

личности. Высокий удельный вес больных с непсихотическими депрессивными состояниями вызывает необходимость своевременного применения антидепрессантов, а нарастание психопатизации – использование корректоров поведения.

## **ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Чемересюк И.Г.**

*Национальный медицинский университет,  
г. Одесса, Украина*

Профилактика инсульта направлена на устранение факторов риска. К наиболее значимым корригируемым факторам относят артериальную гипертонию, заболевания сердца, ТИА, курение сигарет, сахарный диабет. Менее значимыми корригируемыми факторами можно считать гиперкоагуляционное состояние, серповидно-клеточную анемию, мигрень, применение оральных контрацептивов, злоупотребление наркотиками, дислипидемию.

Артериальная гипертония - наиболее важный корригируемый фактор риска инсульта. Снижение диастолического артериального давления на 8-10 мм рт. ст. в условиях длительной гипотензивной терапии уменьшает в 2 раза частоту развития инсульта [Collins R. et al., 1994]. У больных артериальной гипертонией и сахарным диабетом рекомендуется достижение и поддержание идеальной массы тела, что в большинстве случаев требует снижения общей калорийности пищи. Снижение избыточной массы тела всего на 5-10 кг может привести к существенному снижению повышенного артериального давления. Кроме диеты, для снижения массы тела важное значение имеют регулярные физические нагрузки. Для профилактики повторного инсульта больным перенесшим ТИА или ишемический инсульт, рекомендуют в течение 1-2 лет или постоянно прием антиагрегантов. У больных с мерцательной аритмией, внутрижелудочковым тромбом, искусственным клапаном сердца и другой патологией, опасной повторением кардиоэмболического инсульта, при отсутствии противопоказаний более эффективно использование непрямых антикоагулянтов, чем антиагрегантов, однако это требует регулярного контроля протромбина (повышение международного нормализующего коэффициента до 3-4 или снижение протромбинового индекса до 50-60%).

При выявлении стеноза внутренней сонной артерии обсуждается хирургическое лечение - каротидная эндартерэктомия. При решении вопроса о хирургическом лечении следует учитывать не только степень стеноза сонной артерии, но и распространенность атеросклеротического поражения прецеребральных и церебральных артерий, выраженность патологии венечных артерий, наличие сопутствующих соматических заболеваний. Курение сигарет повышает риск развития инсульта почти на 40 % у мужчин и на 60 % у женщин. Отказ от курения сопровождается постепенным существенным снижением риска инсульта, и после 5 лет воздержания от курения риск развития инсульта у бывшего курильщика мало отличается от риска развития инсульта у никогда не курившего человека.

Важное значение в профилактике атеросклероза придается диете с низким содержанием жира (уменьшение потребления жира до 30 % от общей калорийности пищи и холестерина до 300 мг в сутки). Женщинам с наличием факторов риска инсульта (артериальная гипертония, дислипидемия, мигрень, ТИА) не рекомендуется использовать оральные кон-

трацептивы с высоким содержанием эстрогенов. Злоупотребление алкоголем (регулярное употребление более 70 г чистого этанола в день, алкогольные запои) повышает риск развития инсульта; прекращение злоупотребления алкоголем постепенно снижает этот риск.

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

**Шаров Д.А., Морозова О.А., Иванова В.В., Шарова Н.Н.**

*Чувашский Государственный университет им. И.Н. Ульянова,  
г. Чебоксары*

По данным многочисленных российских эпидемиологических исследований ежегодно в России случается 400-450 тыс. инсультов, а среди больных, перенесших инсульт, частота повторных инфарктов мозга оценивается в 27-30% и в течение 5 лет 50% больных переносят повторный ишемический инсульт (ИИ). Данные цифры указывают на необходимость усиления интенсификации мероприятий по первичной и вторичной профилактике ИИ. Цель исследования. Провести комплексную оценку возможности первичной и вторичной профилактики ИИ на основе ретроспективной оценки клинических случаев инсульта по данным Регионального сосудистого центра ГУЗ «Республиканская клиническая больница» г.Чебоксары.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 89 клинических случаев ИИ (48 мужчин и 41 женщин), которые находились на стационарном лечении в Региональном сосудистом центре г.Чебоксары в период с начала 2011 года. Средний возраст обследуемых составил 68,8±6,4 лет, из них: муж.- 66,0±10,5 лет, жен. - 72,1±8,7 лет. Результаты. Преобладающий контингент исследуемых составляет: городские жители (64%); пенсионеры (66%), инвалиды (18%) и неработающие (9%), со средним и средним специальным образованием (83,2%), мужчины зрелого и женщины пожилого возраста. ИИ в бассейне левой среднемозговой артерии составлял 46,1%, правой средней мозговой – 36%, вертебробазиллярном – 9%. Среди патогенетических подтипов ИИ преобладал атеротромботический (47,2%), кардиоэмболический (32,6%), лакунарный (20,2%). Кардиоэмболический подтип статистически значимо преобладал среди женщин (23,6%), т.к. у мужчин 9%. Средний возраст пациентов с атеротромботическим инсультом 67,5 лет, кардиоэмболическим – 73,1 лет, лакунарным – 64,9 лет. Среди эмболических факторов высоко риска чаще встречалась мерцательная аритмия (34,8%) и дилатационная кардиомиопатия (33,7%), а среди факторов среднего риска – кальцификация митрального клапана (75,3%) и митральный стеноз или недостаточность (74,2%). По данным УЗДГ и дуплексного сканирования МАГ нестенозирующий атеросклероз выявлялся в 9% случаев, гемодинамически значимый стеноз (более 60%) или окклюзия - в 15,7% случаев и гемодинамически не значимый стеноз (менее 60%) – в 70,5% случаев, чаще двусторонний. У большинства больных было сочетание стеноза общей сонной и внутренней сонной артерии (68,5%), а сочетание стеноза и извитости внутренней сонной артерии у 64% больных. Совпадение сочетания стеноза МАГ с артериальным бассейном ИИ было в 90,5% случаев. Первичный инсульт отмечался у 79,8% больных. Повторный ИИ в том же артериальном бассейне был отмечен у 61,1% больных. Атеротромботический ИИ возникает в среднем через 5,7 лет (муж. – 6,4 лет, жен.–2 года), кардиоэмболический – 4 года (муж. – 3 года, жен.- 6 лет). У большинства больных был отмечен высокий риск повторного инсульта по шкале ESRS (86,5%), в среднем 3,8±0,8 баллов. В структуре факторов риска преобладает артериальная гипертензия (90%),