и регулярность курсов терапии позволяет в большинстве случаев контролировать течение нозологии. В тоже время, агрессивность патологического процесса, вовлечение сосудистого русла всех органов и систем, дает основание к поиску новых лекарственных препаратов и разработке схем терапии.

Кравцова Е.Н.[1], Горностаева С.В[1], Голозубова Е.В.[2]

ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСА ФИКСАЦИОННОГО ПОДАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМИ СТЕНОЗАМИ ЭКСТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

[1]ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет», Петрозаводск, Российская Федерация
[2]Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Вестибулярная система, благодаря наличию обширных связей вестибулярных ядер ствола головного мозга с мозжечком, глазодвигательным аппаратом и спинным мозгом обладает высокой чувствительностью к изменению мозгового кровотока. Вестибулярные реакции, в условиях нарушенной мозговой гемодинамики, характеризуются большим разнообразием и отмечаются в 94% случаев у пациентов с хроническими формами недостаточности мозгового кровообращения.

Гемодинамически значимые (более 60% диаметра сосуда) стенозы экстрацеребральных артерий являются одной из ведущих причин нарушений мозгового кровообращения. Важным диагностическим критерием, позволяющим объективизировать изменение вестибулярной функции и определить уровень поражения вестибулярной системы при проведении отоневрологического обследования у лиц с недостаточностью мозгового кровообращения, является оценка индекса фиксационного подавления (ИФП). Выполнение калорических тестов остается «золотым» стандартом отоневрологического обследования. При этом дается оценка таким показателям как унилатеральная недостаточность, дирекционное преобладание, скорость медленной фазы нистагма, ИФП. Определяется степень возбудимости лабиринта (гипо-, нормо- или гиперрефлексия). При наличии у пациента спонтанного нистагма интерпретация результатов калорических проб представляет значительные трудности. Оценка вызванных реакций производится «сквозь» спонтанный нистагм. ИФП нистагма количественно описывает способность пациента произвольно подавлять нистагм, концентрируясь на определенной цели. Считается, что

у здоровых людей нистагм полностью подавляется при фиксации на появившейся цели. В этом случае ИФП будет равен нулю. Для пациентов, не способных подавить нистагм, ИФП будет равен единице.

Регистрация результатов исследования осуществлялась с помощью метода видеонистагмографии на аппарате interacustic VNG (Дания). Калоризация лабиринтов выполнялась с помощью воздушного калориметра температурой соответственно 30 и 44 С, продолжительностью 100 секунд.

Основную группу составили 32 пациента с гемодинамически значимыми (более 60% просвета) нарушениями тока крови в экстракраниальных церебральных артериях. Это лица с сочетанными мультифокальными стенозами экстрацеребральных артериий в каротидном и вертебазилярных бассейнах. Интерес представляли наблюдения лиц со стенозами в каротидном бассейне (16 пациентов, включённый во 2-ю подгруппу), так как влияние ишемии, вызванной стенозами в каротидном бассейне, на вестибулярную систему изучено недостаточно.

Изменение показателей калорических проб отмечено у всех испытуемых обеих групп. В группе пациентов с сочетанными стенозами норморефлексия лабиринтов отмечена только в 3 случаях, гипорефлексия в 29. Арефлексии лабиринтов в данной исследованной группе испытуемых не получено. По данным калорических проб явления как унилатеральной недостаточности, так и дирекционного преобладания (более 25%).

Следует отметить, что у пациентов первой и второй группы ИФП составил <0,5. В группе пациентов с изолированными стенозами каротидном бассейне норморефоексия лабиринтов отмечена у 9 из 16 пациентов. При этом у двух из них отмечена выраженная унилатеральная недостаточность. Явления дирекционное преобладание выше 25% выявлено у у 4 пациентов из этой группы. Мы не отметили «привязанности» значения ИФП к результатам показателей унилатеральной недостаточности или дирекционного преобладания у данной категории обследованных.

На основании полученных результатов мы пришли к следующим выводам.

Изменение характеристик калорических реакций отмечено у всех испытуемых обеих групп. В группе пациентов с изолированными стенозами в каротидном бассейне определены признаки не только центральной, но и периферической вестибулярной дисфункции, что свидетельствует о роли «синдрома обкрадывания»в системе задне-мозговой циркуляции у пациентов с гемодинамически значимыми изолированными стенозами в каротидном бассейне.

Показатель ИФП, полученный при выполнении калорических проб, является хорошим диагностическим маркером при определении уровня поражения вестибулярной системы.

Лапшина І.О.

2-Х РІЧНИЙ КАТАМНЕЗ ПАЦІЄНТІВ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ ТА ТРАНЗІТОРНІ ІШЕМІЧНІ АТАКИ АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Учебно-научный медицинский центр «Университетская клиника» ХНМУ

Для оцінки прогнозу серцево-судинних захворювань при атеротромбозі було проведене динамічне спостереження за хворими на атеротромбоз.

Під нашим спостереженням, упродовж двох років, перебувало 30 пацієнтів (20 чоловіків і 10 жінок) з церебральними проявами атеротромбозу. Із них у 20 (14 чоловіків і 6 жінок) в анамнезі був ішемічний атеротромботичний мозковий інсульт (МІ), 10 (6 чоловіків, 4 жінки) - перенесли транзиторну ішемічну атаку (ТІА). Давнина цих церебральних катастроф не перевищувала 1 року.

Упродовж всього спостереження стежили за клінічними проявами захворювання, спостерігали за ускладненнями. На кожному етапі спостереження (кожні півроку) всім хворим проводилося клінічне обстеження. 20 пацієнтам на МІ оцінювали функціональний стан та здатність до самообслуговування за індексом Бартеля, а також ступінь інвалідизації за шкалою Ренкіна.

Після першого року спостереження всіх пацієнтів було поділено на дві групи: пацієнти І групи (16 хворих, з яких 11 перенесли МІ, 5 ТІА), постійно приймали препарати, спрямовані на запобігання атеротромботичним подіям (аспірин 100 мг або клопідогрел 75 мг). Пацієнти цієї групи контролювали цифри артеріального тиску (АТ), систематично вживали антигіпертензивні препарати, стежили за рівнем загального холестерину, тригліцеридів, приймали гиполіпідемічну терапію.

Пацієнти ІІ групи (14 хворих, з яких 9 перенесли МІ, 5 ТІА), антиагрегантну терапію приймали нерегулярно або не приймали її взагалі, АТ контролювали не систематично, антигіпертензивні препарати вживали епізодично, не стежили за рівнем холестерину.

У динаміці, через два роки спостереження, у хворих І групи, які стежили за станом свого здоров’я, вираженість таких церебральних