

**Лапшина І.О.**  
**ННМК «УК» ХНМУ**  
**2-Х РІЧНИЙ КАТАМНЕЗ ПАЦІЄНТІВ НА МОЗКОВИЙ ІНСУЛЬТ (МІ)**  
**ТА ТРАНЗІТОРНІ ІШЕМІЧНІ АТАКИ (ТІА)**  
**АТЕРОТРОМБОТИЧНОГО ГЕНЕЗУ.**

Для оцінки прогнозу серцево-судинних захворювань при атеротромбозі було проведено 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 ТІА. Давнина цих церебральних катастроф була до 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 гіполіпідемічну 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 неврологічних симптомів, як головний біль, запаморочення, нестабільність цифр АТ, хиткість при ходінні, порушення мови були значно менше виражені як якісно, так і кількісно у порівнянні з пацієнтами ІІ групи. Індекс Бартеля у пацієнтів І групи був у межах  $80,3 \pm 2,5$  бали, у пацієнтів ІІ групи  $78,3 \pm 2,8$  бали. У пацієнтів І групи він виріс у порівнянні з першим етапом на  $24,9$  бала, у пацієнтів ІІ групи на  $22,9$  бала. За шкалою Ренкіна рівень інвалідизації на першому році спостереження у хворих з МІ склав  $3,4 \pm 0,2$  бали, через 2 роки він дорівнював у пацієнтів І групи  $2,0 \pm 0,3$  бали, у пацієнтів ІІ групи  $2,2 \pm 0,3$  бали.

Таким чином, протягом усього періоду спостереження у пацієнтів обох груп відзначалося поліпшення функціонального стану та зменшення ступеня їх інвалідизації, що характеризувалося зменшенням балів за шкалою Ренкіна і збільшенням показників за індексом Бартеля. Проте, у пацієнтів І групи вони були більш вираженими.

Упродовж дворічного спостереження в жодного з пацієнтів I групи не було зафіксовано повторних гострих судинних порушень, атеротромботичного генезу, тоді як у 5 (35,7 % пацієнтів II групи (2 чоловіки і 3 жінки) зафіксовані повторні гострі судинні порушення, що у 3 (21,4 % випадків) закінчилося фатально. У 4 (28,6 % хворих розвинувся повторний мозковий інсульт, у 1 (7,1 %) пацієнта інфаркт міокарда.

Серцево-судинні епізоди розвинулися у тих хворих, у яких було 2 і більше факторів ризику, найчастіше це були: артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, куріння, абдомінальний тип ожиріння. Необхідно відзначити, що на розвиток повторних серцево-судинних епізодів впливають лікувальні заходи, які здійснюються в межах вторинної профілактики.

Наше спостереження за групою з 30 хворих показало, що призначення адекватної медикаментозної терапії (антиагреганти, гіполіпідемічні та антигіпертензивні засоби) впливає на частоту розвитку серцево-судинних ускладнень.