

и Бартел соответственно в группе с когнитивными расстройствами 53.33+/-27.53 и 28.3+/-33.29, без них 90.83+/-4.91 и 73.33+/-21.6. Выявлена положительная корреляция по баллам Оргогозо, Бартел и MMSE для геморрагических инсультов, коэффициент 0.66 и 0.81 (т.е. чем меньше неврологический и функциональный дефицит, тем сохраннее когнитивные функции).

Аффективные расстройства (балл депрессии или тревоги ≥ 7) выявлены у 57 % больных, отклонения в сторону депрессии у 42.85%, тревоги у 34.3%. Выявлена отрицательная корреляция по баллам депрессии и MMSE, коэффициент - 0.51 (т.е. чем выше показатели депрессии, тем меньше показатели когнитивных функций).

Нарушения сна выявлены у 40% больных (показатели по анкете субъективной оценки качества сна ≤ 19). Выявлена связь нарушений сна и когнитивных расстройств: в группе с нарушениями сна достоверно более низкий показатель по MMSE: 23.8+/-4.72 по сравнению с 27.55 +/- 3.28 в группе без нарушений сна. Также нарушения сна более выражены у пациентов с выраженным неврологическим и функциональным дефицитом: средний балл Оргогозо и Бартел соответственно в группе с нарушениями сна 67+/-24.84 и 48+/-36, без них 82.5+/-14.18 и 76.25+/-23.27.

Выводы. У пациентов в острейшем периоде ОНМК выявляются различные нарушения высших функций: когнитивные и аффективные (депрессия и тревога) расстройства, нарушения сна. Выявленные когнитивные, аффективные расстройства и нарушения сна связаны между собой и с выраженностью неврологического дефицита. Когнитивное снижение часто сопутствует депрессии и выраженному ограничению функциональной активности пациента. Выявлена связь нарушений сна с неврологическим дефицитом и когнитивным снижением.

Таким образом, у больных с ОНМК развиваются разнообразные и взаимосвязанные нарушения высших функций и необходимо подходить к обследованию и лечению этих пациентов комплексно, так как различные расстройства могут отягощать течение друг друга.

КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Шмырев В.И., Тер-Акопян А.В., Денисов Д.Б.

Клиническая больница №1 УД Президента РФ, Москва

Цель исследования. Оценить влияние стентирования брахиоцефальных артерий (БЦА) на неврологическую симптоматику у больных с их стенозирующим атеросклерозом в ранние сроки после эндоваскулярного вмешательства, оценить возникшие осложнения,

а так же оценить, является ли проведение дуплексного сканирования (ДС) БЦА методом, достаточным для отбора больных на стентирование.

Материалы и методы исследования. Для выполнения ангиографии и последующей ангиопластики со стентированием путем проведения ДС отобрано 43 больных в возрасте от 51 до 78 лет. По данным ДС у 13% больных выявлены стенозы от 50 до 70%, все эти пациенты имели в анамнезе ОНМК (инсульты и/или ТИА) в сосудистом бассейне стенозированной артерии. У 87% процентов больных степень стенозирования составила 70% и более, в этой группе большая часть пациентов имела ОНМК в анамнезе. При нейровизуализации у 42,5% выявлен ишемический очаг в сосудистом бассейне стенозированной артерии. Для проведения стентирования по результатам прямой ангиографии отобраны 39 больных. У 4 больных (11%) при выполнении стентирования ВСА 2 этапом выполнена ангиопластика и стентирование коронарных артерий.

Результаты исследования. При проведении ангиографии у 40 больных выявлены стенозы 70% и более, в том числе у одного - окклюзия ВСА, у одного больного - стеноз 55%, у 2 - стенозы менее 50%. В 31,5% случаев отмечено несовпадение результатов ДС и прямой ангиографии: в 10,5% случаев расхождение результатов составило от 10 до 20%, в 21% - расхождение более 20%, при этом примерно в равной степени при ангиографии выявлена либо большая, либо меньшая степень стеноза, чем при ДС.

Технический успех стентирования составил 97,4%, ангиографический успех достигнут в 100% случаев. В раннем (1-3дня) периоде после стентирования появились новые жалобы неврологического характера, либо выросли старые у 8% больных, у 42% больных выраженность жалоб уменьшилась в той или иной степени. Неврологическая симптоматика разной степени выраженности появилась либо выросла у 16% больных и в подавляющем количестве случаев носила временный характер. У 65,5% стентированных неврологическая симптоматика не изменилась, либо уменьшилась. При проведении стентирования у больных возникли следующие осложнения: у 45% транзиторный синокаротидный синдром, по 5% - ТИА в системе стентруемой артерии и реперфузионный синдром, по 2,6% - ишемический инсульт по типу «малого», ангиоспазм стентруемой артерии, интраоперационная диссекция стентруемой артерии, острая контрастиндуцированная энцефалопатия, пульсирующая гематома в области операционного доступа. Летальный исход от инфаркта миокарда наступил у 1 больного (2,6%), 2 этапом у которого выполнялось стентирование коронарной артерии. У 42,5% больных не отмечено осложнений и особенностей.

Выводы. У большей части больных в ранние сроки стентирование привело к уменьшению жалоб и неврологической симптоматики. Тяжелые осложнения (смерть, инсульт, инфаркт миокарда) возникли в

5,2% случаев (у 2 больных), что не превышает среднестатистических мировых показателей. Для отбора больных на стентирование не достаточно проведения дуплексного сканирования.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Яковлев Н.А., Погорельцева О.А., Слюсарь Т.А., Джулай Г.С.

*Тверская государственная медицинская академия
Росздрава, Тверь*

Цель исследования: исследование содержания провоспалительного цитокина ИЛ-1 α в остром периоде геморрагического инсульта (ГИ) в зависимости от тяжести и прогноза заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 80 пациентов (44 мужчин и 36 женщин) с ГИ в возрасте от 30 до 80 лет (средний возраст 55,6 \pm 0,6 лет). Все случаи ГИ были верифицированы при нейровизуализации (КТ или МРТ головного мозга) или на аутопсии. Для оценки степени тяжести и выраженности неврологического дефицита применяли шкалы Глазго, Ханта, Е.И. Гусева и В.И. Скворцовой. Определяли уровни ИЛ-1 α в сыворотке крови и цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) методом иммуноферментного анализа (тест-система фирмы «Цитокин», Санкт-Петербург) в остром периоде ГИ (1-е, 3-и и 10-е сутки от начала заболевания). Группу сравнения составили 30 больных травматологического профиля аналогичного возраста и пола, у которых ЦСЖ получали при перидуральной анестезии в процессе плановых оперативных вмешательств. Статистическую обработку результатов проводили с использованием программы Microsoft Excel и стандартного пакета программ SPSS 13.0 for Windows.

Основные результаты. При сравнении уровня ИЛ-1 α в зависимости от тяжести инсульта установлено, что его уровень оказался выше у больных с тяжелым течением заболевания во все сроки исследования как в сыворотке крови (в 1-е сутки – 834,9 \pm 85,6; 3-и сутки – 902,6 \pm 21,6; 10-е сутки – 811,5 \pm 24,4 пг/мл), так и в ЦСЖ (в 1-е сутки - 432,4 \pm 22,6; 3-и сутки - 429,3 \pm 19,5; 10-е сутки - 325,8 \pm 23,4 пг/мл) по сравнению с пациентами с ГИ средней степени тяжести (соответственно – в крови – 691,9 \pm 29,5; 756,2 \pm 23,7 и 721,2 \pm 24,3, в ЦСЖ – 325,2 \pm 18,6; 325,4 \pm 17,1 и 292,5 \pm 16,8 пг/мл).

При сравнении содержания ИЛ-1 α в зависимости от локализации кровоизлияния установлено, что наиболее высокий уровень провоспалительного цитокина наблюдался при субарахноидально-паренхиматозных кровоизлияниях (в сыворотке крови его содержание составило 1240,0 \pm 59,0 пг/мл, в ЦСЖ - 480,1 \pm 53,2 пг/мл) и наиболее низкий - при субарахноидальном кровоизлиянии (соответственно 710,2 \pm 57,2 пг/мл и 290,1 \pm 51,0 пг/мл; $p < 0,01$).

При анализе содержания ИЛ-1 α в зависимости от исхода инсульта установлено, что самый высокий

его уровень отмечался у больных, летальность у которых наступила в течение первых 3 дней от начала заболевания (в сыворотке крови - 1010,4 \pm 135,6, в ликворе – 518,7 \pm 28,1 пг/мл) по сравнению с его содержанием у людей, доживших до 10 дня (соответственно 713,2 \pm 24,3 и 287, 4 \pm 19,8 пг/мл).

Заключение. В остром периоде геморрагического инсульта наблюдается достоверное повышение провоспалительного цитокина ИЛ-1 α в сыворотке крови и ЦСЖ. Выраженность и длительность этого повышения зависят от степени тяжести инсульта, его локализации и исхода заболевания.

ВЛИЯНИЕ КОГНИТИВНЫХ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ПОСТУРАЛЬНЫЙ БАЛАНС В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Ястребцева И.П., Новиков А.Е., Линьков В.В., Новосельский А.Н., Белов И.В.

*Ивановская государственная медицинская академия,
Иваново*

Инсульт приводит к развитию разнообразных неврологических синдромов, в том числе когнитивных и аффективных расстройств (КР и АР). Постинсультная деменция и депрессия затрудняют раннюю и продолжительную реабилитацию больных в остром периоде инсульта (ОПИ), чем и объясняется актуальность данной проблемы. Функциональное состояние пациентов в ОПИ характеризуется нарушением стабильности основной стойки, наряду с двигательными расстройствами (ДР). Целью работы явилось изучение влияния КР и АР на постуральный баланс больных в ОПИ.

Материал и методы. В исследование включено 117 пациентов в ОПИ с умеренными (22 случая; 18,80%), легкими СПН (48 случаев; 41,03%) и без СПН (47 случаев; 40,17%), в возрасте от 44 до 75 лет (64,65 \pm 7,49 лет). Критериями исключения являлись: выраженные СПН, выраженная афазия, предшествующие инсульту деменция, онкологические, инфекционные поражения ЦНС и черепно-мозговые травмы. Сопоставимую по возрасту контрольную группу составили 60 практически здоровых лиц.

Дизайн исследования включал клиническое (стандартное неврологическое), нейровизуальное (рентгено-компьютерная томография головного мозга с помощью «SOMATOM ARS» фирмы «Siemens»), стабилметрическое (стабилоплатформа «Стабилан-01-2») ОКБ «Ритм» в «американской» стойке с открытыми глазами), функциональное (тест устойчивости стояния R.Bohannon), психологическое и нейропсихологическое (опросник депрессии Бека, шкала самооценки тревоги Спилбергера и Ханина, таблицы Равенна, батарея лобных тестов, краткая шкала оценки психического статуса) исследования, консультации психолога и психиатра.