



eISSN 2311-2468
Том 2, № 14. 2014
Vol. 2, no. 14. 2014

электронное периодическое издание
для студентов и аспирантов

Огарёв-онлайн Ogarev-online

<https://journal.mrsu.ru>



МАХРОВ В. В., МИРОНОВ Е. А., ЯХУДИНА К. Р., БОГДАШКИН П. М.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ И АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА
ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ ПРИ КАРОТИДНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ
И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

Аннотация. При выборе способа реваскуляризации головного мозга при каротидном атеросклерозе клиницисты останавливаются либо на проведении каротидной эндартерэктомии, либо каротидного ангиостентирования. Каротидная эндартерэктомия целесообразна при стенозе каротидных артерий свыше 75%, наличии выраженной патологической извитости и бляшек III–IV типов. Стентирование каротидных артерий рекомендуется при стенозе не более 75%, отсутствии протяженного процесса, патологической извитости и атеросклеротических бляшек IV типа. Установлено, что каротидная эндартерэктомия сопровождается меньшим процентом остаточного стеноза в сравнении с каротидным ангиостентированием. Положительный клинический эффект отмечен при обеих операциях, однако зависит от степени дооперационного неврологического дефицита.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, атеросклероз каротидных артерий, церебральная ишемия, хирургическое лечение, селективная ангиография, ангиостентирование, эндартерэктомия.

MAKHROV V. V., MIRONOV E. A., YAKHUDINA K. R., BOGDASHKIN P. M.
ULTRASONIC AND ANGIOGRAPHIC DIAGNOSTICS OF CEREBRAL
ISCHEMIA WITH CAROTID ATHEROSCLEROSIS AND THE RESULTS OF
REVASCULARIZATION OPERATIONS

Abstract. When choosing the method of brain revascularization in patients with carotid atherosclerosis, clinicians usually decide on either carotid endarterectomy or carotid stenting. Carotid endarterectomy is suitable in case of the carotid artery stenosis over 75%, severe pathological tortuosity and plaques of type III–IV. Stenting of the carotid artery is recommended in case of stenosis of no more than 75%, absence of a long process, pathologic tortuosity of atherosclerotic plaques of type IV. The study has showed that the carotid endarterectomy is accompanied by a smaller percentage of residual stenosis in comparison with the carotid artery stenting. A positive clinical effect was observed in both operations. However, the result depends on the degree of preoperative neurological deficit.

Keywords: ultrasonic diagnostics, carotid atherosclerosis, cerebral ischemia, surgical treatment, blood flow, selective angiography, stenting, endarterectomy.

Введение. На сегодняшний момент острые нарушения мозгового кровообращения приобретает все большую значимость в связи с высоким уровнем летальности, значительной инвалидизацией и социальной дезадаптацией перенесших его пациентов [11]. За последние десятилетия структура сосудистых заболеваний головного мозга характеризуется нарастанием ишемических форм поражения. Ишемический инсульт (ИИ) составляет 80% от всех сосудистых мозговых катастроф [4], в 65–80% случаев возникает внезапно, на фоне полного благополучия, без предварительных транзиторных ишемических атак (ТИА) или дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) [8]. Инфаркт мозга в структуре первичной заболеваемости составляет в среднем 27% и является одной из главных причин инвалидизации. Летальность колеблется от 25 до 30%, а у выживших остается высокий риск развития повторного ишемического эпизода [1].

Одной из ведущих причин развития ишемической болезни головного мозга является атеросклеротическое поражение экстракраниальных отделов внутренней сонной артерии (ВСА) от 26% до 46%, занимая по частоте первое место среди окклюзирующих поражений магистральных артерий головного мозга [4]. Широкое распространение стеноза ВСА дает основание полагать, что он служит основной из наиболее частых причин нарушений мозгового кровообращения.

В связи с этим, актуальной является проблема не только выбора оптимального метода лечения, но и своевременная диагностика гемодинамически значимых стенозов. Организация специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи на базе созданных первичных и региональных сосудистых центров предполагает оказание неотложной помощи пациентам с уже возникшей сосудистой катастрофой [5; 6]. В связи с этим, первостепенной задачей становится совершенствование мер профилактики инсульта [2; 3; 7; 10]. Поэтому, для оценки частоты, распространенности поражений экстракраниальных магистральных артерий, диагностической ценности методов инструментальной диагностики и уточнения показаний к различным вариантам реваскуляризации головного мозга в зависимости от данных цветного дуплексного ангиосканирования и ангиографии предпринято данное исследование.

Целью исследования является улучшение диагностики и результатов лечения больных с окклюзионными поражениями экстракраниальных магистральных артерий.

Материал и методы. Предметом нашего исследования стали 135 клинических наблюдения пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных артерий, находившихся на стационарном лечении в хирургической клинике на базе ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница № 4» с 2011 по 2012 гг. Среди пациентов было 83 мужчины и 52

женщины. Средний возраст составил $63 \pm 0,4$ года. При этом преобладали женщины старше 70 лет и мужчины от 60 до 70 лет. 95 (71 %) больных поступили в стационар по причинам, непосредственно связанными с атеросклерозом брахиоцефальных артерий (АС БЦА). Из них 55 (58%) пациентов с острой мозговой катастрофой ишемического характера, остальные 40 (42%) больных с клиникой ДЭП. На долю ишемического инсульта (ИИ) в структуре острых мозговых катастроф приходится 64% против 36% больных с геморрагическим инсультом. У 95% пациентов отмечена гипертоническая болезнь II, III стадии, у 67 (50%) – ИБС, а у 12 (9%) – облитерирующий атеросклероз нижних конечностей.

Цветное дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий выполнялось на аппарате GeneralElectric Vivid 7. Определялись локализация, размеры, протяженность, гемодинамическая значимость поражения для церебральной циркуляции и степень атеросклеротического сужения магистральных артерий, а также оценивалась морфологическая структура и наличие осложнений в бляшке, сосудистая геометрия (выявление патологической C- и S- извитости) сонных артерий.

По гемодинамической значимости для церебральной циркуляции все стенозы ВСА были подразделены на 3 группы (по Покровскому А. В.): гемодинамически незначимый – стеноз ВСА $<50\%$, гемодинамически значимый – стеноз ВСА $50 - 75\%$, критический – стеноз ВСА $>75\%$.

При оценке морфологии все атеросклеротические бляшки были подразделены на четыре типа согласно классификации Grey–Weale (1988): I тип – гипозоногенные однородные (стабильная, фиброзная); II тип – гипозоногенные неоднородные (нестабильная, эмболоопасная); III тип – экзогенные неоднородные (осложненная); IV тип – экзогенные однородные (кальцинированная).

Транскраниальная доплерография сосудов головного мозга проводилась также на ультразвуковом аппарате GeneralElectric Vivid 7. При этом определялись показатели для объективизации состояния церебральной гемодинамики: пиковая скорость кровотока (ПСК), средняя скорость кровотока (ССК) основных сосудов головного мозга (средняя (СМА), передняя (ПМА), задняя (ЗМА) мозговые артерии, позвоночные (ПА). При этом выявляли, так называемую, асимметрию мозгового кровотока – различие скоростных показателей в церебральных сосудах на стороне поражения (ипсилатеральной) и на противоположной стороне (контралатеральной). Кроме собственно скорости кровотока для оценки церебральной гемодинамики имело место вычисление некоторых относительных показателей, таких как систоло-диастолический коэффициент (отношение максимальной

систолической линейной скорости кровотока к минимальной диастолической); а также индекс пульсации – отношение разности максимальных величин систолической и диастолической скорости кровотока к средней максимальной скорости кровотока.

За норму были приняты величины показателей скорости кровотока в артериях мозга, предложенных коллективом авторов НИССХ РАМН им. А. Н. Бакулева.

Ангиография брахиоцефальных артерий проводилась с помощью аппарата «Angioscop» фирмы «Siemens» (Германия) в Региональном сосудистом центре пациентам непосредственно перед выполнением каротидной ангиопластики со стентированием. При этом оценивались локализация, размеры, протяженность, гемодинамическая значимость поражения, степень атеросклеротического сужения магистральных артерий, а также анатомические особенности и сосудистая геометрия сонных артерий.

Результаты. Общемозговая симптоматика была выявлена у 110 пациентов (81%), у 25 пациентов (19%) наблюдали асимптомное течение каротидного атеросклероза, у 10 из них первым проявлением явилась ишемическая атака. Важно то, что при этом у 70% наблюдали стеноз ВСА <50% (в среднем $43,0 \pm 0,7\%$) и у 30% – стеноз ВСА от 50 до 75% (в среднем $58,0 \pm 1,7\%$).

Цветное дуплексное сканирование было проведено всем пациентам, включенным в исследование. В зависимости от степени стеноза ВСА были распределены на 3 группы: 1 группа – 32 пациентов (24%) со стенозом ВСА <50%, 2 группа – 70 (51%) со стенозом ВСА от 50 до 75% и 3 группу составили 33 больных (25%), процент стеноза ВСА у которых достигал критической отметки (>75%).

В зависимости от клинической стадии сосудисто-мозговой недостаточности (СМН) были выделены 4 группы пациентов (по А. В. Покровскому, 1976): I группу составили 25 больных (19%) с бессимптомной стадией, II группа – с преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) – 19 (14%), III группа – с клиникой дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) – 26 (19%), IV группа – с ишемическим инсультом или его последствиями – 65 (48%). Каждой клинической стадии СМН соответствует определенная степень стеноза: у пациентов с I стадии средняя степень стеноза ВСА составляла $47 \pm 1,2\%$, II – $53 \pm 1,1\%$, III – $69 \pm 0,6\%$, IV – $74 \pm 1\%$.

После перенесенного ишемического инсульта 15 больных (11%) получили группу инвалидности: 3 (20%) – III группу, 12 (80%) – II группу. Средний возраст этих пациентов составил $62,4 \pm 1,9$ лет, а средний процент стеноза ВСА – $60 \pm 4,7$.

С увеличением степени стеноза возрастала частота сочетанного поражения различных артериальных бассейнов: каротидного, коронарного, артерий нижних

конечностей, а также частота билатерального каротидного атеросклероза. У 63 пациентов (47%) наблюдали изолированное поражение каротидного бассейна, у 60 (44%) – каротидного и коронарного, у 5 (4%) – каротидного и артерий нижних конечностей, у 7 (5%) – каротидного, коронарного и артерий нижних конечностей.

С увеличением степени стеноза отмечали усиление структурной гетерогенности атеросклеротической бляшки (АСБ): при гемодинамически незначимых стенозах преобладали гомогенные бляшки (74%), а при критических стенозах – гетерогенные (94%). I тип бляшек наблюдали у 32 больных (24%), II тип – у 34 (25 %), III тип – у 38 (28%), IV тип – у 31 пациентов (23%).

Атеросклеротический процесс чаще поражал бифуркацию ОСА, а также устье и луковцу ВСА: у 105 пациентов (78%) стенозирующий процесс наблюдали в области бифуркации ОСА, у 49 (36%) – в области устья ВСА, у 39 (29%) – в области луковцы ВСА.

С увеличением степени стеноза ВСА происходило увеличение частоты клинических симптомов. При увеличении степени стеноза отмечали возрастание частоты ишемических атак: при стенозах меньше 50% атаки отмечены у 13 больных (41%), при стенозах 50–75% – у 22 (31 %), при стенозах больше 75 % – у 17 больных (52%). При стенозе ВСА от 50 до 75% выявлен атеротромботический тип инсульта, а при стенозах более 75% – гемодинамический тип.

При увеличении степени стеноза наблюдали увеличение частоты патологической извитости ВСА. Так, в группе больных с критическим стенозом данная патология встречалась у 14 пациентов (42%), тогда как в группе пациентов со стенозом ВСА от 50 до 75% у 13 (19%).

При транскраниальной доплерографии устанавливали влияние стенотического процесса на состояние церебральной гемодинамики, а также оценивали состояние и возможности коллатерального кровообращения. У пациентов со стенозом 50–75% наблюдали значительное снижение скоростных показателей в СМА и ПМА на ипсилатеральной стороне и некоторое увеличение ССК в СМА (асимметрия кровотока – 21%) и ПМА (асимметрия кровотока – 16%) на противоположной стороне. При этом наблюдали увеличение скорости кровотока по ЗМА с обеих сторон. Увеличение ССК в ПМА и СМА противоположной стороны и в ЗМА обеих сторон говорит об активации коллатерального кровообращения. В группе больных со стенозом ВСА более 75% отмечали еще большее снижение скоростных показателей, причем во всех церебральных

сосудах с обеих сторон, что свидетельствует о большей гемодинамической значимости данной степени стеноза.

Ангиография проведена 24 (17,8%) из 135 больных, которым при ЦДС установлена возможность выполнения эндоваскулярных операций. При проведении ангиографии определялись степень стеноза, его локализацию, протяженность, морфология атеросклеротической бляшки, анатомические особенности БЦА, которые были крайне необходимы для уточнения возможности технического исполнения эндоваскулярной коррекции стенотического поражения. На основании ангиографических данных было принято решение о проведении каротидной ангиопластики со стентированием 21 пациенту (87,5%). У трех пациентов выраженная патологическая извитость не позволила выполнить ангиостентирование.

Каротидная эндартерэктомия на основании данных цветного дуплексного сканирования была выполнена 22 пациентам (17%). Эффективность способа реваскуляризации оценивали по наличию остаточного стеноза, его степени, послеоперационных осложнений. Частота остаточного стеноза была меньше в группе пациентов, которым была проведена КЭАЭ – 4 случая (19%), в группе больных после КАС – 13 случаев (59%). Меньшим был и средний процент остаточного стеноза – $18 \pm 3,6\%$ и $34 \pm 5,7\%$ после КЭАЭ и КАС соответственно. Продолжительность послеоперационного периода после КАС и КЭАЭ была различной: $4 \pm 0,14$ дня и $9 \pm 0,45$ дней. Послеоперационные осложнения стентирования мы не наблюдали за исключением 4 случаев гематом в месте пункции бедренной артерии и стояния интродьюссера. После традиционной каротидной эндартерэктомии наблюдали 2 случая кровотечения, 4 случая гематомы шеи, 2 случая повреждения возвратного гортанного нерва.

Мы исследовали динамику клинических симптомов до и после операции. До операции у пациентов наблюдали клинические симптомы поражения как каротидного (53%), так и вертебро-базиллярного бассейнов (57%). В процессе лечения регрессировали общемозговые симптомы (у 80% больных), в виде значительного уменьшения выраженности головных болей, головокружений, шума в голове. Координаторные расстройства уменьшались у 22 человек, а пирамидные симптомы – у 19 больных. Наиболее стойкими оказались проявления неврологического дефицита у больных с остаточными явлениями перенесенного ишемического инсульта.

Нами был проведен анализ информативности ЦДС БЦА и каротидной ангиографии. Мы выявили, что средний процент стеноза ВСА в группе больных, по данным ЦДС, составил $69 \pm 2,6\%$. По данным же каротидной ангиографии, выполненной

непосредственно перед выполнением каротидного ангиостентирования, средний процент стеноза ВСА составил $72 \pm 2,6\%$. Среднее значение остаточного стеноза по данным этого метода составило $16 \pm 2,9$. Среднее значение остаточного стеноза в данном случае составило $12 \pm 2,4$. Попарно оценивая эти результаты мы не выявили достоверных различий между ними.

Таким образом, цветное дуплексное сканирование каротидных артерий позволяет объективизировать различные клинические проявления сосудисто-мозговой недостаточности. При стенозе менее 50% преобладал изолированный каротидный атеросклероз (87%). У 53% больных клинически выраженный и гемодинамически значимый атеросклероз в других бассейнах сочетался с еще более выраженным стенозом в каротидных артериях. Это требует проведения ЦДС каротидных артерий с ТКДГ мозговых сосудов в обязательном порядке при распространенном атеросклерозе. В определении лечебной тактики линейная и объемная скорости кровотока при ТКДГ не имели существенного значения особенно при выраженном стенозе вследствие коллатеральной компенсации кровообращения. Для решения вопроса о возможности выполнения каротидной эндартерэктомии вполне оправдано применение цветного дуплексного сканирования, а проведение каротидного ангиостентирования возможно только после ангиографического исследования. Каротидная эндартерэктомия показана при стенозе в бассейне внутренней сонной артерии свыше 75%, наличии выраженной патологической извитости и бляшек III–IV типов. Каротидное ангиостентирование целесообразно при стенозе не более 75% по данным цветного дуплексного сканирования, отсутствии протяженного процесса, патологической извитости и атеросклеротических бляшек IV типа. Установлено, что каротидная эндартерэктомия сопровождается меньшим процентом остаточного стеноза в сравнении с каротидным ангиостентированием, но несколько большим послеоперационным периодом ($9 \pm 0,45$ дней в сравнении с $4 \pm 0,14$ днями соответственно). Положительный клинический эффект отмечен при обеих операциях, однако зависит от степени дооперационного неврологического дефицита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л. А., Гудкова Р. Г. Сердечно-сосудистая хирургия. – М.: Изд-во НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2004. – 750 с.
2. Кучеренко С. С. Каротидная эндартерэктомия и каротидное стентирование: за и против // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – № 3. – С. 220–225.

3. Парфенов В. А., Вербицкая С. В. Международные рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта и их реализация в амбулаторной практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – № 1. – С. 16–21.
4. Покровский А. В. Клиническая ангиология: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2004. – Т. 1. – 808 с.
5. Скворцова В. И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации. Сборник методических рекомендаций, программ, алгоритмов. – М.: Литтерра, 2007. – 192 с.
6. Скворцова В. И., Стаховская Л. В. Комплекс мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в Российской Федерации // Сердечно-сосудистая патология. Современное состояние проблемы. – М.: Медиа Медика, 2009. – С. 266–273.
7. Явелов И. С. Ацетилсалициловая кислота и профилактика инсульта у больных группы высокого риска // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009. – № 3-4. – С. 64–69.
8. Inzitari D., Eliasziw M., Gates P. et al. The causes and risk of stroke in patients with asymptomatic internal-carotid-artery stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators // N. Engl. J. Med. – 2000. – Vol. 342. – pp. 693–700.
9. Kleindorfer D., Panagos P., Pancioli A. et al. Incidence and short-term prognosis of transient ischemic attack in a population-based study // Stroke. – 2005. – Vol. 36. – pp. 720–723.
10. Sacco R. L., Adams R., Albers G. et al. Guidelines for Prevention of Stroke in Patients with Ischemic Stroke or Transient Ischemic Attack: American Stroke Association // Stroke. – 2006. – Vol. 37. – pp. 577–617.
11. White H., Boden-Albala B., Wang C. et al. Ischemic stroke subtype incidence among whites, blacks, and Hispanics: the Northern Manhattan Study // Circulation. – 2005. – Vol. 111. – pp. 1327–1331.

КОВАЛЕВ А. А., ЩАПОВ В. В., МИРОНОВ Е. А., ЯХУДИНА К. Р.
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ СИНДРОМЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИИ
НА ФОНЕ КАРОТИДНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Аннотация. В статье представлены результаты проведения реваскуляризирующих операций 32 пациентам методами каротидной эндартерэктомии и каротидной ангиопластики со стентированием. После ангиостентирования были случаи гематомы в месте введения интрадьюссера, после каротидной эндартерэктомии – случаи кровотечения, гематомы шеи, повреждения возвратного гортанного нерва. Положительный клинический эффект достигнут у всех оперированных больных. Неврологический дефицит сохранился у 12% пациентов с критическим стенозом обеих ВСА, распространенным атеросклеротическим процессом, остаточными явлениями перенесенных ишемических инсультов в обоих полушариях.

Ключевые слова: каротидная эндартерэктомия, стентирование сонных артерий, ишемический инсульт, стеноз сонных артерий, атеросклероз, брахиоцефальные артерии, профилактика инсульта, асимптомные стенозы, симптомные стенозы.

KOVALEV A. A., SHCHAPOV V. V., MIRONOV E. A., YAKHUDINA K. R.
THE IMMEDIATE OUTCOMES OF REVASCULARIZED OPERATIONS
IN PATIENTS WITH CEREBRAL ISCHEMIA SYNDROME
WITH CAROTID ATHEROSCLEROSIS

Abstract. The article considers the results of revascularization surgeries of 32 patients by the methods of carotid endarterectomy and carotid angioplasty and stenting. After carotid stenting, there were cases of hematoma at the introducer injection site. After carotid endarterectomy, there were cases of bleeding, bruising neck, recurrent laryngeal nerve injury. The positive clinical effect was achieved in all operated patients. Neurological deficit remained in 12% of patients with critical stenosis of both internal carotid arteries, advanced atherosclerotic process, residual effects of ischemic stroke in both hemispheres.

Keywords: carotid endarterectomy, carotid stenting, ischemic stroke, carotid stenosis, atherosclerosis, brachiocephalic arteries, stroke prevention, asymptomatic stenosis, symptomatic stenosis.

Введение. Одной из ведущих причин развития ишемической болезни головного мозга является атеросклероз экстракраниальных отделов внутренней сонной артерии (ВСА), занимая по частоте первое место среди стенотических поражений магистральных артерий головного мозга [4; 5; 6]. В настоящее время каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) является стандартом в реваскуляризации головного мозга и в профилактике инсультов при стенозах сонной артерии (СА) [1; 7]. В клиниках, занимающихся этой проблемой, операционная летальность составляет менее 2%, а частота периоперационного инсульта 1–4% [4], рестеноза – менее 1,5%. По различным данным, 0,6–13,5% рестенозов СА ведет к возобновлению неврологической симптоматики на фоне кажущегося полного благополучия. Внедрение в клиническую практику высокоинформативных УЗ-методов диагностики вызвало новую волну интереса к проблеме рецидивного поражения после КЭАЭ. В связи с этим, актуальной является проблема как своевременной диагностики гемодинамически значимых стенозов, выбора оптимального метода лечения, так и совершенствование мер профилактики инсульта [1; 3; 8].

Целью исследования является улучшение диагностики и результатов лечения больных с стено-окклюзионным каротидным атеросклерозом как причиной синдрома церебральной ишемии.

Материал и методы. Материалом для нашего исследования стали 135 клинических наблюдений пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных артерий (БЦА), находившихся на стационарном лечении в хирургической клинике на базе ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №4» с 2011 по 2013 гг. Клинические наблюдения были подвергнуты ретроспективному анализу.

Среди пациентов было 83 мужчины и 52 женщины. Большинство пациентов поступило в стационар в связи с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) по типу ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки (41%), что является грозным осложнением каротидного атеросклероза. С клиникой прогрессирующей ДЭП поступили 30% больных. В итоге 71% больных поступили в стационар по причинам, непосредственно связанным с каротидным атеростенозом.

Всем больным клинический диагноз был установлен на основании анализа клинико-анамнестических данных, результатов дополнительных методов обследования: сбор жалоб и анамнеза; физикальное обследование; стандартные лабораторные тесты; электрокардиография; цветное дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий; транскраниальная доплерография (ТКДГ) сосудов головного мозга.

При тяжелом состоянии пациента, речевых нарушениях, выраженном мнестико-интеллектуальном снижении сбор анамнеза и жалоб проводился со слов больного или его родственников. При анализе анамнестических данных внимание акцентировалось на следующих моментах: длительность заболевания, длительность стационарного пребывания пациента, наличие сопутствующей патологии (гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ИБС, заболевания артерий нижних конечностей, ожирение), наличие ОНМК в анамнезе, наличие инвалидности в связи с перенесенным ишемическим инсультом.

При оценке клинической картины все пациенты были подразделены на 4 группы в соответствии со стадиями нарушения мозгового кровообращения, предложенными А. В. Покровским (1976): 1 группа – с бессимптомной стадией; 2 – с клиникой преходящего нарушения мозгового кровообращения; 3 – с хронической недостаточностью мозгового кровообращения; 4 группа – с ишемическим инсультом или его последствиями.

Цветное дуплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий выполнялось на аппарате GE Vivid 7. Это исследование предполагало определение локализации, размеров, протяженности, гемодинамической значимости поражения для церебральной циркуляции и степени атеросклеротического сужения магистральных артерий, а также выявление морфологической структуры и наличие осложнений (кровоизлияний и изъязвлений) в бляшке, оценку сосудистой геометрии (выявление патологической C- и S- извитости) сонных артерий.

По гемодинамической значимости для церебральной циркуляции все стенозы внутренней сонной артерии (ВСА) были подразделены на 3 группы (по Покровскому А. В.): гемодинамически незначимый – стеноз ВСА <50%, гемодинамически значимый – стеноз ВСА 50 – 75%, критический – стеноз ВСА >75%.

При оценке морфологии все атеросклеротические бляшки были подразделены на четыре типа согласно классификации Grey–Weale (1988): I тип – гипоехогенные однородные (стабильная, фиброзная); II тип – гипоехогенные неоднородные (нестабильная, эмболоопасная); III тип – эхогенные неоднородные (осложненная); IV тип – эхогенные однородные (кальцинированная).

Транскраниальная доплерография сосудов головного мозга проводилась пациентам на аппарате GE Vivid 7. При этом определялись показатели для объективизации состояния церебральной гемодинамики: пиковая скорость кровотока (ПСК), средняя скорость кровотока (ССК) основных сосудов головного мозга (средняя (СМА), передняя (ПМА), задняя (ЗМА) мозговые артерии, позвоночные (ПА). При этом выявляли, так называемую,

ассиметрию мозгового кровотока – различие скоростных показателей в церебральных сосудах на стороне поражения (ипсилатеральной) и на противоположной стороне (контралатеральной). Кроме собственно скорости кровотока для оценки церебральной гемодинамики имело место вычисление некоторых относительных показателей, таких как систоло-диастолический коэффициент; а также индекс пульсации.

Результаты и обсуждение. Реваскуляризирующие операции были проведены 43 больным (32%): 22 больным (51%) была проведена каротидная эндартерэктомия, 21 больному (49%) – каротидная ангиопластика со стентированием. Преобладали мужчины – 37 (86%) над женщинами – 6 (14%). Средний возраст составил $61,3 \pm 0,7$ лет. Средний процент стеноза составил $70 \pm 2,2\%$. Основной сопутствующей патологией у 40 больных (93%) была артериальная гипертензия, у 29 (67%) – ИБС, у 15 (35%) – ХСН, у 4 пациентов (9%) – сахарный диабет. Реваскуляризирующие операции выполнены 8 пациентам (19%), являющимся инвалидами по поводу перенесенного ишемического инсульта. Всем больным проводилась оценка неврологической симптоматики как в дооперационном, так и в раннем (1–3 день, 6–7 дни) послеоперационном периоде.

Анализ характера и частоты жалоб до хирургического лечения показал полиморфизм клинической симптоматики. Отмечено наличие симптомов поражения как каротидного (53%), так и вертебро-базиллярного бассейнов (57%). У 39 пациентов (91%) преобладала общемозговая симптоматика. Это можно объяснить наличием преимущественно критической и гемодинамически значимой степени стеноза ВСА. Немалую роль в клинических проявлениях у 17 пациентов (40%) играли последствия перенесенных ишемических инсультов, патологические извитости ВСА у 15 больных (35%).

В группе больных, которым проведены реваскуляризирующие операции, по данным ЦДС гемодинамически значимые стенозы ВСА установлены у 19 пациентов (44%), критические – у 24 (56%) (табл. 1). Билатеральное поражение БЦА отмечено у 40 (93%), одностороннее – лишь у 3 пациентов (7%).

Т а б л и ц а 1

Частота и степень каротидного атеростеноза по данным ЦДС

	sOCA	dOCA	sBCA	dBCA	sHCA	dHCA
<50%	10 (23%)	8 (19%)	2 (5%)	8 (19%)	6 (14%)	3 (7%)
50-75%	18 (42%)	16 (37%)	15 (35%)	11 (26%)	7 (16%)	5 (12%)
>75%	0	0	16 (37%)	15 (35%)	2 (5%)	3 (7%)
окклюзия	0	0	2 (5%)	3 (7%)	0	0

По данным ЦДС в группе пациентов, которым проведены реваскуляризирующие операции, I тип атеросклеротической бляшки не отмечен ни у одного пациента, II тип – у 11 (26%), III тип – у 13 (30%). Эти бляшки отличаются повышенной эмболоопасностью и обуславливают развитие ишемического инсульта атеротромботического типа. Кальцинированные бляшки (IV тип) отмечены у 19 пациентов (44%), свидетельствующие о длительно протекающем атеросклеротическом процессе, обуславливают значительное нарушение локальной и региональной гемодинамики и высокий риск развития ишемических атак гемодинамической природы. Поэтому вероятность ишемического инсульта была отмечена при всех типах АСБ, при которых проводилось хирургическое лечение.

По данным ангиографического исследования показания к проведению каротидной ангиопластики со стентированием установлены у 21 пациента (16%) (мужчин – 18 (85,7%), женщин – 3 (14,3%). Преобладали больные старше 60 лет – 16 (76,2%). Стентирование проведено было чаще правой ВСА – у 12 больных (57%), реже левой – у 9 (43%).

Каротидная эндатерэктомия 22 пациентам (17%) выполнена на основании данных цветного дуплексного сканирования (мужчин – 19 (86,4%), женщин – 3 (13,6%). У 12 пациентов (55%) операция выполнена на правой, а у 10 (45%) – на левой ВСА. Пациентов моложе 45 лет не было, в возрасте от 45 до 60 лет было 10 больных (45,5%), старше 60 лет – 12 пациентов (54,5%).

Нами оценивалась эффективность способа реваскуляризации по наличию остаточного стеноза, его степени, послеоперационных осложнений. Частота остаточного стеноза была меньше в группе пациентов, которым была проведена КЭАЭ – 4 случая (19%), в группе больных после КАС – 13 случаев (59%). Меньшим был и средний процент остаточного стеноза – $18 \pm 3,6\%$ и $34 \pm 5,7\%$ после КЭАЭ и КАС соответственно.

Послеоперационные осложнения стентирования мы не наблюдали за исключением 4 случаев гематом в месте пункции бедренной артерии и стояния интродьюссера. После традиционной каротидной эндартерэктомии наблюдали 2 случая кровотечения, 4 случая гематомы шеи, клинически проявляющейся болью на стороне операции, чувством неловкости при повороте головы, 2 случая повреждения возвратного гортанного нерва с характерной осиплостью голоса у больных.

Продолжительность послеоперационного периода после КАС и КЭАЭ была различной: $4 \pm 0,14$ дня и $9 \pm 0,45$ дней у больных соответственно, т. е. после выполненной КАС больные находились в стационаре в среднем на 5 дней меньше, нежели больные после выполнения им КЭАЭ. Такое различие связано с малой инвазивностью, отсутствием операционной травмы, отсутствием необходимости применения общего обезболивания,

меньшим операционным риском, меньшей частотой осложнений рентгенэндоваскулярных методов лечения по сравнению с традиционными.

В динамике можно отметить положительный клинический эффект у всех 43 больных после проведения реваскуляризирующей операции: уменьшение выраженности или полный регресс основных симптомов ишемической болезни головного мозга. У 6 пациентов (14%) с клиникой легкой степени ДЭП прослеживалось существенное влияние улучшенных гемодинамических условий, что нашло отражение в полном регрессе неврологических расстройств. У 20 больных (47%) положительная динамика отмечена в виде сохранения минимальной степени неврологического дефицита на 1–3 день после операции и существенного регресса (или полного купирования) неврологических симптомов на 6–7 дни.

У 12 больных (28%) с остаточными явлениями перенесенных ишемических инсультов на 1–3 день после операции сохранилась умеренная степень неврологических расстройств, к 6–7 дню наблюдалось дальнейшее снижение неврологического дефицита в виде уменьшения пирамидных и глазодвигательных расстройств, дисфагии, улучшения координации и когнитивных функций.

Выраженная степень неврологического дефицита сохранилась у 5 пациентов (12%) с критическим стенозом обеих ВСА, распространенным атеросклеротическим процессом, гемодинамически значимой патологической извитостью ВСА, остаточными явлениями перенесенных ишемических инсультов в обоих полушариях.

Умеренный характер восстановления функциональной активности мозговых структур у больных с инсультами в анамнезе и у больных с ДЭ подтверждал значительный уровень дегенеративно-деструктивных изменений мозговой ткани на фоне декомпенсированной цереброваскулярной недостаточности.

Повторных транзиторных ишемических атак, острых нарушений мозгового кровообращения и прогрессирования хронической недостаточности мозгового кровообращения не выявили, что свидетельствуют о достаточном уровне перфузионного давления в результате реконструированного церебрального кровотока. Наиболее отчетливый эффект отмечен у больных с начальными проявлениями неврологического дефицита. По мере нарастания тяжести симптоматики степень благоприятного влияния оперативного вмешательства уменьшается.

Таким образом, в процессе лечения регрессировали общемозговые симптомы (у 80% больных) в виде значительного уменьшения выраженности головных болей, головокружений, шума в голове. Отмечено уменьшение явлений астено-невротического

синдрома, тревоги, раздражительности, общей слабости, нарастание объема памяти и концентрации внимания. Выраженность координаторных нарушений снизилась у 22 человек, а пирамидных – у 19 больных. Наиболее стойкими оказались проявления неврологического дефицита у больных с клиникой ранее перенесенного ишемического инсульта.

Выводы. Таким образом, использование цветного дуплексного сканирования в диагностике каротидного атеросклероза позволяет уточнить показания к ангиографии сонных и мозговых артерий, оптимизировать лечебную тактику, а дифференцированный подход к выбору способа реваскуляризации головного мозга существенно улучшить качество лечения больных. Установлено, что каротидная эндартерэктомия сопровождается меньшим процентом остаточного стеноза в сравнении с каротидным ангиостентированием, но несколько большим послеоперационным периодом ($9 \pm 0,45$ дней в сравнении с $4 \pm 0,14$ днями соответственно). Положительный клинический эффект отмечен при обеих операциях, однако зависит от степени дооперационного неврологического дефицита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кучеренко С. С. Каротидная эндартерэктомия и каротидное стентирование: за и против // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2011. – № 3. – С. 220–225.
2. Орлов А. Е. Каротидная эндартерэктомия в профилактике ишемических инсультов // Вестник Самарского государственного университета. – 2006. – № 6-2. – С. 195–199.
3. Парфенов В. А., Вербицкая С. В. Международные рекомендации по вторичной профилактике ишемического инсульта и их реализация в амбулаторной практике // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2011. – № 1. – С. 16–21.
4. Покровский А. В. Эверсионная каротидная эндартерэктомия // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2001. – Т. 7, № 2. – С. 105–106.
5. Покровский А. В. Клиническая ангиология: Руководство для врачей – М.: Медицина, 2004. – Т. 1. – 808 с.
6. Покровский А. В., Белоярцев Д. Ф., Федоров Е. Е. Отдаленные результаты протезирования внутренней сонной артерии при атеросклеротическом поражении // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2009. – Т. 15, №4. – С. 87–97.
7. Портнягина Е. В., Дарижапов С. Б., Шаристепанова С. Э., Портнягин А. Ф. Сравнительный клинико-экономический анализ каротидного стентирования и эндартерэктомии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – № 4. – С. 41–44.

8. Явелов И. С. Ацетилсалициловая кислота и профилактика инсульта у больных группы высокого риска // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009. – № 3-4. – С. 64–69.

ПАРКИНА М. И., МАХРОВ В. В., ЩАПОВ В. В., ВЕДЯШКИНА О. С.
УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ
НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Аннотация. В статье рассматриваются результаты ультразвуковой диагностики острых венозных тромбозов нижних конечностей у 334 пациентов. У 32% больных выявлены массивные тромбы на кава-фильтре после его имплантации, у 17% больных обнаружены флотирующие тромбы ниже места пликации вены, что подтверждает необходимость срочной хирургической профилактики ТЭЛА и ее высокую эффективность.

Ключевые слова: сонография, доплерография, тромбоз вен, тромб, кава-фильтр, вены нижних конечностей.

PARKINA M. I., MAKHROV V. V., SHCHAPOV V. V., VEDYASHKINA O. S.
ULTRASOUND DIAGNOSIS OF ACUTE VENOUS THROMBOSIS
OF THE LOWER EXTREMITIES

Abstract. The article considers the results of ultrasonic diagnosis of acute venous thrombosis of the lower extremities in 334 patients. 32% of patients showed massive blood clots on the cava filter after implantation. 17% of patients showed floating clots below the vein plication. The ultrasound diagnosis confirms the need for an urgent surgical prophylaxis of pulmonary embolism, and its high efficiency.

Keywords: ultrasound, Doppler, blood clot, venous thrombosis, cava-filter, veins of the lower extremities.

Введение. Острые венозные тромбозы нижних конечностей – одна из важнейших по практической и научной значимости проблем клинической флебологии. Флеботромбозы чрезвычайно распространены среди населения, консервативное лечение недостаточно эффективно, высок уровень временной и стойкой утраты трудоспособности [5; 6]. Часто клиника стертая, а первым симптомом венозных тромбозов становится тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), являющаяся одной из ведущих причин послеоперационной летальности. В связи с этим очень важна своевременная диагностика эмбологенных состояний с использованием доступных и неинвазивных способов. Данным критериям отвечает ЦДС нижних конечностей, хотя работ, посвященных исследованию эхоэмиотики флотирующих тромбов не много [1; 7; 8; 9]. До сих пор отсутствует единая точка зрения в определении ультразвуковых критериев эмбологенных тромбов. Недостаточный уровень информации об эмбологенных свойствах флотирующих тромбов объясняет отсутствие этих

данных в современных руководствах и рекомендациях по диагностике ТЭЛА и венозных тромбозов [3; 10].

Цель исследования – улучшение диагностики и результатов лечения больных с острыми венозными тромбозами нижних конечностей.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты клинической и ультразвуковой диагностики острых венозных тромбозов нижних конечностей у 334 пациентов за 2011–2012 гг., находившихся на стационарном лечении в отделении сосудистой хирургии государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Мордовия «Республиканская клиническая больница №4».

Возраст пациентов колебался от 20 до 81 лет; 52,4% составили женщины, 47,6% – мужчины; 57% из них были трудоспособного, а 19,5% – молодого возраста. Основные сведения о распределении больных по полу и возрасту представлены в таблице 1.

Т а б л и ц а 1

Распределение больных по полу и возрасту

Категория	Возраст						Всего	
	До 45 лет		45–60 лет		60 лет и старше			
	Абс. коли- чество	%	Абс. коли- чество	%	Абс. коли- чество	%	Абс. коли- чество	%
Мужчины	39	60,0	66	52,3	54	37,7	159	47,6
Женщины	26	40,0	60	47,6	89	62,3	175	52,4
Итого	65	19,4	126	37,7	143	42,8	334	100

Самой многочисленной когортой больных была группа от 60 лет и старше (143 человека), среди мужчин преобладали лица в возрасте от 45 до 60 лет – 66 человек (52,3%), у женщин – на возраст 60 и старше – соответственно 89 (62,3%) человек.

Острые венозные тромбозы встречаются в возрасте до 45 лет чаще у мужчин, что связано со злоупотреблением внутривенным введением психоактивных веществ, а в возрасте 60 лет и более число больных женского пола начинает преобладать над мужским. Объяснить это можно тем, что у женщин начинают преобладать иные факторы риска: гинекологические заболевания, ИБС, ожирение, травмы, варикозное расширение вен и др. Снижение заболеваемости в общей популяции у мужчин в возрасте 60 лет и более объясняется снижением их доли в соответствующих возрастных группах, малой продолжительностью жизни, высокой летальностью от ТЭЛА, развитием хронической венозной недостаточности и посттромбофлебитического синдрома.

Ультрасонографическая диагностика и динамическая эхоскопия проводилась на ультразвуковых аппаратах SonoAce Pico (Корея), Vivid 7 (General Electric, США), Toshiba

Xario SSA-660A (Toshiba, Япония), работающих в режиме реального времени с использованием датчиков 7 и 3,5 МГц. Исследование начиналось с паховой области в поперечном и продольном сечении по отношению к сосудистому пучку. Оценивали кровоток рядом лежащей артерии. При получении изображения вен оценивались следующие параметры: диаметр, сжимаемость (компрессия датчиком до прекращения кровотока в вене при сохранении кровотока в артерии), особенности хода, состояние внутреннего просвета, сохранность клапанного аппарата, изменения стенок, состояние окружающих тканей, оценивали кровоток рядом лежащей артерии. Состояние венозной гемодинамики оценивалось также при использовании функциональных проб: дыхательной и кашлевой пробы или проба с натуживанием. При этом оценивалось состояние вен бедра, подколенной вены, вен голени, а также большой и малой подкожных вен. При сканировании НПВ, подвздошных, большой подкожной вены, бедренных вен и вен голени в дистальном отделе нижних конечностей пациент находился в положении лежа на спине. Исследование подколенных вен, вен верхней трети голени и малой подкожной вены проводилось в положении пациента лежа на животе с валиком, подложенным под область голеностопных суставов. Для исследования магистральных вен и при затруднениях в исследовании использовались конвексные, в остальном – линейные датчики.

Сканирование начинали в поперечном сечении для исключения наличия флотирующей верхушки тромба, о чем свидетельствовало полное соприкосновение венозных стенок во время легкой компрессии датчиком. В ходе обследования устанавливался характер венозного тромба: пристеночные, окклюзионные и флотирующие тромбы [4; 5; 6].

С целью хирургической профилактики ТЭЛА при острых флеботромбозах были использованы 3 способа операции: установка кава-фильтра, пликация сегмента вены и кроссэктомия и/или флебэктомия. В послеоперационном периоде ультразвуковая диагностика преследовала цель оценки состояния венозной гемодинамики, степени реканализации или усиления тромботического процесса в венозной системе, наличия или отсутствия фрагментации тромба, наличия флотации, тромбоза вен контралатеральной конечности, тромбоза зоны пликации или кава-фильтра и определялись линейная и объемная скорости кровотока и коллатеральный кровоток. Статистическую обработку полученных цифровых данных производили с помощью пакета программ *Microsoft Office 2007*.

Результаты исследования. К основным признакам тромбоза относили наличие эхопозитивных тромботических масс в просвете сосуда, эхоплотность которых возрастала по мере увеличения давности тромба. Створки клапанов при этом перестали дифференцироваться, исчезала передаточная артериальная пульсация, увеличивался диаметр

тромбированной вены в 2–2,5 раза по сравнению с контралатеральным сосудом, при компрессии датчиком она не сдавливается. В первые дни заболевания считаем особенно важной компрессионную ультразвуграфию, когда тромб визуально неотличим от нормального просвета вены. На 3–4 день заболевания возникало уплотнение и утолщение стенок вен за счет флебита, перивазальные структуры становились «размытыми».

Признаками пристеночного тромбоза считали наличие тромба со свободным кровотоком при отсутствии полного спадения стенок при компрессионной ультразвуграфии, наличие дефекта заполнения при дуплексном сканировании и спонтанного кровотока при спектральной доплерографии.

Критериями флотирующего тромба считали визуализацию тромба просвете вены с наличием свободного пространства, колебательные движения головки тромба, отсутствие соприкосновения стенок вены при компрессии датчиком, наличие свободного пространства при выполнении дыхательных проб, огибающий тип кровотока, наличие спонтанного кровотока при спектральной доплерографии. Для окончательного выяснения характера тромба использовали пробу Вальсальвы, которая представляет опасность в виду дополнительной флотации тромба.

Так, по данным ультразвуковой диагностики флотирующие тромбы обнаружены у 118 (35,3%) пациентов (рис. 1).

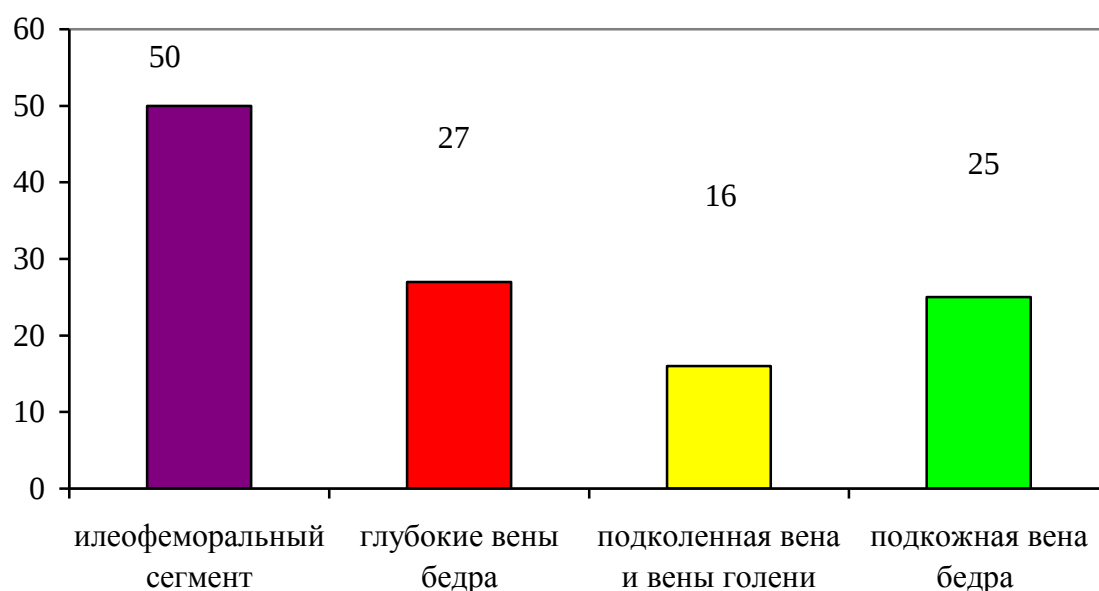


Рис 1. Частота флотирующих тромбов в системе поверхностных и глубоких вен конечностей

Установлено, что наиболее часто флотирующие тромбы по данным цветного дуплексного сканирования выявляются в системе глубоких вен (особенно в илеофemorальном сегменте – 42,0%), менее часто в системе глубоких вен голени и большой

подкожной вены бедра. Разницы в частоте флотирующих тромбов в системе глубокой системе у мужчин и женщин не выявлено.

В 2011 г. частота флотирующего тромбоза составила 29,1% от всех обследованных, что в 1,5 раза меньше, чем в 2012 г. (табл. 2). Связано это с проведением ультразвуковой диагностики у всех пациентов, поступающих в клинику, а также при наличии подозрения на острую патологию венозной системы. Этот факт подтверждается тем, что в 2012 г. существенно выросла доля пациентов, у которых флотирующие тромбы в поверхностной системе выявлены лишь по данным ЦДС. В этой связи наличие поверхностного варикотромбофлебита, несмотря на четкую клиническую картину, диктует необходимость проведения ЦДС для обнаружения субклинического флотирующего тромбоза как поверхностных, так и глубоких вен.

Т а б л и ц а 2

Распределение флотирующих тромбов в системе глубоких вен нижних конечностей

Локализация	2011 г.		2012 г.		Итого	
	Количество	Флотирующие тромбы	Количество	Флотирующие тромбы	Количество	Флотирующие тромбы
Илеофemorальный сегмент	39	23 (59,0 %)	35	27 (55,2 %)	74	50 (67,6 %)
Глубокие вены бедра	31	12 (38,7 %)	33	15 (45,5 %)	64	27 (42,2 %)
Подколенная вена и вены голени	36	6 (16,7 %)	31	10 (32,3 %)	67	16 (23,9 %)
Подкожные вены бедра	69	10 (14,5 %)	60	15 (25,0 %)	129	25 (19,4 %)
Всего	175	51 (29,2 %)	159	67 (42,2 %)	334	118 (35,3%)

Как известно, процессы свертывания сопровождаются активацией фибринолитической системы, эти процессы идут параллельно. Для клинической практики очень важен факт установления не только флотации тромба, но и характера распространения тромба в вене, возможности его фрагментации в процессе реканализации.

При ЦДС нижних конечностей нефлотирующие тромбы были установлены у 216 пациентов (64,7%): окклюзионный тромбоз был обнаружен у 183 больных (54,8%), неокклюзионный пристеночный тромбоз – у 33 (9,9%).

Пристеночные тромбы чаще всего были фиксированы к стенкам вены на протяжении и характеризовались сохранением просвета между тромботическими массами и венозной стенкой. Однако, они могут фрагментироваться и мигрировать в малый круг кровообращения. При флотирующих тромбах, спаянных с сосудистой стенкой лишь в дистальном отделе пораженной вены, создается реальная высокая опасность эмболии легочной артерии.

Среди неокклюзионных форм тромбоза можно выделить куполообразную форму тромба, морфологическими признаками которой являются широкое основание, равное

диаметру вены, отсутствие колебательных движений в потоке крови и протяженность до 4 см.

Контрольное цветное дуплексное сканирование проводили всем пациентам до момента фиксации флотирующего хвоста тромба к стенке вены и в последующем в сроки от 4 до 7 суток лечения и перед выпиской больного.

Больным с флотирующими тромбами ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей проводилось в обязательном порядке перед операцией, а также через 48 ч после имплантации кава-фильтра или пликация вен (рис. 2). В норме при продольном сканировании кава-фильтр визуализируется в просвете нижней полой вены в виде гиперэхогенной структуры, форма которой зависит от модификации фильтра. Наиболее типичная позиция кава-фильтра в вене – на уровне или сразу дистальнее устьев почечных вен или на уровне 1–2 поясничных позвонков. Обычно отмечается расширение просвета вены в области фильтра.

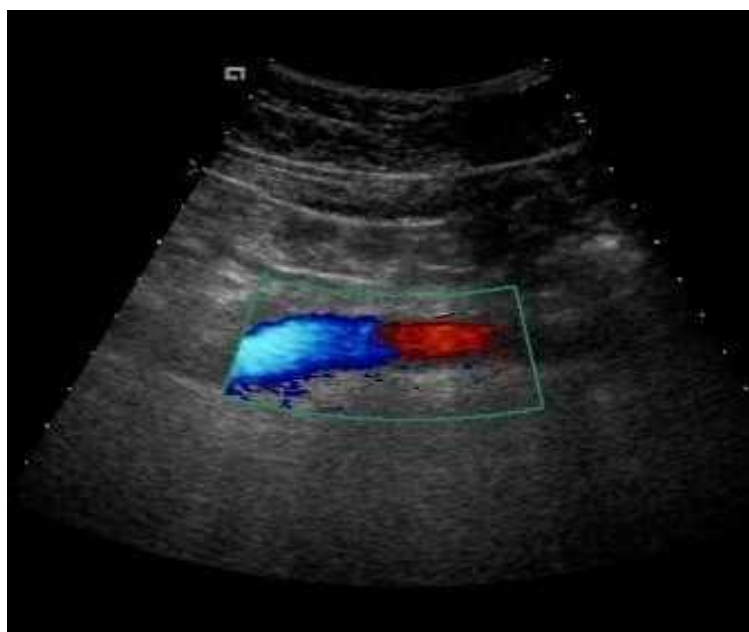


Рис 2. Нижняя полая вена с установленным датчиком. Виден окрашенный поток крови (синий притекающий к датчику, красный – оттекающий от датчика). На границе между ними нормально функционирующий кава-фильтр.

По данным цветного дуплексного сканирования после установки кава-фильтров у 8 (32%) из 25 больных наблюдалась фиксация на фильтре массивных тромбов. Сегмент вены после пликации был проходим у 29 (82,9 %) из 35 больных, у 4 (11,4%) – выявлен восходящий тромбоз ниже места пликации, у 2 (5,7%) – кровоток в области пликации вообще не удалось визуализировать.

Следует заметить, что частота прогрессирования тромботического процесса и рецидивов тромбозов наиболее высока у пациентов, перенесших имплантацию кава-

фильтра, что можно объяснить нахождением в просвете НПВ инородного тела, изменяющего характер кровотока в сегменте. Частота рецидивов тромбозов у пациентов, перенесших пликацию, либо лечившихся только консервативно, практически одинакова и при этом существенно ниже в сравнении с аналогичным показателем после эндоваскулярных вмешательств.

Выводы. К ведущим факторам риска тромбообразования у мужчин следует отнести травмы и комбинированные хирургические вмешательства, тяжелые кардиоваскулярные заболевания; у женщин – сердечно-сосудистые заболевания и заболевания женских половых органов. Цветное дуплексное сканирование позволяет установить наличие и уровень тромботического процесса в вене, флотацию тромбов, оценить эффективность медикаментозной терапии, провести мониторинг за течением флеботромбоза после хирургической профилактики ТЭЛА. После эндоваскулярной имплантации у 32% больных выявлены массивные тромбы на кава-филтре, после пликации вен у 17% больных обнаружены флотирующие тромбы ниже места операции, что подтверждает целесообразность и высокую эффективность срочной хирургической профилактики фатальных эмболий легочной артерии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зубарев А. Р., Богачев В. Ю., Митьков В. В. Ультразвуковая диагностика заболеваний вен нижних конечностей. – М: Видар, 1999. – 256 с.
2. Куликов В. П. Ультразвуковая диагностика сосудистых заболеваний / Под ред. В. П. Куликова. – 1-е изд. – М.: ООО СТРОМ, 2007. – 512 с.
3. Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений // Флебология. – 2010. – № 4. – С. 37.
4. Савельев В. С., Гологорский В. А., Кириенко А. И. и др. Флебология. Руководство для врачей / Под ред. В. С. Савельева. – М: Медицина, 2001. – 664 с.
5. Савельев В. С., Кириеко А. И., Золотухин И. А., Андрияшкин А. И. Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений в российских стационарах (предварительные результаты проекта «Территория безопасности») // Флебология. – 2010. – № 3. – С. 3–8.
6. Савельев В. С., Кириенко А. И. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. – Т 3. – М: ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 1008 с.

7. Шульгина Л. Э., Карпенко А. А., Куликов В. П., Субботин Ю. Г. Ультразвуковые критерии эмбологенности венозного тромбоза // *Ангиол и сосудистая хирургия*. – 2005. – № 1. – С. 43–51.
8. Linkin L. A., Weitz J. L. New anticoagulants // *Semin. Thromb. Hemost.* – 2003. – Vol. 6. – pp. 619–623.
9. Michiels C. et al. Role of endothelium and blood stasis in the appearance of varicose veins // *Int. Angiol.* – 2006. – Vol. 21. – pp. 1–8.
10. Snow V., Qaseem A., Barry P. et al. Management of venous thromboembolism: a clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians // *Ann. Fam. Med.* – 2007. – pp. 74–80.

КИЖАЕВА Л. А., БОЙНОВА И. В.

**ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧНОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ
И ВЫРАЖЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА
У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

Аннотация. При проведении оценки когнитивного дефицита и выраженности тревожно-депрессивного синдрома у 33 пациентов с диагнозом «Рассеянный склероз. Цереброспинальная форма» с применением тестов, оценивающих высшие мозговые функции и уровень депрессии, установлено наличие депрессии у большинства пациентов данной категории различной степени выраженности. Наиболее выраженная депрессивная симптоматика выявилась у пациентов женского пола с давностью заболевания более 7 лет. У большей части обследованных имеются когнитивные нарушения различной степени выраженности, главным образом затрагивающие процессы запоминания, концентрации внимания и кратковременной памяти. В результате исследования также обнаружена корреляция между длительностью заболевания и показателями когнитивного дефицита в отрицательной динамике.

Ключевые слова: рассеянный склероз, когнитивные нарушения, тревожно-депрессивный синдром.

KIZHAEVA L. A., BOYNOVA I. V.

**THE SPECIFICS OF COGNITIVE IMPAIRMENT AND SEVERITY OF ANXIETY-
DEPRESSIVE SYNDROME IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS**

Annotation. The article presents an assessment of cognitive deficiency and severity of the anxiety-depressive syndrome in 33 patients with the diagnosis of "Multiple Sclerosis. Cerebro-spinal form." The author uses tests to evaluate their higher brain functions and levels of depression. The tests have revealed the anxiety-depressive symptoms of varying severity in the majority of patients regarded. Thus, female patients with the disease duration of more than 7 years demonstrated the most severe depressive symptoms. Most patients with this disorder have cognitive impairments of varying severity, mainly affecting the processes of memory, concentration and short-term memory. The study has also showed a correlation between the disease duration and indicators of cognitive deficiency in the negative dynamics.

Keywords: multiple sclerosis, cognitive disorders, anxious-depressive syndrome.

Введение. Рассеянный склероз (РС) – является тяжелой формой патологии ЦНС, и представляет важную проблему в современной неврологии в вопросах, касающихся медико-социальной адаптации больных. Дебют заболевания чаще приходится на молодой возраст.

Раннее начало, как правило, приводит к ранней инвалидизации больных [1]. Помимо чувствительных, двигательных нарушений большое внимание уделяется сфере высшей нервной деятельности, данной группы пациентов. В настоящее время большинство неврологов придерживаются мнения, что снижение познавательных функций и депрессия являются клинически значимыми проявлениями РС [1]. Когнитивные нарушения занимают особое место в формировании клинической картины заболевания, являясь скрытыми для клиницистов, в связи с этим не диагностируются и не учитываются в оценивающих шкалах [2]. Они резко отрицательно сказываются на качестве жизни и социальной адаптации больных РС. У пациентов снижается профессиональная и социальная активность. Депрессивная симптоматика характеризуется пониженным фоном настроения, пассивностью, снижением интереса к жизни и прошлым увлечениям, а также тревогой. В тяжелых случаях могут отмечаться суицидальные мысли. Поэтому работа, призванная оценить степень и специфичность когнитивного дефицита, а также выраженность тревожно-депрессивного синдрома у больных РС является крайне актуальной.

Цель работы. Оценить выраженность и выявить особенности когнитивных нарушений, а также выявить распространенность тревожно-депрессивного синдрома у больных РС.

Материалы и методы исследования. Опрошено 33 больных с диагнозом «Рассеянный склероз. Цереброспинальная форма», подтвержденным методами нейровизуализации (МРТ, КТ). Применялись следующие методики: проба Шульте, тест «5 слов», тест рисования часов, исследование психического статуса (MMSE) в собственной модификации, батарея лобной дисфункции (FAB), госпитальная шкала тревоги и депрессии. Возраст больных варьировался от 21 до 61 года. Средняя длительность заболевания составила 8,2 лет. Большую часть исследуемой группы составили женщины – 66% (22 человека), мужчины – 33% (11 человек).

Результаты. Установлено, что у 10% опрошенных не наблюдается депрессивной симптоматики, у 34% выявлена субклинически выраженная депрессия, у 56% установлены клинически значимые ее признаки. Анализ таблицы Шульте, оценивающей устойчивость внимания показал, что у данных больных имеется снижение динамического внимания. С тестом MMSE в собственной модификации, определяющим концентрацию внимания пациента, безошибочно справилось 7 человек, 14 опрошенных допустили единичные ошибки, 12 человек не справились с заданием. Общая оценка когнитивных функций данным шкалы FAB, используемая для скрининга деменций с преимущественным поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, выявила отсутствие отклонения от нормы у 60% пациентов, у 29% – легкие когнитивные расстройства, у 11% – выраженная деменция лобного типа.

Данные теста «5 слов», позволяющего оценить непосредственное и отсроченное воспроизведение предложенных слов, выявили снижение как непосредственной, так и отсроченной памяти у 88% больных. С тестом рисования часов, используемым для изучения степени изменения когнитивных расстройств, справились 16% исследуемых. Средний балл составил 6 баллов, что свидетельствует о выраженных когнитивных расстройствах пациентов. Ярко прослеживается связь между длительностью заболевания и результатами всего тестирования больных в отрицательной динамике.

Выводы. Данное исследование показало, что спектр когнитивных нарушений у больных рассеянным склерозом представлен разнообразными симптомами. В частности, по результатам выполненной работы, выявлено снижение объема динамического внимания, нарушение процессов запоминания, снижение объема кратковременной памяти и концентрации внимания. У большинства пациентов отмечается депрессивная симптоматика различной степени выраженности, причем клинически выраженной депрессии чаще подвержены женщины, длительность заболевания которых составляет более 7 лет. Следовательно, у больных РС когнитивный дефицит представлен широким спектром, что имеет важное практическое значение для разработки программы реабилитации и улучшения социальной адаптации данной категории больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петрухин А. С. Неврология детского возраста: учебник для вузов: в 2 т. – Т. 1. – М.: Медицина, 2004. – 272 с.
2. Алифирова В. М., Орлова Ю. Ю. Когнитивные нарушения у больных рассеянным склерозом // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – №18. – С. 9–10.

ЛОКТИОНОВА И. В., ИГНАТЬЕВА О. И.
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ПОВТОРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА
НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Аннотация. При исследовании этиологических особенностей и факторов риска развития повторного ишемического инсульта, оценке уровня качества жизни больных с данной патологией установлено, что повторный инсульт протекает более тяжело, чаще сопровождается грубой инвалидизацией больных и менее полным восстановлением. Заболеваемость повторным инсультом и смертность от него намного выше у больных, которые не принимали регулярно ни антигипертензивные, ни антитромбоцитарные средства. Обоснована необходимость вторичной профилактики инсульта, которая уменьшает риск повторного нарушения мозгового кровообращения.

Ключевые слова: повторный ишемический инсульт, артериальная гипертензия, ишемические атаки, острое нарушение мозгового кровообращения.

LOKTIONOVA I. V., IGNATIEVA O. I.
RISK FACTORS OF RECURRENT ISCHEMIC STROKE
WITH ARTERIAL HYPERTENSION: AN ANALYSIS

Abstract. This article analyzes the risk factors of recurrent ischemic stroke with hypertension. The author studies etiological characteristics and risk factors of recurrent ischemic stroke as well as assesses the quality of life of patients with this pathology. Thus, medical investigations have showed the second stroke to be more severe than the first one as it is often accompanied by gross disability of patients and less complete recovery. The incidence of recurrent stroke and death rates are much higher in patients who were not taking any regular antihypertensive or antiplatelet agents. The author have proved the need for secondary stroke prevention. As a result, the risk of recurrent ischemic attacks reduces.

Keywords: recurrent ischemic stroke, hypertension, ischemic attack, cerebrovascular accident.

Цереброваскулярные заболевания во всем мире занимают второе место среди всех причин смерти и бывают главной причиной инвалидизации взрослого населения. Инсульт ежегодно поражает в мире около 20 млн. человек, из них умирает 4,7 млн. человек, при этом три четверти – жители экономически развитых стран [3; 4].

Во многих странах Европы, Австралии, Японии, Америки отмечается снижение заболеваемости первым и повторным ишемическим инсультом и смертности от него у лиц

молодого, среднего и пожилого возраста, что в определенной степени связывается с использованием эффективных мероприятий по первичной и вторичной профилактике инсульта, лечению артериальной гипертензии. В России ежегодно регистрируют более 450 000 случаев инсультов, т.е. каждые 1,5 минуты у одного из россиян впервые наступает инсульт. Частота инсультов от 1,5 до 7,4 на 1 000 населения в различных возрастных группах, в частности в возрастной группе 50-59 лет – 7,4 на 1000 населения, в группе 70-75 лет – 20 на 1000 населения [1; 2].

В настоящее время установлено, что у пациентов, выживших после инсульта, вероятность развития повторного нарушения мозгового кровообращения достигает 30%. Общий риск повторного нарушения мозгового кровообращения в первые 2 года после перенесенного инсульта составляет 4-14%, причем в течение первого месяца повторный ишемический инсульт развивается у 2-3% выживших, в первый год у 10-16%, затем около 5% ежегодно. Частота повторного инсульта в течение первого года различна для различных клинических вариантов инфаркта мозга: при тотальном инфаркте в каротидном бассейне она составляет 6%, в лакунарном – 9%, при частичном инфаркте в каротидном бассейне – 17%, при инфаркте в вертебробазилярном бассейне – 20% [3].

В связи с тем, что ишемический инсульт не рассматривают как отдельное заболевание, для него невозможно определить единый этиологический фактор. Выделяют факторы риска, ассоциированные с повышенной частотой развития ишемического инсульта. Их можно разделить на немодифицируемые (на которые влиять невозможно, но необходимо учитывать при оценке суммарного риска) – возраст, пол, расовая принадлежность, отягощенная наследственность и модифицируемые (на которые врач может влиять путем рекомендаций, либо сам пациент изменяет образ жизни) – артериальная гипертензия любого происхождения, мерцательная аритмия и другие заболевания сердца, инфаркт миокарда в анамнезе, дислипотеинемия, сахарный диабет, бессимптомное поражение сонных артерий, прием препаратов, повышающих артериальное давление. Выделяют также факторы риска, связанные с образом жизни: табакокурение, избыточную массу тела, низкий уровень физической активности, злоупотребление алкогольными напитками, длительное психоэмоциональное напряжение или острый стресс [1; 3].

У пациентов с повторным инсультом значительно чаще выявляются два фактора риска – артериальная гипертензия и транзиторные ишемические атаки в анамнезе [5].

В настоящее время артериальная гипертензия рассматривается как величайшая в истории человечества неинфекционная пандемия, поражающая почти половину населения. Поражение центральной нервной системы возможны в любой стадии артериальной

гипертонии, чаще во II и III. Риск развития инсульта у больных с артериальной гипертонией на 40% выше, чем у больных с нормальным артериальным давлением [6].

Транзиторные ишемические атаки (ТИА) определяются клинически как быстро возникающие очаговые и реже диффузные (общемозговые) нарушения функции головного мозга, которые вызваны локальной ишемией и проходят в течение не более суток. У 30-40% больных, перенесших ТИА, в последующие 5 лет развивается инсульт. Вероятность развития инсульта выше при повторных ТИА и увеличении возраста больного (вероятность инсульта повышается почти в 1,5 раза при увеличении возраста на 10 лет). Появление ТИА указывает на высокий риск повторных, и как правило, более тяжелых острых нарушений мозгового кровообращения [6; 7].

Повторный инсульт протекает более тяжело, чаще сопровождается грубой инвалидизацией больных и менее полным восстановлением [2].

Основная цель системы профилактики инсульта – снижение общей заболеваемости и уменьшение частоты летальных исходов. Под профилактикой ишемического инсульта понимают комплекс мероприятий, направленных на предупреждение развития данного заболевания у здоровых людей и пациентов с начальными формами цереброваскулярной патологии – первичная профилактика, а также на предотвращение возникновения повторных острых нарушений мозгового кровообращения у пациентов, перенесших ишемический инсульт и/или транзиторные ишемические атаки – вторичная профилактика [3; 8].

Первичная профилактика, проводимая на популяционном уровне и пропагандирующая здоровый образ жизни, требует высоких материальных затрат. В этом свете более эффективными являются профилактические мероприятия у людей с наибольшей вероятностью развития ишемического инсульта, т.е. в группах повышенного риска. Первичная профилактика цереброваскулярных заболеваний включает контроль и коррекцию артериального давления, нарушений обмена липидов, расстройств сердечного ритма, нарушений психического и психологического статуса, занятия физической культурой и спортом и др. [8].

Индивидуализированная вторичная профилактика инсульта уменьшает риск повторного нарушения мозгового кровообращения на 28-30%. В целом экономические затраты на профилактику инсульта значительно меньше затрат, требующихся для лечения и медико-социальной реабилитации больных, перенесших инсульт [3].

Цель нашего исследования: изучение факторов риска повторного ишемического инсульта на фоне артериальной гипертонии.

Задачи исследования:

1. Провести анализ этиологических особенностей и факторов риска развития повторного ишемического инсульта на фоне артериальной гипертензии;
2. Оценить уровень качества жизни больных повторного ишемического инсульта на фоне артериальной гипертензии с использованием адаптированных шкал;
3. Исследовать особенности неврологического статуса у больных с данной патологией;
4. Исследовать зависимость уровня качества жизни от клинических, социальных и психических факторов.

Проводится анализ историй болезни пациентов на базе первичного сосудистого отделения РКБ №3. Приведем клинический пример.

Больной Д., 76 лет госпитализирован с повторным ишемическим инсультом. Первый инсульт перенес 10 лет назад. Имеются факторы риска развития повторного инсульта: страдает гипертонической болезнью III ст, риск IV (лечение артериальной гипертензии больной не проводил), заболевание артерий нижних конечностей – облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Необходимо отметить наличие такого фактора риска как курение. Также больной не принимал антитромбоцитарные и антигиперлипидемические средства.

Заключение ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных сосудов, транскраниального дуплексного сканирования: распространенный стенооокклюзирующий атеросклероз экстракраниальных БЦА: 1) каротидной системы в виде: слева до 30% в проксимальной ОСА, 60% в области бифуркации ОСА/устье ВСА и НСА, 50-55% в устье и проксимальной ВСА; справа 30-35% в области бифуркации ОСА/устье ВСА и НСА, окклюзия ВСА чуть дистальнее луковицы; 2) позвоночной системы в виде: слева до 80% устья ПКА/проксимальной ПА до 80% с признаками переходного «стил-синдрома» в интракраниальном отделе гомолатеральной ПА, компенсаторным ускорением кровотока в контрлатеральной ПА на экстра- и интракраниальном уровнях; справа 35-40% в ПКА/устье и ПА 55-60%.

Системная перестройка внутримозговой гемодинамики: коллатерализация по правой НСА, правой ПА/ОА/ сегментазм ЗМА; функционирование глазного анастомоза справа (учитывая локацию кровотока в «сифоне» ВСА) и задних соединительных артерий с обеих сторон. Магистрально измененный сниженный кровоток в СМА и ПМА справа, коллатеральный кровоток в гомолатеральных СМА и ПМА.

Признаки гипертонической макроангиопатии с формированием двухсторонних артериальных изгибов. Остеохондроз шейного отдела позвоночника (непрямолинейный ход ПА с обеих сторон), С-образный сегмент VI слева, S-образный сегмент VI справа.

Следовательно, все вышеперечисленное способствовало развитию повторного ишемического инсульта у данного больного.

Цель вторичной профилактики церебрального инсульта, основанной на индивидуальном подходе терапевтических мероприятий, – уменьшить риск возникновения повторного церебрального инсульта и другой сосудистой патологии (например, инфаркт миокарда, тромбозы периферических сосудов, тромбоэмболия легочной артерии и др.), увеличение продолжительности жизни больных. Прямые адекватные критерии, позволяющих определить эффективность терапевтических мероприятий, считают снижение заболеваемости повторным инсультом и увеличение продолжительности жизни [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакунц Г. О. Эндогенные факторы церебрального инсульта. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 360 с.
2. Гурак С. В. Повторный ишемический инсульт у больных с артериальной гипертензией и его профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 29 с.
3. Гусев Е. И., Коновалов А. Н., Скворцова В. И., Гехт А. Б. и др. Неврология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1035 с.
4. Тушемилов В. В. Повторный ишемический инсульт: факторы риска, прогнозирование и профилактика: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2009. – 25 с.
5. Улимбашева Э. С. Клинико-эпидемиологическое исследование повторных инсультов при артериальной гипертензии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 30 с.
6. Шнайдер Н. А., Никулина С. Ю. Инсульт. Церебральные осложнения артериальной гипертензии. – Ростов н/Д: Феникс; Красноярск: Издательские проекты, 2007. – 320 с.
7. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_1482.htm
8. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://st.asvomed.ru/php/content.php?id=2766>

БОЙНОВА И. В., ЦЫГАНОВА Н. А.

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРВИЧНЫХ ФОРМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ У
ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА САРАНСКА**

Аннотация. В данной статье рассмотрены сведения о структуре и распространенности различных форм головной боли у подростков города Саранска, выявлены предполагаемые причины возникновения головных болей у школьников, проведена оценка наличия у детей симптомов невротической депрессии и тревожности, что позволило сделать вывод о влиянии выявленных нарушений на повседневную активность и успеваемость школьников.

Ключевые слова: цефалгия, тревога, депрессия, школьники.

BOYNOVA I. V., TSIGANOVA N. A.

**THE FREQUENCY OF PRIMARY FORMS OF HEADACHE
AMONG SCHOOLCHILDREN OF SARANSK CITY**

Abstract. The article considers the survey data on the structure and prevalence of various headache forms among adolescents of Saransk city. The authors have identified the perceived causes of headaches in schoolchildren. The study includes an assessment of neurotic depression and anxiety symptoms in children. The authors have proved the disorders' influence on the students' daily activities and academic progress.

Keywords: cephalgia, anxiety, depression, schoolchildren.

Цефалгический синдром является одной из наиболее частых жалоб, с которой сталкиваются неврологи и врачи общей практики. В последние десятилетия наблюдается значительный рост интереса к проблеме высокой распространенности и полиморфизма клинических проявлений головной боли в детской популяции [1]. «Детская» головная боль – частый и мучительный симптом, констатация которого среди школьников колеблется в широком диапазоне [3]. Немногочисленные отечественные и зарубежные клинико-эпидемиологические исследования последнего времени выявили высокую частоту головной боли у детей. Так, в возрасте 7–17 лет выявляется неуклонное повышение частоты головной боли – от 57 до 85%, причем в большинстве случаев это первичные ГБ – головные боли напряжения и мигрень [4].

Высокая частота и интенсивность ГБ, возникшей в детском возрасте, могут приводить к ограничению социальной и бытовой активности, снижению качества жизни и присоединению вторичных психопатологических симптомов во взрослом состоянии [2].

В настоящем исследовании впервые была предпринята попытка собрать воедино сведения о распространенности и структуре цефалгий у подростков города Саранска. В ходе данной работы проводилось анонимное анкетирование школьников города Саранска.

В процессе выполнения исследования были опрошены 280 школьников города Саранска в возрасте от 13 до 18 лет. Обучающиеся отвечали на вопросы опросника Гусейнова Т. Ю. (1996 г.) на выявление типа ГБ. Также исследуемым была предложена госпитальная шкала тревоги и депрессии Зигмонда А. С. и Снайта Р. П. (1983 г.) для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. Кроме того, школьникам был предложен ряд вопросов, помогающих выявить их образ жизни.

Из всех опрошенных, 260 школьников (93%) предъявляли жалобы на ГБ и только у 20 учеников (7%) подобных жалоб не было. Причем выявлено, что у 52% школьников присутствует ГБ напряжения, у 33% – мигренозная ГБ, у 15% – сочетанная ГБ. Кластерной ГБ выявлено не было.

У половины мальчиков встречается ГБ напряжения (63 мальчика). На 2 месте среди данной группы школьников по частоте встречаемости стоит мигрень (33%). На долю сочетанной ГБ у мальчиков приходится 17%.

У более половины девочек также чаще встречается ГБ напряжения (73 девочки). Далее идет мигрень – 32% (43 девочки). На 3 месте выявлена сочетанная ГБ – 13% (17 девочек).

У 136 обучающихся, предъявлявших жалобы на ГБ, выявлена ГБ напряжения (46% мальчиков и 54% девочек).

Было установлено, что у преобладающего большинства мальчиков (83%) с ГБН симптомы тревожности отсутствуют, у девочек этот показатель меньше на 20%. Субклинические признаки тревоги у школьников женского пола встречается в 2 раза чаще, а ее клинические признаки в 3 раза чаще, чем у школьников мужского пола.

При исследовании показателей депрессии выявлено, что субклинически выраженная депрессия чаще встречается у девочек, ее клинические признаки у женского пола наблюдаются в 3 раза чаще. Данные признаки отсутствуют у 86% мальчиков и у 73% девочек.

Выявлено, что 12% опрошенных с ГБ напряжения учатся на «отлично», 73% имеют оценки «хорошо», 15% – «удовлетворительно». Спортom занимаются 42% детей, принявших участие в анкетировании. Хобби имеют 8% школьников (игра на фортепиано, рисование). Занимаются с репетитором 28% обучающихся. В компьютерные игры играют: ежедневно (от 1 до 6 часов) 40% школьников, периодически 30%, в подавляющем большинстве – мальчики; 30% не играют совсем, преимущественно это девочки.

На выполнение домашнего задания школьники затрачивают от 1 до 5 часов. Максимальное время было зафиксировано у девочек. На сон школьники тратят в среднем от 5 до 10 часов в сутки, причем минимальная продолжительность сна была отмечена у мальчиков. Было установлено, что чем меньше продолжительность сна, тем большая вероятность развития признаков тревоги и депрессии у школьников.

У 85 обучающихся выявлена мигренозная ГБ (49% – мальчики и 51% – девочки). По результатам проведенного нами опроса было установлено, что занятость школьников в спортивных секциях составляет 40%. Музыкальную школу посещают 12% опрошенных, причем на долю девочек приходится 100%. Занятия с репетитором отмечает 41% школьников, в подавляющем большинстве – девочки. Компьютерными играми ежедневно увлекаются (от 1 до 4 часов) – 32% учеников, несколько раз в неделю – 32%, преимущественно – мальчики. Не интересуются играми – 36% детей, среди них в 3 раза больше девочек. Интересен факт, что социальные сети («ВКонтакте», «Одноклассники») посещают 75% школьников ежедневно (от 1 до 5 часов), в то время как каждый день на свежем воздухе гуляют только 55% школьников с мигренью, преимущественно мальчики.

Субклинические признаки тревоги у школьников с мигренозной цефалгией выявлены как у мальчиков, так и у девочек (у девочек на 6% больше). Однако клинически выраженная тревога у девочек встречается в 3 раза чаще, чем у мальчиков.

Субклинически значимые признаки депрессии у подростков с мигренью наблюдаются в равной степени как у мальчиков, так и у девочек – 7%, клинические признаки депрессии у мальчиков лишь на 2% меньше.

На нарушение сна жалуются 40% школьников с мигренью, из которых 15% указывали на поверхностный сон, 15% – на позднее засыпание, 10% – на ранее пробуждение.

Раздражительность разной степени выраженности зарегистрирована у 86% школьников с мигренью, в большей части – девочки. Жалобы на слабость присутствуют также у 86% школьников, на неспособность сосредоточиться – у 90% опрошенных. Головокружение отмечает каждый второй ученик с мигренью, плохое зрение – 45% школьников, в 2 раза чаще – девочки.

У 41% девочек с сочетанной ГБ выявлены клинические симптомы тревожности, а вот субклинические признаки встречаются в равной степени, как у девочек, так и у мальчиков – 18%. Отсутствие симптомов наблюдается у 73% мальчиков и только у 41% девочек.

Клинически выраженные признаки депрессии у девочек с сочетанной ГБ встречается в 3 раза чаще, чем у мальчиков, а вот субклинические признаки депрессии наблюдаются чаще у мальчиков – 18%. Отсутствие симптомов выявлено у 73% мальчиков и 65% девочек.

Выяснено, что невротические проявления чаще встречаются у девочек, исключение составляют только жалобы на слабость, которые предъявляли почти все опрошенные мальчики (93%) и 47% девочек. Спортom занимаются менее половины опрошенных подростков, преимущественно это мальчики. Только 9% детей имеет какое-либо увлечение. Обычно это занятие музыкой или рисованием. Однако 40% мальчиков и 27% опрошенных девочек ежедневно проводят от 1 до 6 часов за игрой в компьютерные игры. Социальными сетями («ВКонтакте», «Одноклассники») увлекаются 50% обучающихся, в равной степени, как девочки, так и мальчики. У этих детей ярче проявляется астено-невротический синдром в виде гиперстенической формы.

На приготовление уроков ежедневно у современных школьников уходит от 2 до 6 часов. Зато на сон некоторые дети тратят не более 5 часов в сутки. Нарушения режима и структуры сна имеет каждый четвертый школьник. Раздражительность, неспособность сосредоточиться отмечает каждая вторая девочка и 40% мальчиков. Головокружение беспокоит каждую третью девочку и каждого четвертого мальчика. Проблемы со зрением отмечает каждая четвертая девочка и каждый седьмой мальчик. Проблемы с позвоночником имеют 11% мальчиков и 15% девочек. На прогулку регулярно выходит лишь половина подростков.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости оптимизации режима труда и отдыха у подростков средних общеобразовательных учреждений города Саранска. Немаловажной проблемой для школьников является нормализация режима питания.

Таким образом, подросткам с цефалгическим синдромом рекомендуется наблюдение и лечение у невролога по месту жительства, а учащимся с клинически выраженными признаками тревоги и депрессии необходима консультация психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л. О., Берестов А. И., Дворников А. В. Головные боли у детей и подростков. – М., 2009. – 60 с.
2. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства. – М., 2005. – 255 с.
3. Журавлёва И. В. Здоровье подростков. – М., 2008. – 240 с.
4. Зыков В. П. Лечение заболеваний нервной системы у детей. – М., 2005. – 112 с.

КЕЧАЙКИН А. Н., ТАНДЕЛОВ Р. К., ВИЛКОВ А. В.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ПОД «МАСКОЙ» ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Аннотация. В данной статье рассматриваются особенности диагностики и хирургического лечения рака щитовидной железы.

Ключевые слова: диагностика, хирургическое лечение, рак щитовидной железы.

KECHAYKIN A. N., TANDELOV R. K., VILKOV A. V.
SURGICAL TREATMENT OF THYROID CANCER
UNDER THE «GUISE» OF BENIGN FORMATIONS

Abstract. This article considers the peculiarities of diagnostics and surgical treatment of thyroid cancer.

Keywords: diagnosis, surgical treatment, thyroid cancer.

Среди всех образований щитовидной железы (ЩЖ) злокачественные поражения ее по данным литературы отмечаются в 10–30%. В тоже время, на ранних стадиях диагностика либо крайне сложна, либо невозможна. Все еще нет надежных методов для безошибочного установления или исключения рака ЩЖ (РЩЖ) [1; 2].

Целью нашей работы явился анализ хирургического лечения РЩЖ в общехирургическом стационаре. В I хирургическом отделении ГБУЗ РМ «Республиканская клиническая больница №4» с 2003 по 2012 гг. оперированы 1230 больных с узловыми формами зоба. У 56 (4,5%) из них гистологически верифицирован РЩЖ (папиллярный – у 33, фолликулярный – у 19, медулярный – у 1, недифференцированный – у 3 больных). Увеличение ЩЖ I степени (по ВОЗ) отмечено у 5% больных, II степени – у 95%. У 4 (7%) больных клинически и по данным дополнительных методов исследования (бронхоскопия, компьютерная томография) выявлен компрессионный синдром. Эутиреоидное состояние диагностировано у 51 больных (91%), гипертиреоз – у 5 (9%) больных: тиреотоксикоз средней степени – у 2 больных, тяжелой степени – у 3. До операции всем производилась пункционная биопсия под контролем УЗИ. По ее данным признаки атипии установлены у 12 больных (21%).

Не отмечена зависимость количества и величины узлов на частоту рака ЩЖ. Не являлись достоверными признаки рака, выявленные при специальных методах исследования: УЗИ и радиоизотопное сканирование («холодные» или «горячие» узлы, наличие жидкостных

образований, эхоплотность узлов). У некоторых больных рак развился на фоне аутоиммунного тиреоидита (АИТ), причем в одной из долей.

Ни у одного больного при обследовании не выявлено подозрения на рак (спаянность с кожей, неподвижность, осиплость голоса, увеличенные лимфоузлы), но нельзя не подчеркнуть, что при наличии плотного одиночного узла гистологически подтвердился рак в 80 % случаев.

Во время операции тщательная ревизия железы и прилегающих к ней тканей также нередко малоинформативна в плане онкопатологии. В большинстве наблюдений при выраженных сращениях железы с окружающими тканями рак не был обнаружен гистологически. Наличие увеличенных лимфоузлов также не являлось абсолютным признаком рака. Срочное гистологическое исследование должно быть обязательным компонентом диагностики, но и оно дает положительный результат только в 70% случаев.

При односторонних узловых формах зоба и особенно при многоузловых в клинике проводится субфасциальная гемитиреоидэктомия с перешейком, при двусторонних – тиреоидэктомия. Гемитиреоидэктомия произведена 21 больному (37%), субтотальная резекция ЩЖ – 22 (39%), тотальная тиреоидэктомия – 8 (14%), удаление рецидивного зоба – 5 (10%).

Мы считаем, что оперативное лечение должно проводиться при выявлении узлового зоба во всех случаях независимо от возраста больного (при отсутствии жизненных противопоказаний). Учитывая отсутствие надежных до- и интраоперационных критериев РЩЖ, целесообразно в настоящее время отказаться от органосохраняющих операций при узловом зобе и принять концепцию максимальной радикальности его оперативного лечения. Расширение объема вмешательства оправдано тем, что остающаяся незначительная часть железы при исходном гипотиреозе не обеспечивает эутиреоз в послеоперационном периоде, а если гистологически верифицируется рак, то потребуются повторное оперативное вмешательство (удаление остатков доли или долей).

ЛИТЕРАТУРА

1. Калинин А. П., Майстренко Н. А., Ветшев П. С. Хирургическая эндокринология: Руководство. – СПб.: Питер, 2004. – 960 с.
2. Романчишек А. Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. – СПб.: ИПК Вести, 2009. – 320 с.

ЛУНИНА Е. А.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ МОРДОВИЯ

Аннотация. В настоящее время с целью обеспечения эффективности профессиональной деятельности и поддержания высокого уровня функциональности и охраны здоровья сотрудников на многих предприятиях проводится профилактика синдрома «эмоционального выгорания». Медицинские работники из-за особенностей своей профессиональной деятельности испытывают большие психоэмоциональные перегрузки, что приводит к различным заболеваниям, снижению трудоспособности и активного периода жизнедеятельности. В настоящий момент отмечается недостаточная изученность данной проблематики среди врачей различных специальностей.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, снижение трудоспособности, психоэмоциональные перегрузки, тревожность, депрессия.

LUNINA E. A.

EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME IN MEDICAL DOCTORS OF VARIOUS SPECIALIZATIONS: A STUDY OF MORDOVIA REPUBLIC

Abstract. Currently, a large number of organizations and enterprises introduce prophylactic measures in order to prevent the emotional burnout syndrome among their employees. By doing this, the employers aim at improving their employees health and work performance. Due to their work specifics, medical doctors are especially prone to the syndrome in question. Thus, they suffer from psychoemotional overwork resulting into various diseases, work decrement and decrease of active life. At present, there is a lack of research works dealing with the emotional burnout in medical doctors in particular.

Keywords: emotional burnout syndrome, pshychoemotional overwork, work decrement, anxiety, depression.

Цель исследования состоит в изучении частоты встречаемости синдрома эмоционального выгорания (СЭВ) среди врачей различных специальностей в Республике Мордовия. В соответствии с поставленной целью нами решались следующие задачи: 1) исследовать распространенность и структуру синдрома эмоционального выгорания у врачей; 2) выявить предполагаемые причины его возникновения; 3) установить зависимость между частотой встречаемости и выраженностью СЭВ у врачей различных отраслей медицины.

Материалы и методы. В анкетировании приняли участие 114 хирургов, неврологов, гинекологов, терапевтов и реаниматологов от 23 до 62 лет. Для ответов на вопросы всем была предложена госпитальная шкала тревоги и депрессии, а также анонимная анкета для диагностики синдрома «эмоционального выгорания» личности по В. В. Бойко [2].

Результаты исследования: в ходе анкетирования хирургов установлено, что у 43% врачей со стажем работы до 5 лет признаки тревожности не выявлены, у 43% – наблюдаются субклинические признаки тревожности, у 14% – присутствуют клинические признаки тревожности. У 33% хирургов со стажем работы от 5 до 10 лет наблюдаются субклинические признаки тревожности, у 67% – признаки тревожности не зафиксированы. Всего лишь у 25% врачей со стажем работы более 10 лет симптомов тревожности не обнаружено, у половины есть субклинические и ещё у 25% – клинические признаки тревожности. У 14% врачей со стажем работы до 5 лет выявлены клинические признаки депрессии. Следует отметить, что у врачей со стажем работы свыше 5 лет депрессивная симптоматика не зафиксирована. Что касается СЭВ, то в ходе анкетирования установлено, что у 60% хирургов со стажем работы до 5 лет и у всех, кто проработал в клинике свыше 5 лет, выявлены его проявления различной степени выраженности.

Спортом занимаются лишь 36% хирургов, причем отмечают такие виды, как плавание, футбол, утренняя гимнастика, занятия в тренажерном зале. Хобби имеет каждый второй хирург: чтение научной литературы, кино, фотография, музыка, автомобили, работа на дачном участке. Из вредных привычек выявлено курение у каждого второго из опрошенных.

По результатам анкетирования терапевтов были получены следующие сведения. У 33% врачей со стажем работы до 5 лет выявлены субклинические признаки, у 34% – присутствуют клинические признаки тревожности. У половины докторов данной специализации со стажем работы до 10 лет наблюдаются субклинические признаки тревожности. У 25% врачей со стажем работы более 10 лет имеются субклинические признаки тревожности и у такого же числа докторов – клинические признаки тревожности.

У 17% начинающих врачей-терапевтов (стаж до 5 лет) выявлены субклинические признаки депрессии. Ни у одного из врачей данной группы, чей стаж работы 5-10 лет, симптомов депрессии не обнаружено. У каждого четвертого доктора со стажем свыше 10 лет наблюдаются клинические признаки депрессии. У 83% специалистов со стажем до 5 лет, у половины врачей со стажем работы от 5 до 10 лет, а также у всех тех, чей стаж работы превышает 10 лет, выявлены проявления СЭВ.

Спортом занимается лишь каждый четвертый терапевт. Это, как правило, плавание и утренняя гимнастика. Хобби имеют 50% врачей данной группы: путешествия, музыка, вязание, вышивание, игра на гитаре, танцы. 8% опрошенных терапевтов курят.

В результате анализа анкет неврологов установлено, что у 67% врачей со стажем работы до 5 лет признаки тревожности не выявлены, субклинические проявления наблюдаются у 33% специалистов. У 80% врачей со стажем работы от 5 до 10 лет признаков тревоги не зафиксировано, а у 20% наблюдаются клинические признаки тревожности. У 67% врачей со стажем работы свыше 10 лет тревожности не обнаружено, у 33% выявлены субклинические её проявления. У 17% врачей со стажем работы менее 5 лет и у 20% врачей со стажем от 5 до 10 лет выявлены клинические признаки депрессии. У врачей со стажем более 10 лет симптомы депрессии не встречаются. Полученные нами результаты свидетельствуют, что у 66% неврологов со стажем работы до 5 лет и у 60% врачей со стажем работы от 5 до 10 лет выявлены проявления СЭВ различной степени выраженности. К сожалению, у всех докторов со стажем работы более 10 лет есть проявления СЭВ различной степени выраженности.

Спортом или физзарядкой занимается лишь половина неврологов. Как правило, это плавание, бег, ходьба, танцы, катание на коньках. Хобби имеют также половина врачей. Это чтение научной литературы, вязание, игра на фортепиано, рисование, вышивка, работа за компьютером. Из вредных привычек выявлено курение у 14% специалистов, принявших участие в анкетировании.

Согласно анализу анкетирования реаниматологов, у врачей со стажем работы до 5 лет в равной степени выявляются субклинические и клинические признаки тревожности. У 33% врачей со стажем работы более 10 лет наблюдаются субклинические признаки тревожности, у 34% – клинические. Порадовал тот факт, что среди врачей со стажем работы до 10 лет отсутствуют признаки и тревоги и депрессии. Субклинические признаки депрессии выявлены у каждого четвертого реаниматолога со стажем более 10 лет.

У половины опрошенных врачей-реаниматологов со стажем работы до 10 лет не зафиксировано признаков СЭВ. К сожалению, у всех врачей данной группы со стажем работы более 10 лет выявлены проявления СЭВ.

Спортом занимаются 43% реаниматологов, принявших участие в анкетировании: баскетбол, плавание, утренняя гимнастика. 14% врачей отметили, что их хобби – это музыка. У 28% опрошенных выявлено курение.

Интересные сведения были получены при анкетировании гинекологов: у 67% врачей со стажем работы до 5 лет тревожности не наблюдается, у 33% – выявлены субклинические её признаки. У врачей, работающих по специальности 5-10 лет, наблюдаются

противоположные результаты. Лишь только у каждого четвертого гинеколога со стажем более 10 лет нет симптомов тревожности, у 25% определяются субклинические ее появления, а у каждого второго уже клинические. У врачей-гинекологов, работающих менее 10 лет, депрессия не встречается, а у тех, чей стаж превышает 10 лет, в равном соотношении наблюдаются клинические и субклинические её проявления. Тревожным фактом является то, что у 100% гинекологов не зависимо от стажа работы выявлен СЭВ.

Спортом занимаются лишь 30% врачей-гинекологов, причем либо плаванием, либо фитнесом. Хобби имеют 60% врачей: вязание, выращивание цветов, рисование, вышивка, изучение иностранных языков. Вредных привычек не выявлено. Все опрошенные гинекологи – женщины.

Выводы. Анализируя полученные данные, мы установили, что наиболее ярко признаки тревоги и депрессии проявляются среди врачей хирургического профиля, при этом они чаще регистрируются у женщин, что, по-видимому, связано большими физическими и психо-эмоциональными перегрузками, а также нехваткой времени на реализацию личных потребностей. Согласно проведенному анкетированию, в общей сложности у 86% хирургов, 66% реаниматологов, 77% терапевтов, 71% неврологов и 100% гинекологов регистрируются проявления СЭВ разной степени выраженности, что требует проведения определённых мероприятий, направленных на снижение уровня эмоционального выгорания сотрудников лечебно-профилактических учреждений, повышение их трудовой мотивации, а также оптимизацию режима труда и отдыха медперсонала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А. С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т.8, №5. – С.3–6.
2. Бобров А. Е. Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия // РМЖ. – 2006. – Т.14, №4. – С.328–332.
3. Бойко В. В. Охрана психического здоровья. – М.: Медицина, 2003. – 348 с.

ДЕРБЕДЕНЕВА О. А., ХВОСТУНОВ С. И., КОСТИН С. В.
ОЦЕНКА ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ
У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Аннотация. В данной статье дана оценка выраженности церебральных нарушений у больных с механической желтухой при помощи тестов и лабораторных показателей в разных возрастных группах. Изучены компенсаторные возможности головного мозга после декомпрессии желчных протоков методами папиллосфинктеротомии, наложения холедоходуоденоанастомоза, холедохотомии. Проведена сравнительная характеристика данных видов хирургического лечения согласно полученным результатам.

Ключевые слова: холестаз, церебральные нарушения, механическая желтуха, папиллосфинктеротомия, холедоходуоденоанастомоз, холедохотомия, тест «10 слов» Лурии, тест связи чисел по Рейтану, международный опросник «SF-36», билирубин, АлАТ, АсАТ, щелочная фосфатаза, мочеви́на, креатинин.

DERBEDENEVA O. A., HVOSTUNOV S. I., KOSTIN S. V.
ASSESSMENT OF CEREBRAL DISORDERS IN PATIENTS
WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Abstract. The authors assess the severity of brain damage in patients with obstructive jaundice by tests and laboratory parameters of different age groups. The study focuses on the compensation abilities of brain after biliary decompression by papillosphincterotomy, overlay holedohoduodenoanastomoza, choledochotomy. Considering the study results, the article presents a comparative characteristic of these types of surgical treatment.

Keywords: cholestasis, brain damage, obstructive jaundice, papillosphincterotomy, holedohoduodenoanastomoz, choledochendysis, 10 words test by Luria, number connection test by Reitan, international SF-36 questionnaire, bilirubin, ALT, AST, alkaline phosphatase, urea, creatinine.

Введение.

Острый внепеченочный холестаз – это патологическое состояние, возникающее в результате нарушения оттока желчи из желчных протоков, сопровождающееся угнетением функций печени и приводящее в итоге к полиорганной недостаточности. На сегодняшний день существует множество миниинвазивных методик разрешения механической желтухи, но они не совершенны и оставляют желать лучшего [2].

По мнению А. В. Бельченкова, частые осложнения механической желтухи, возникающие в процессе лечения, пожилой возраст пациентов, декомпенсация сочетанной

соматической патологии обуславливают высокую послеоперационную летальность, которая достигает 17–20%, а при возникновении печеночной недостаточности у пожилых больных и до 80%. Среди пациентов с механической желтухой лица старше 60 лет с высоким уровнем операционного риска составляют от 48 до 65% [1].

Немаловажным в лечении механической желтухи является раннее выявление и коррекция нервно-психических расстройств, значительно осложняющих течение патологии. Диапазон изменений в головном мозге при заболеваниях печени включает в себя обратимые функциональные нарушения, отек мозга, до необратимой структурной перестройки в нервной системе [3]. Нередко наличие печеночной энцефалопатии приводит к длительной потере трудоспособности, инвалидизации и даже смерти больных [4].

Цель работы.

Оценить выраженность церебральных нарушений у больных с механической желтухой и возможности их коррекции.

Задачи исследования.

1. Изучить степень церебральных изменений у больных на высоте острого внепеченочного холестаза.
2. Проанализировать уровень коррекции нарушений в головном мозге у больных с острым внепеченочным холестазом после проведенного лечения.

Материалы и методы.

Для реализации поставленной задачи нами было опрошено 60 пациентов с острым внепеченочным холестазом и без значимой сопутствующей патологии. Исследования проводились на базе отделения чистой хирургии ГБУЗ «Мордовская Республиканская клиническая больница» г. Саранска. Учитывались жалобы больных, анамнестические и клинические данные. С помощью общего опросника «SF-36» и специальной шкалы, отражающей особенности клинического течения печеночной энцефалопатии, определили психологическое состояние пациентов, их когнитивные функции и качество жизни. Также был использован метод «10 слов» А. Р. Лурии, оценивающий нарушения кратковременной и отсроченной памяти. Кроме того, оценивали изменения сознания, личности, интеллекта, речи, астериक्सис. Проводили психометрическое тестирование с помощью теста связи чисел по Рейтану. Нарушения мелкой моторики выявляли по динамике почерка.

Среди лабораторных показателей особое внимание уделялось общему анализу крови, а также биохимическому анализу крови с определением общего белка, концентрации общего билирубина и его фракций, активности АлАТ, АсАТ, щелочной фосфатазы, мочевины, креатинина.

Больные были обследованы в динамике: при поступлении (на высоте внепеченочного холестаза) и в послеоперационном периоде (на 10-14 день). Все пациенты были разделены условно на три группы в зависимости от вида оперативного вмешательства. В первой группе проводилась папиллосфинктеротомия (20 больных), во второй – наложение холедоходуоденоанастомоза (20 больных), в третьей группе – холедохотомия, дренирование холедоха (20 больных).

Результаты исследования.

При наличии у больных острого внепеченочного холестаза возникали выраженные сдвиги биохимических показателей. Уровень общего билирубина в среднем составлял $106,1 \pm 20,3$ мкмоль/л, АЛТ – 75,1 Е/Л, АСТ – 72,6 Е/Л. Содержание показателей эндогенной интоксикации мочевины увеличивалось до 9,34 ммоль/л, а креатинина до 109,3 ммоль/л. Также у больных выявлялось наличие анемии и лейкоцитоза. Количество лейкоцитов составляло $9,1 \cdot 10^9$ /л, а эритроцитов уменьшилось до $3,79 \cdot 10^{12}$ /л, концентрация гемоглобина в среднем составляла 107,6 г/л, СОЭ возросла до 38,2 мм/ч.

Основными жалобами у больных с острым внепеченочным холестазом было общее недомогание, слабость, снижение работоспособности, бессонница и кошмарные сновидения, снижение аппетита, желтушность кожных покровов. Также наличие печеночной энцефалопатии у больных выявлялось при использовании и анализе международного опросника качества жизни «SF-36». С помощью данного опросника было установлено, что физическое здоровье пациентов с острым внепеченочным холестазом в среднем составляет 27,7 баллов, а психическое здоровье – 23,809 баллов из 100, что в 3 раза ниже показателей здорового человека. Метод «10 слов» А. Р. Лурии выявил у пациентов ослабление активного внимания, памяти, выраженную их утомляемость, что указывает на астенизацию больных. Кроме того, отмечено, что некоторые исследуемые воспроизвели одно лишнее слово и в дальнейшем при повторении «застражили» на этой ошибке. Такие повторяющиеся «лишние» слова, указывают на наличие органических изменений в головном мозге. Психометрическое тестирование связи чисел по Рейтану пациенты выполняли в среднем за 75,33 секунды, что соответствует второй стадии печеночной энцефалопатии. Здоровый человек выполняет этот тест за 30 секунд. Также у больных изменился почерк, появился мелкокоразмашистый тремор.

После проведенного оперативного лечения и назначения стандартной терапии, происходило незначительное улучшение состояния пациентов, и частичная нормализация биохимических показателей. Уровень общего билирубина в среднем уменьшился с 75,68 мкмоль/л до 31,38 мкмоль/л (в 2,4 раза), АЛТ снизился с 75,1 Е/Л до 66,9 Е/Л (в 1,2 раза), АСТ с 72,6 Е/Л до 63,76 Е/Л (в 1,1 раза), но остались выше нормы. Содержание показателей эндогенной интоксикации мочевины уменьшилось с 9,34 ммоль/л до 8,4 ммоль/л (в 1,1 раза), а

креатинина с 109,3 до 107,76 мкмоль/л (в 1,01 раз) и приблизилось к верхней границе нормы. Также у больных продолжало сохраняться наличие анемии и лейкоцитоза. Количество лейкоцитов снизилось с $9,1 \cdot 10^9/\text{л}$ до $8,91 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроцитов увеличилось с $3,79 \cdot 10^{12}/\text{л}$ до $3,92 \cdot 10^{12}/\text{л}$, концентрация гемоглобина повысилась с 107,6 г/л до 108,8 г/л. СОЭ уменьшилась с 38,2 до 28,23 мм/ч.

При исследовании у пациентов в послеоперационном периоде наблюдалось уменьшение желтушности склер и кожных покровов, но они продолжали жаловаться на общее недомогание, слабость, снижение работоспособности, нарушение сна, снижение аппетита. Наличие церебральных нарушений у больных выявлялось при использовании и анализе международного опросника качества жизни «SF-36». Было установлено, что физическое здоровье пациентов после устранения обтурации в среднем составляет 37,42 баллов, а психическое здоровье 32,81 баллов и всего лишь на 1,35 раза и 1,4 раза выше, чем на фоне холестаза, что в 2,4 раза ниже показателей здорового человека. При проведении метода «10 слов» А. Р. Лурии у пациентов также продолжала сохраняться астенизация, на что указывало наличие ослабления активного внимания, памяти, быстрая утомляемость. Часть больных по-прежнему воспроизводили одно лишнее слово и в дальнейшем при повторении «застревали» на этой ошибке, что говорит о сохраняющихся органических изменениях в головном мозге. Время выполнения психометрического тестирования связи чисел по Рейтану уменьшилось с 75,33 до 70,76 секунд, что соответствует второй стадии печеночной энцефалопатии. Здоровый человек выполняет этот тест за 30 секунд. Также у некоторых больных продолжало сохраняться изменение почерка (мелкоразмашистый тремор).

Различий в биохимических показателях и полученных данных анализа церебральных нарушений в группах больных с разными способами декомпрессии холедоха выявлено не было.

Выводы.

1. Острый внепеченочный холестаз сопровождается выраженным сдвигом биохимических показателей и приводит к нарушениям нейрофизиологических процессов у больных, что проявляется в виде снижения качества жизни, ухудшения внимания, памяти, быстрой утомляемости, замедления психометрических функций.

2. Выполнение декомпрессии желчных протоков и применение стандартной терапии не приводит к восстановлению гомеостаза и полному устранению церебральных нарушений. У пациентов продолжают сохраняться симптомы печеночной недостаточности, эндогенной интоксикации, анемии и печеночной энцефалопатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельченков А. В. О тактике лечения больных с синдромом механической желтухи желчнокаменного генеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Курск, 2010. – 29 с.
2. Гусев Е. И., Скоромец В. И. Ишемия мозга. – М.: Медицина, 2001. – 327 с.
3. Подымова С. Д. Болезни печени. Руководство для врачей. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1998. – 480 с.
4. Wolf D. C. Hepatic encephalopathy // Hepatology. – 2005. – № 22. – pp. 329–336.

ЖАТКИНА И. Н.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Аннотация. В данной статье отражена частота встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у больных неврологического профиля. Проведен анализ полученных при анкетировании данных и сформулированы соответствующие выводы.

Ключевые слова: тревога, депрессия.

ZHATKINA I. N.

**THE PREVALENCE AND SEVERITY OF ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS
IN NEUROLOGICAL PATIENTS**

Abstract. The article considers the frequency anxiety and depressive disorders in patients of neurological profile. In this connection, the author analyzes the survey data and draws some conclusions on the matter.

Keywords: anxiety, depression.

Введение.

Актуальность темы исследования связана с ростом заболеваемости тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР) и их тяжелыми последствиями для общества. По уровню распространенности они занимают первое место среди психических расстройств [3]. По разным данным, ими страдают до 30% обращающихся в общемедицинские учреждения и 10–20% людей в общей популяции, при этом 4% из них страдают хроническими формами [2]. Сопряженная с этими расстройствами утрата трудоспособности и значительные затраты на лечение делают их экономическое бремя весьма ощутимым для денежного резерва развитых стран. Также, важным считается тот факт, что ТДР служат важными факторами риска по развитию разных форм химической зависимости, они отяжеляют течение практически всех сопутствующих заболеваний, сопряжены с повышенной смертностью, а депрессивные расстройства являются главным фактором суицидов, по числу которых наша страна занимает одно из первых мест в мире. ТДР служат мощным стрессовым фактором и этот комплекс обстоятельств создает серьезную проблему не только для здравоохранения, но и общества в целом.

Если говорить о специфике распространения и преобладания ТДР в зависимости от половой принадлежности, то замечено, что у лиц женского пола распространенность ТДР, в два раза выше, чем у лиц мужского. Основным провоцирующим фактором ТДР у женщин, являются гормональные изменения из-за особенностей функционирования

нейроэндокринной системы и ее изменений во время менструального цикла, беременности, родов, климакса. Также, более высокие показатели распространенности ТДР у женщин связаны с тем, что женщины чаще обращаются за медицинской помощью и охотнее говорят с врачом о своих проблемах, в т.ч. эмоциональных [2]. Поэтому очень важно отметить, что тревожно-депрессивные расстройства это в первую очередь эмоциональные расстройства, где тревога – эмоция, направленная в будущее, а депрессия – эмоция, связанная с переживанием прошлого. В результате взаимодействия тревоги и депрессии, как проявление коморбидного состояния, формируется отрицательная оценка как прошлого, будущего, так и настоящего. Следует подчеркнуть, что если в структуре вышеуказанных расстройств преобладают отрицательные эмоции по поводу будущего, то у пациента определяется преобладание тревоги, если же негативного образа прошлого и настоящего – депрессии.

Увеличение частоты ТД нарушений в настоящее время связано с ростом частоты хронических заболеваний в популяции и такими социально-демографическими изменениями, как ухудшение материального обеспечения, возрастающей урбанизацией, миграцией, увеличением плотности населения и высоким уровнем стрессовых расстройств и т. д. Известно, что распространенность депрессивных нарушений увеличивается с возрастом. Пожилой возраст сам по себе ассоциируется с ухудшением соматического состояния человека, ограничениями социального функционирования, снижением или потерей трудоспособности, что, несомненно, отражается на психологическом статусе.

В общемедицинской практике тревога и депрессия редко наблюдаются как изолированные расстройства, практически всегда одно состояние развивается незаметно вслед за другим, или сразу формируются клинические проявления как одного расстройства, так и другого. Распространенность депрессии составляет 10,4%, различных тревожных расстройств – 10,5%, в т.ч. генерализованных тревожных расстройств – 7,9%, фобических расстройств с паническими атаками и без них – 1,5%, изолированных панических приступов – 1,1%. По данным самого масштабного, российского, эпидемиологического исследования последних лет – программы КОМПАС, депрессивные, тревожно-депрессивные, тревожно-ипохондрические и другие невротические состояния разной степени выраженности отмечаются у 46% больных общемедицинской сети здравоохранения, из них выраженные депрессивные – у 24% больных. Особенно высока распространенность расстройств депрессивного спектра у пациентов, страдающих серьезными соматическими заболеваниями [1].

Цель работы.

Целью настоящего исследования являлось выявление частоты встречаемости ТДР у больных неврологического профиля.

Материалы и методы исследования.

В исследовании приняло участие 60 пациентов неврологического отделения МРКБ г. Саранска с различными нозологиями.

Критериями включения больных в исследование послужило выполнение следующих условий: 1) нахождение пациента на стационарном лечении в неврологическом отделении; 2) отсутствие тяжелой соматической и психической патологии и когнитивных нарушений, препятствующих адекватной оценке своего состояния; 3) письменное согласие больного на участие в исследовании.

Критериями исключения были: 1) наличие тяжелой сопутствующей соматической и психической патологии и когнитивных нарушений, препятствующих адекватной оценке своего состояния; 2) отказ больного от участия в исследовании на любом из этапов выполнения работы.

Пациентам выдавались анкеты, в которых они самостоятельно отвечали на ряд поставленных вопросов. Применялись следующие методики: госпитальная шкала депрессии, шкала тревожности по Спилбергу.

Возраст опрошенных больных варьировался от 18 до 76 лет.

Большую часть исследуемой группы составили женщины – 73% (44 человека), мужчины, соответственно – 27% (16 человек).

Результаты.

Установлено, что у 7% пациентов наблюдается депрессия легкой степени выраженности (все опрошенные – женщины), у 93% депрессии не выявлено.

У 33% опрошенных отмечен высокий уровень тревожности (20 человек), из которых 31,4% – женщины и 1,4% – мужчины. У 60% зафиксирован средний уровень тревожности (36 человек). Из них 40% – женщины и 20% – мужчины. У 7% анкетированных больных выявлен низкий уровень тревожности. Из них 1,7% – женщины и 5,3% – мужчины.

Анализ тестов показал, что у 100% больных неврологического стационара зафиксированы тревожные расстройства и только у 7% человек выявлена депрессивная симптоматика. У большей половины больных отмечен средний уровень тревожности.

Выводы.

На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что ТДР более подвержены женщины. Депрессивные проявления наблюдаются только у обследуемых

лиц женского пола. У 100% больных имеются тревожные проявления. Высокий уровень тревожности преимущественно наблюдается у женщин, в то время как у мужчин он практически не выражен. У 60% лиц, принявших участие в исследовании, отмечен средний уровень тревожности и наблюдается он как у мужчин, так и у женщин. У 7% выявлен низкий уровень тревожности, и отмечен преимущественно у мужчин. Возраст большей части контингента опрошенных старше 35 лет, что подтверждает мнение о том, что ТДР более подвержены люди старших возрастных категорий.

В настоящее время, как показывает статистика, ТДР выявляются с трудом в лечебных учреждениях в связи с тем, что структура этих расстройств изменилась в сторону атипичного и латентного течения. Поэтому необходимо их обязательно выявлять с помощью различных известных методов и обращать внимание на наличие или отсутствие клинических проявлений данных состояний, особенно у лиц, страдающих тяжелыми заболеваниями, у людей пожилого возраста, и у других лиц, имеющих немаловажные проблемы, которым также отведена роль в развитии ТДР, и лечить эти расстройства, так как сам факт их наличия только ухудшает общий прогноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Погосова Г. В. Современные подходы к диагностике и лечению расстройств депрессивного спектра в общемедицинской практике. Методическое пособие для врачей // Научно-практический рецензируемый медицинский журнал. – 2007. – № 1. – С. 24.
2. Winokur G., Coryell W., et.al. A prospective follow – up of patients with bipolar and primary unipolar affective disorder // Arch. Gen. Psychiatry. – 1993. – Vol. 50. – pp. 457–465.
3. Wittchen H. U, Jakobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies // Eur. Neuropsychopharmacol. – 2005. – Vol. 15, № 1. – pp. 357–376.