

7. Ефимов А., Зуева Н., Скробонская Н. Диабетические ангиопатии: этиология и патогенез // Журнал Ліки України, листопад. — 2004. — С. 36—38.

8. Маньковский Б. Н. Снижение риска сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с сахарным диабетом // Здоров'я України. — № 10 (95), травень 2004. — С. 13.

9. Haffner S. M., Lehto S., Ronnema T. et al. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction // N. Engl. J. Med. — 1998; 339: 229—234.

10. Barrett-Connor E., Khaw K. T. Diabetes mellitus: an independent risk factor for stroke? // Am J. Epidemiol. — 1988; 128: 116—123.

11. Tuomilehto J., Rastenyte D., Jousilahti P., Sarti C., Vartiainen E. Diabetes mellitus as a risk factor for death from stroke: prospective study of the middle-aged Finnish population // Stroke. — 1996; 27: 210—215.

12. Lichtman J. H., Krumholz H. M., Wang Y. et al. Risk and predictors of stroke after myocardial infarction among the elderly: results from the Cooperative Cardiovascular Project // Circulation. — 2002; 105: 1082—1087.

13. Evans J. M., Wang J., Morris A. D. Comparison of cardiovascular risk between patients with type 2 diabetes and those who had a myocardial infarction: cross sectional and cohort studies // BMJ. — 2002; 324: 939—942.

14. Коваленко В. М., Лутай М. І. Серцево-судинні захворювання: Методичні рекомендації з діагностики та лікування // Здоров'я України. — К., 2005.

Надійшла до редакції 28.09.2006 р.

Т. С. Міщенко, І. В. Здесенко

Нейрометаболическая терапия цереброваскулярных нарушений у осіб з цукровим діабетом II типу

*Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України (м. Харків)*

Сьогодні цукровий діабет (ЦД) є одним із важливіших факторів ризику розвитку судинних уражень головного мозку. У хворих на ЦД частіше розвиваються атеротромботичні й лакунарні інсульти. Лікування й профілактика ЦВЗ у хворих на ЦД містить комплекс лікувальних заходів, спрямованих на корекцію гіперглікемії, супутніх факторів ризику, покращання мозкового кровотоку та метаболізму мозку з використанням солкосерілу.

Т. S. Mishchenko, I. V. Zdesenko

Neurometabolic therapy of cerebrovascular disorders in patients with diabetes mellitus of II type

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine (Kharkiv)*

Diabetes mellitus (DM) now is one of the main risk factors of cerebral vessels diseases (CVD). Atherothrombotic and lacunar strokes are often in patients with DM. The prevention and treatment of CVD in patients with DM is composed from complex measures for correction of hyperglycemia, risk factors, increasing of blood flow and brain metabolism including Solkoseril.

УДК: 616.831-005.4-88

Е. В. Песоцкая, аспирант

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України (г. Харків),
Центральна клінічна лікарня «Укрзалізниці» (г. Харків)

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Проблема цереброваскулярных заболеваний остается одной из наиболее актуальных в современной клинической медицине в связи с высокой частотой их развития и большим процентом инвалидизации и смертности. Самым распространенным и тяжелым по своим последствиям является инсульт. Только 10—20 % больных, перенесших мозговой инсульт, возвращаются к труду [1, 8]. У 33 % больных после инсульта развиваются когнитивные нарушения, у 30 % определяется гемипарез и у 27 % — речевые нарушения [9]. Почти треть больных в повседневной жизни нуждаются в посторонней помощи. В развитых странах 4 % финансовых затрат здравоохранения приходится на лечение инсульта [8]. Актуальна эта проблема и в Украине, где заболеваемость инсультом в 1,6 раза выше, чем в США и в странах западной Европы. 25 % инвалидизации взрослого населения в Украине обусловлено перенесенным инсультом [3, 5]. При этом острые нарушения мозгового кровообращения все чаще развиваются у лиц работоспособного возраста (до 64 лет) [4, 3]. Среди всех видов инсульта преобладают ишемические поражения мозга. В Украине ишемические нарушения мозгового кровообращения встречаются в 3,6 раза чаще, чем геморрагические [1]. Таким образом, ишемический инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости. Поэтому основные усилия должны быть сосредоточены на предупреждении возникновения инсульта, как наиболее

перспективном направлении в организации помощи пациентам с цереброваскулярными заболеваниями. Вторичная профилактика, направленная на предотвращение возникновения повторных нарушений мозгового кровообращения (НМК), представляется не менее важной клинической задачей. Общий риск повторного НМК в первые два года после перенесенного инсульта составляет от 4 до 14 %, причем в течение первого месяца повторный ишемический инсульт развивается у 2—3 % выживших, в первый год — у 10—16 %, позже — примерно у 5 % ежегодно, что в 15 раз превышает аналогичный показатель в общей популяции для соответствующего возраста и пола [6, 10].

Одними из первых и основных шагов во вторичной профилактике инсульта является определение подтипа первого инсульта согласно современной концепции его гетерогенности и модификация факторов риска определенного подтипа инсульта [2, 7].

Учитывая, что в структуре ишемических поражений мозга атеротромботический инсульт составляет 25—30 % [7, 9, 10], целью нашей работы явилось изучение особенностей клинического течения и факторов риска атеротромботического инсульта.

Для решения поставленной задачи нами было обследовано 98 больных в возрасте от 43 до 78 лет, перенесших атеротромботический инсульт. Мужчины составляли 72,4 %, женщины — 27,6 %. Из общего числа больных — 67 (68,37 %) были обследованы

в остром периоде инсульта, 31 (31,6 %) — в течение года после перенесенного сосудистого события.

Для объективной оценки степени тяжести мозгового инсульта применялась Скандинавская Шкала (сокращенный вариант). Большинство составляли пациенты со средней (24 чел.) и легкой (35 чел.) степенью тяжести мозгового инсульта (от 7 до 21 балла). Всем больным проводилось тщательное клинико-неврологическое обследование по специально разработанной карте. Из 98 обследованных больных у 41 (41,8 %) инсульт развился в правом полушарии головного мозга, у 57 (58,2 %) — в левом. У 95 пациентов (96,9 %) в патологический процесс были вовлечены бассейны средних мозговых артерий и лишь у 3 (3,1 %) пациентов ишемический инсульт развился в бассейне передней мозговой артерии.

Представляло интерес изучение факторов риска развития ишемического инсульта у обследованных больных. Были проанализированы следующие факторы риска: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (ИБС), перенесенный инфаркт миокарда, сахарный диабет, повторные инсульты, транзиторные ишемические атаки (ТИА), курение, храп во время сна, гиперхолестеринемия (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости факторов риска у обследованных больных

Факторы риска	Мужчины (n = 71)	Женщины (n = 27)
Артериальная гипертензия	54 (76,05 %)	21 (77,8 %)
Ишемическая болезнь сердца	29 (40,84 %)	9 (33,3 %)
Инфаркты миокарда в анамнезе	9 (12,67 %)	3 (11,1 %)
Сахарный диабет	9 (12,67 %)	10 (37 %)
Повторные инсульты	10 (14,08 %)	5 (18,5 %)
ТИА	7 (9,86 %)	2 (7,4 %)
Курение	41 (57,74 %)	0 (0 %)
Храп во время сна	56 (78,87 %)	13 (48,14 %)
Гиперхолестеринемия	42 (59,15 %)	14 (51,85 %)

Приведенные в таблице 1 данные указывают на то, что с одинаковой частотой как у мужчин, так и у женщин отмечались такие факторы риска, как артериальная гипертензия, ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, ТИА, гиперхолестеринемия. В 2,9 раза чаще у женщин отмечался сахарный диабет, в 1,3 раза чаще — повторные инсульты. Более половины (57,74 %) мужчин курили, в то время как среди обследованных женщин ни у одной не наблюдалось этой вредной привычки.

Из общего числа обследованных больных только у 13 мужчин — 18,3 % и у 4 женщин — 14,8 % отмечался один фактор риска. В остальных случаях у 28 (39,4 %) мужчин и у 13 (48,15 %) женщин имело место сочетание двух факторов риска, а у 57 (80,28 %) мужчин и 8 (29,6 %) женщин отмечалось сочетание трех и более факторов риска ишемического инсульта. Наиболее часто среди мужчин — у 40,84 % наблюдалось сочетание артериальной гипертензии, ИБС, курения, храпа во сне. У женщин чаще соче-

тались артериальная гипертензия, сахарный диабет, ИБС — 25,9 %.

Больные в остром периоде ишемического инсульта — 67 (68,36 %) — жаловались на слабость в левых или правых конечностях (92,86 %), нарушение чувствительности в них (38,76 %), расстройство речи (46,9 %), умеренную головную боль (24,5 %), головокружение (27,55 %). У 23,5 % пациентов симптомы инсульта возникли ночью, у 51 % — в ранние утренние часы (до 9 часов), у 13,3 % — в период с 9 часов утра до 12 дня и у 12,2 % — в другое время суток. У всех больных имело место прерывистое, ступенеобразное начало инсульта с постепенным нарастанием симптомов на протяжении нескольких часов — у 52,04 %, одних суток — у 31,6 %, нескольких суток — у 16,3 %.

В таблице 2 представлены объективные проявления заболевания в остром периоде в зависимости от степени выраженности мозгового инсульта.

В остром периоде атеротромботического инсульта у больных в неврологическом статусе преобладала следующая очаговая симптоматика: гемипарезы и гемиплегии контралатеральных ишемическому очагу конечностей — у 62 (92,5 %) пациентов. Нарушения мышечного тонуса в виде повышения по спастическому типу в паретичных конечностях отмечалось у 39 (58,2 %) пациентов, реже наблюдалась мышечная гипотония, преимущественно в нижней конечности. Централный парез мимической мускулатуры встречался у 42 (62,7 %) больных. Расстройство чувствительности у обследованных больных проявлялось преимущественно в виде гемигипестезии и отмечалось у 38 человек (56,7 %). Гемипарезы отмечались у 12 (17,9 %) больных. Псевдобульбарный синдром встречался у 20 (29,8 %) больных, подкорковые нарушения — у 15 (22,4 %) пациентов. При левополушарных очагах клиническая картина дополнялась частичной или тотальной моторной или сенсомоторной афазией — у 21 пациента (31,3 %). У больных, перенесших ишемический инсульт в правом полушарии, наблюдалась анозогнозия и аутопотогнозия — 7 (10,4 %). У 19 (28,4 %) пациентов наблюдалась корковая или псевдобульбарная дизартрия. Когнитивные нарушения в виде снижения памяти, концентрации внимания, интеллекта отмечалось у 14 (20,9 %) больных (при исследовании применялась шкала MMSE). Признаки депрессивного состояния в остром периоде начали проявляться у 5 (7,5 %) больных (оценка проводилась по шкале Гамильтона).

В группе пациентов в постинсультном периоде — 31 (31,6 %) основные жалобы были на слабость в левых или правых конечностях (90,3 %), нарушения чувствительности в них (58,06 %), речевые расстройства (54,8 %), снижение памяти (58,06 %), затруднения при ходьбе (29 %), головную боль (12,9 %), головокружение (9,7 %), снижение фона настроения, потерю интереса к жизни (16,1 %). Согласно Скандинавской Шкале все пациенты в постинсультном периоде имели легкую степень выраженности неврологических нарушений — от 15 до 21 балла.

Вышеизложенные данные указывают на преобладание в остром периоде ишемического инсульта жалоб общемозгового характера, а также двигательных и речевых расстройств.

Клинические проявления атеротромботического инсульта в остром периоде в зависимости от степени тяжести мозгового инсульта

Неврологические симптомы и синдромы	Легкая степень мозгового инсульта (n = 35)	Средняя степень мозгового инсульта (n = 24)	Тяжелая степень мозгового инсульта (n = 8)
Контралатеральный гемипарез	30 (85,7 %)	24 (100,0 %)	8 (100,0 %)
Центральный парез мимической мускулатуры	15 (42,86 %)	19 (79,2 %)	8 (100,0 %)
Гемигипестезия	11 (31,4 %)	21 (87,5 %)	6 (75,0 %)
Нарушения мышечного тонуса	12 (34,28 %)	19 (79,2 %)	8 (100,0 %)
Гемианопсия	8 (22,86 %)	3 (12,5 %)	1 (12,5 %)
Псевдобульбарный синдром	8 (22,86 %)	9 (37,5 %)	3 (37,5 %)
Подкорковый синдром	7 (20,0 %)	8 (33,3 %)	—
Моторная афазия	2 (5,7 %)	5 (20,8 %)	—
Сенсорная афазия	—	2 (8,3 %)	—
Сенсомоторная афазия	—	7 (29,2 %)	5 (62,5 %)
Дизартрия	7 (20 %)	10 (41,7 %)	2 (25,0 %)
Анозогнозия	—	4 (16,7 %)	3 (37,5 %)
Депрессия	—	5 (20,8 %)	—
Синдром умеренного когнитивного снижения	6 (17,1 %)	8 (33,3 %)	—

В постинсультном периоде больные гораздо реже жаловались на головные боли, головокружение, с одинаковой частотой отмечались жалобы, указывающие на двигательные и речевые нарушения, однако чаще звучали жалобы, затрагивающие интеллектуально-мнестическую и эмоционально-волевою сферы. Объективные проявления заболевания в постинсультном периоде представлены в таблице 3.

Таблиця 3
Объективные проявления заболевания в постинсультном периоде

Неврологический симптом или синдром	Количество пациентов, абс. ч. (%)
Контралатеральный гемипарез	28 (90,3 %)
Центральный парез мимической мускулатуры	10 (32,3 %)
Расстройства чувствительности	15 (48,4 %)
Нарушение мышечного тонуса	16 (51,6 %)
Гемианопсия	3 (9,7 %)
Псевдобульбарный синдром	12 (38,7 %)
Подкорковый синдром	6 (19,4 %)
Моторная афазия	3 (9,7 %)
Сенсомоторная афазия	7 (22,6 %)
Дизартрия	5 (16,1 %)
Депрессия	2 (6,5 %)
Синдром умеренного когнитивного расстройства	12 (38,7 %)
Деменция	4 (12,9 %)

Анализируя данные таблицы 3, видим, что в сравнении с неврологической симптоматикой больных в остром периоде инсульта у пациентов в постинсультном периоде также преобладали двигательные нарушения в виде контралатерального гемипареза — 90,3 %, нарушения мышечного тонуса в виде повышения его по спастическому типу в паретичных конечностях (51,6 %), реже отмечались нарушения чувствительности в виде гемигипестезии — 48,4 %, в два раза реже наблюдался центральный парез мимической мускулатуры — 32,3 %, у 9,7 % пациентов сохранялись элементы моторной, а у 22,6 % — сенсомоторной афазии. У 16,1 % пациентов отмечалась преимущественно псевдобульбарная дизартрия, подкорковый синдром встречался в 19,4 % случаев, псевдобульбарный — в 38,7 %. Однако в среднем почти в 2 раза возросло число пациентов с когнитивными нарушениями — 38,7 %, в 12,9 % случаев была диагностирована сосудистая деменция, подтвержденная данными шкалы Mini-mental State Examination (MMSE).

Таким образом, клиническими критериями постановки диагноза атеротромботического инсульта в обследованной группе больных послужило начало с постепенным нарастанием симптоматики в течение от нескольких часов (52,2 %) до нескольких суток (47,8 %). Характерным было развитие заболевания, как правило, в ночное время (23,9 %) или в ранние утренние часы (50,7 %). У 9,2 % больных развитию атеротромботического инсульта предшествовали транзиторные ишемические атаки в одном и том же каротидном бассейне, у 57,1 % пациентов отмечались признаки атеросклеротического поражения других сосудистых бассейнов (перенесенный инфаркт миокарда, облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей). Наиболее частыми и одинаковыми

по встречаемости среди мужчин и женщин оказались следующие факторы риска: артериальная гипертензия, ИБС, перенесенный инфаркт миокарда, ТИА, гиперхолестеринемия.

Проведенный комплекс исследований позволил определить и расширить клинические критерии атеротромботического инсульта, выявить главные факторы риска, которые необходимо учитывать при постановке диагноза в остром периоде и разработке стратегии вторичной профилактики мозгового инсульта.

Список литературы

1. Волошин П. В., Мищенко Т. С. Профилактика мозгового инсульта // Здоров'я України. — № 5, 2002. — С. 14.
2. Мищенко Т. С. Вторичная профилактика мозгового инсульта (рекомендации для практических врачей). — К., 2003. — 20 с.
3. Москаленко В. Ф., Волошин П. В., Петрашенко П. Р. Стратегія боротьби з судинними захворюваннями головного мозку // Український вісник психоневрології. — Т. 9, вип. 1 (26). — 2001. — С. 5—7.
4. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. — М.: Медицина, 2001. — 327 с.
5. Мищенко Т. С., Песоцкая Е. В. Состояние магистральных сосудов головы и шеи у больных, перенесших атеротромботический инсульт // Актуальні питання медичної науки та практики: 36. наук. праць. Вип. 67. — Запоріжжя, 2004. — С. 128—132.
6. Стаховская Л. В., Скворцова В. И., Чазова И. Е. Вторичная профилактика ишемического инсульта // Consilium medicum (спец. вып.). — 2003. — С. 35—38.
7. Верещагин Н. В., Гетерогенность инсульта: взгляд с позиций клинициста // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2003. — Инсульт (прилож.) (вып. 9). — С. 8—9.
8. Argentine C., Prencipe M. The burden of stroke: a need for prevention. In: Prevention of ischaemic stroke / C. Fieschi, M. Fisher (eds.). — Martin Dunitz, London, 2000. — P. 1—5.
9. Sudlow C. L., Warlow C. P. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological subtypes: results from an international collaboration. International Stroke Incidence Collaboration // Stroke. — 1997; 28: 491—499.
10. Leys D. Atherothrombosis: a major health burden // Cerebrovasc. Dis. — 2001, 11 (Suppl. 2): 1—4.

Надійшла до редакції 12.09.2006 р.

О. В. Песоцкая

Особенности клинического течения и факторы риска атеротромботического инсульта

*Институт неврологии, психиатрии та наркологии
АМН України (м. Харків),*

Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці (м. Харків)

Одним з головних кроків вторинної профілактики мозкового інсульту є визначення підтипу першого інсульту згідно з концепцією його гетерогенності та модифікація факторів ризику визначеного підтипу інсульту. Враховуючи, що атеротромботичний інсульт складає 25—30 % у структурі церебральних ішемічних подій, у роботі наведені результати клініко-неврологічного дослідження 98 хворих на атеротромботичний інсульт. Визначені головні клінічні критерії та фактори ризику атеротромботичного інсульту, які необхідно враховувати при встановленні діагнозу у гострому періоді інсульту та при проведенні вторинної профілактики.

О. V. Pisotska

The peculiarities of clinical course and risk factors of atherothrombotic stroke

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine (Kharkiv),*

Central clinical Hospital of Railway (Kharkiv)

One of the main steps in the postexposure prophylaxis of stroke is the determination of a first stroke subtype according to up-to-date conception of its heterogeneity and risk factors modification of the definite stroke subtype. Taking into consideration that atherothrombotic stroke amounts to 25—30 % in the structure of ischemic cerebral affection, this work presents the results of cliniconeurological examination of 98 patients with atherothrombotic stroke. The main risk factors of atherothrombotic stroke have been specified and defined; the clinical criteria of the given subtype of ischemic stroke have been determined and extended. The described criteria should be taken into account while making a diagnosis during acute period of cerebral stroke and while elaborating a strategy of postexposure prophylaxis.