

чески неврологическими, нейропсихологическими и психическими нарушениями, обусловленный хронической сосудистой мозговой недостаточностью и повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения. Лечение основывается на принципах патогенетической и симптоматической терапии, которая должна быть комплексной и пожизненной. Для обеспечения патогенетической терапии необходимо учитывать этиологию, особенности патогенеза, возраст, пол, наличие сопутствующей патологии, результаты методов функциональной диагностики, характеризующих состояние мозгового кровотока и характер морфологических изменений в тканях головного мозга. В последние годы в комплексном лечении больных более широко применяются методы физиотерапии.

Под нашим наблюдением находились 63 больных дисциркуляторной энцефалопатией в возрасте от 40 до 65 лет. Среди них преобладали женщины (60,3%). Всем больным для верификации диагноза, уточнения стадии заболевания производили магнитно-резонансную томографию головного мозга, электроэнцефалографию, ультразвуковую доплерографию сосудов головного мозга, а также исследовали клинические и биохимические показатели крови. В случае необходимости выполняли магнитно-резонансную ангиографию. Все показатели оценивали в динамике до и после курсов лечения. Среди обследованных пациентов гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия I стадии была выявлена у 28 (44,4%) и II стадии – у 35 (55,6%) человек.

Все больные были разделены на две группы, различавшиеся по протоколу проводимой терапии. Пациенты основной группы (38 человек) получали медикаментозную терапию в виде внутривенного капельного введения цитофлавина. Кроме того, пациенты получали транскраниальную электростимуляцию в чередовании по дням с магнитотерапией по авторской методике. Пациенты контрольной группы (25 человек) получали указанную медикаментозную терапию и транскраниальную электростимуляцию. Для проведения электротерапии применяли аппарат «Трансаир-03», магнитотерапию проводили при помощи аппарата «Полус-2».

В результате проведенных курсов лечения отмечена положительная динамика в клинической картине по основным клиническим и неврологическим показателям цереброваскулярной недостаточности. Уменьшение очаговой неврологической симптоматики отмечено в 81,6% (I группа) и 60,0% (II группа) случаев. Положительная динамика по результатам ЭЭГ в основной и контрольной группах составила 94,7% и 88,0% соответственно. В основной группе у 86,8% пациентов выявлена отчетливая нормализация показателей церебральной гемодинамики,

Таким образом, применение комбинированной физиотерапии: транскраниальной электростимуляции и магнитотерапии в комплексном лечении больных с ги-

пертонической дисциркуляторной энцефалопатией более эффективно способствует снижению выраженности клинических симптомов, улучшению электрогенеза головного мозга в виде восстановления альфа-ритма, уменьшению признаков ликвородинамических нарушений, снижению степени дисфункции стволовых структур, восстановлению показателей церебральной гемодинамики, улучшению венозного оттока.

НАРУШЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ВЫСШИХ ФУНКЦИЙ И РАССТРОЙСТВА СНА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ Шмырев В.И., Кудаква А.М.

Клиническая больница №1 УДП, Москва

Цель. Исследование изменений некоторых высших функций (когнитивных, аффективных) и расстройств сна в остром периоде ОНМК различного характера и локализации, а также изучение взаимосвязи развивающихся изменений.

Методы. Для оценки состояния пациентов использовались: НИИ и шкала Оргогозо, шкала Бартел, MMSE, клиническая шкала депрессии и тревоги (HADS), скрининг - анкета на апноэ во сне, анкета субъективной оценки качества сна, данные КТ или МРТ.

В исследование включено 35 человек: 23 женщины и 12 мужчин, возраст от 45 до 85 (в среднем 66.54 +/- 9.69). Из них 26 человек с ишемическим инсультом (с локализацией у 12 в правом полушарии, у 11 в левом, у 3 в стволе), 9 человек с геморрагическим инсультом (с локализацией у 4 в правом полушарии, у 3 в левом, у 2 в стволе). Больные были обследованы в острейшем периоде (1-5 дней) и в подостром (14-30 дней). Для статистической оценки использовалась Statistica 5.0.

Результаты. В острейшем периоде ОНМК у некоторых пациентов были выявлены отклонения в аффективной сфере, когнитивные нарушения и расстройства сна.

Когнитивные нарушения (по MMSE \leq 25) выявлены у 37,1% больных; более выражены у пожилых (в группе с когнитивными нарушениями средний возраст 71.61 +/- 8.55, в группе без когнитивных расстройств 63.54 +/- 9.69); часто когнитивным расстройствам сопутствует депрессия (по клинической шкале балл депрессии \geq 7): в группе с когнитивными нарушениями средний балл депрессии 9.54 +/- 4.89, в то время как в группе без них 4.4 +/- 3.21.

Связь депрессии и когнитивных расстройств особенно выражена у пациентов с ишемическим инсультом в левом полушарии: средний балл депрессии в группе с когнитивными расстройствами 8.8 +/- 5.35, без них 3.16 +/- 2.4. У пациентов с геморрагическим инсультом выявляется связь со степенью неврологического и функционального дефицита: средний балл Оргогозо

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