

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-1α 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±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-1α 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-1α 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±85,6; 3-и сутки – 902,6±21,6; 10-е сутки – 811,5±24,4 пг/мл), так и в ЦСЖ (в 1-е сутки - 432,4±22,6; 3-и сутки - 429,3±19,5; 10-е сутки - 325,8±23,4 пг/мл) по сравнению с пациентами с ГИ средней степени тяжести (соответственно – в крови – 691,9±29,5; 756,2±23,7 и 721,2± 24,3, в ЦСЖ – 325,2± 18,6; 325,4± 17,1 и 292,5± 16,8 пг/мл).

При сравнении содержания ИЛ-1α 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±59,0 пг/мл, в ЦСЖ - 480,1±53,2 пг/мл) и наиболее низкий - при субарахноидальном кровоизлиянии (соответственно 710,2±57,2 пг/мл и 290,1±51,0 пг/мл; p<0,01).

При анализе содержания ИЛ-1α 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±135,6, в ликворе – 518,7±28,1 пг/мл) по сравнению с его содержанием у людей, доживших до 10 дня (соответственно 713,2±24,3 и 287, 4±19,8 пг/мл).

Заключение. В остром периоде геморрагического инсульта наблюдается достоверное повышение провоспалительного цитокина ИЛ-1α 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±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.