с КВА, а также группе, где КВА сочетались с диспластическими изменениями сосудов головы и шеи, установлено, что, если в общей группе обследованных больных сумма неврологического дефицита составила $11,3 \pm 1,02$, у больных с КВА – $13,2 \pm 0,97$, то в группе пациентов с сочетанием диспластического процесса магистральных сосудов и краниовертебрального перехода этот показатель составил уже $14,9 \pm 1,02$ (χ^2 Пирсона 9,043; $df=1$; $p=0,004$). При оценке качества жизни с помощью шкалы Рэнкина отмечено нарастание уровня инвалидизации в названных группах. I степень тяжести составила 66,8% – 52,2% – 48,3%, II степень тяжести – 33,3% – 42,9% – 51,7% соответственно обследуемым группам. Идет утяжеление неврологического дефицита по мере усиления диспластического процесса.

Заключение. Ведущим ФР ХЦИ в молодом возрасте является артериальная гипертензия (87,2%), которая патогенетически связана с др. ФР. У больных с ХЦИ в молодом возрасте выявлены конституционально-анатомические и функциональные нарушения, характерные для соединительно-тканых дисплазий с полисистемным характером патологии. По материалам анализа анамнестических и клинических признаков в группе обследованных больных с ранней ХЦИ, а также у их родственников I-II степени родства с одинаковой частотой ($P>0,05$) прослеживаются наличие внешних и внутренних фенотипических признаков дисплазии соединительной ткани, что позволяет думать о наследственной отягощенности диспластического процесса. В формировании ранних форм хронических сосудисто-мозговых расстройств важную роль играет комплекс качественных и количественных диспластических изменений краниовертебрального перехода, вызывающих уменьшение размеров задней черепной ямки. Дис-

пластические изменения магистральных сосудов шеи и головы, выявляемые УЗИ, не являются самостоятельным ФР ХЦИ, но в сочетании с КВА и др. ФР могут стать клинически значимыми. Результаты укладываются в концепцию гетерогенности хронической ишемии головного мозга и дополняют ее. Учет ряда ФР и их сочетаний важен при прогнозировании ХЦИ в молодом возрасте.

Литература

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И. Ишемия головного мозга. – М: Медицина, 2001. – 326 с.
2. Верещагин Н.В. // Ж. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 1996. – №1. – С. 11-13
3. Верещагин Н.В. и др. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики. – М., 2002. – 208 с
4. Трошин В.Д. и др. Острые нарушения мозгового кровообращения. – Н-Новгород, 2000. – 438 с.
5. Fabris F. et al. // Stroke. – 1994. – Vol.25, № 6. – P.1113–1140.
6. Лобзин С.В. Вертеброгенные цереброваскулярные расстройства: Автореф. дис... док. мед. наук. – С-Пб, 2001. – 44 с.
7. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Патология. – Т.2. – Основы патохимии. – СПб, 2001. – 687 с.
8. Гилева О.А. Изучение ишемического инсульта в Кузбассе методом популяционного регистра: клинико-эпидемиологическое исследование: автореф. дисс... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2004. – С. 26
9. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб., 1999. – 336 с.
10. Верещагин Н.В. и др. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. – М., 1997. – 287 с.
11. Нечаева Г.И. и др. // Консилиум. – 2002. – №1. – С. 15–18.
12. Земцовский Э.В. Соединительно-тканые дисплазии сердца. – С-Пб, 1998. – 94 с.

SIGNIFICANCE OF RISK FACTOR OF CEREBRAL ISCHEMIA IN YOUNG AGE

I.A. GRIBACHYOVA, T.F. POPOVA, E.L. POTERYAEVA,
O.V. CHYURALYOVA, A.A. SHTOBBE

Summary

The leading risk factor of the chronic cerebral ischemia in young people is high blood artery pressure (87,2%), concerning pathogenetically with the others main and subsidiary risk factors. The constitutional-anatomy and functional disturbances typical for the connective tissue dysplasia with multi-systems pathologies were found out in young patients with chronic cerebral ischemia. The complex of the quantitative and qualitative displastical changes of the craniovertebral joint causing the decrease of the posterior cranial fossa has the important place in forming of the early form of the chronic cerebral vascular disturbances. The dysplastical changes of the neck and head arterial vessels finding out by the ultrasonic method of examinations are not the independent risk factor of the chronic cerebral ischemia, however are able to become clinical important together with craniovertebral anomaly and other risk factors.

Key words: cerebral ischemia, risk factor

УДК: 616.36-004:[616.127:577.175.14

СИСТЕМНАЯ ПРОДУКЦИЯ ЦИТОКИНОВ ПРИ РАЗВИТИИ ДИС- ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

А.И. КОНОПЛЯ, С.А. ПРИБЫЛОВ*

Актуальность проблемы. Цирроз печени (ЦП) характеризуется гипердинамическим кровообращением, проявляются как висцеральная вазодилатация и увеличенный сердечный выброс. Эти нарушения циркуляции в сочетании с высоким внутрипеченочным сопротивлением вносят вклад в развитие и прогрессирование портальной гипертензии и часто представляют главные осложнения цирроза в форме варикозного кровотечения, задержки жидкости и сниженного почечного кровотока [1]. Миокардиальные структурные и функциональные отклонения

* Курский госмедуниверситет, кафедра внутренних болезней ФПО