

Выводы

1. При анализе данных выявлено, что наиболее распространенной формой АИО является смешанный вариант отечной формы (в 34 % случаев), которая характеризуется статистически значимым утолщением всех глазодвигательных мышц ($U, p < 0,05$) с максимальным увеличением размера нижней прямой мышцы и медиальной прямой мышцы. Также статистически значимо уменьшен диаметр ЗН с оболочками и без оболочек ($U, p = 0,001$ и $p = 0,012$ соответственно) в связи с выпрямлением и натяжением нерва при протрузии глазных яблок.

2. Миогенный вариант отечной формы встречается в 28 % случаев и сопровождается статистически значимым увеличением размера глазодвигательных мышц с максимальным утолщением нижней прямой мышцы до ($Me\ 7,2[5,8;8,1]$ мм.).

3. Смешанный вариант отечной формы в 67 % случаев осложняется компрессионно-ишемической оптиконеуропатией. В группе с миогенным вариантом «апикальный синдром» диагностирован в 12,5 %.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Şahlı, E. Thyroid-associated ophthalmopathy / E. Şahlı, K. Gündüz // Tur. J. of Ophthalmology. – 2017. – Vol. 47, iss. 2. – P. 94–105.
2. Бровкина, А. Ф. Эндокринная офтальмопатия / А. Ф. Бровкина. – М. : Гэотар-Медиа, 2008. – 184 с.
3. Гемодинамические нарушения в магистральных сосудах глаза в прогрессировании оптической нейропатии и изменении офтальмотонуса при эндокринной офтальмопатии / В. Г. Лихванцева, С. И. Харлап, Е. В. Коростелёва [и др.] // Вестн. офтальмологии. – 2015. – Т. 131, № 4. – С. 32–37.
4. Short-tau inversion-recovery (STIR) sequence magnetic resonance imaging evaluation of orbital structures in Graves' orbitopathy / N. Rodríguez-González, C. Pérez-Rico, R. López-Para Giménez [et al.] // Arch. de la Soc. Esp. de Oftalmología. – 2011. – Vol. 86, № 11. – P. 351–357.

УДК 616.831-005.4-021.3-085-052

**Т. Н. Сапотько¹, Т. П. Пронько¹, Д. С. Трубка¹, Н. А. Филина², Ю. В. Лисай²,
О. В. Пилюк², А. А. Дайнеко², А. А. Фомина²**

¹Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

г. Гродно, Беларусь

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации»,

г. Гродно, Беларусь

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНЫМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Введение

Сосудистые заболевания головного мозга являются актуальной медицинской проблемой в связи с их высокой распространенностью и тяжелыми осложнениями. Ишемический инсульт составляет около 75–80 % от всех случаев острых нарушений мозгового кровообращения [1]. Ишемический инсульт приводит к гибели или глубокой инвалидизации пациентов. Данная проблема является общемировой и определяет необходимость выработки методов профилактики и диагностики [2].

Важнейшим направлением в клинической практике является предупреждение и снижение факторов риска развития ишемического инсульта. К наиболее важным из них относят возраст, артериальную гипертензию, перенесенные транзиторные ишемические атаки, нарушение липидного обмена, сахарный диабет 2 типа, гиперкоагуляцию,

курение, ожирение, низкую физическую активность [3]. Для того, чтобы управлять процессом, необходимо знать, выявлять факторы риска, и проводить их коррекцию.

Цель

Сформировать комплексный терапевтический портрет пациента с первичным ишемическим инсультом головного мозга для оптимизации профилактики и диагностики.

Материалы и методы исследования

Выполнено обследование 103 пациентов с первичным ишемическим инсультом головного мозга (54 мужчины, 49 женщин, средний возраст 73 [43; 94] лет), находившимися на стационарном лечении в неврологическом отделении для пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения ГУЗ «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации». Наличие ишемического инсульта подтверждено данными компьютерной или магнитно-резонансной томографии. У пациентов определялся индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кетле, пациенты были опрошены на наличие в анамнезе АГ, перенесенного ранее инфаркта миокарда, фибрилляции предсердий, сахарного диабета. Всем пациентам было выполнено ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (УЗИ БЦА). Выполнялись лабораторные исследования: общий анализ крови с определением уровней эритроцитов, гемоглобина, лейкоцитов, тромбоцитов, скорости оседания эритроцитов (СОЭ); гемостазиограмма с определением протромбинового времени (ПТВ), международного нормализованного отношения (МНО), активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового индекса (ПТИ), фибриногена; биохимического анализа крови с определением общего белка, мочевины, креатинина, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ), общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов, расчет показателя не-ЛПВП-холестерина, глюкозы, общего билирубина, аспартатаминотрансферазы (АСТ), аланинаминотрансферазы (АЛТ), С-реактивного белка (СРБ), ионов калия, натрия, хлора. Расчет показателя не-ЛПВП-холестерина выполнялся по формуле: общий холестерин – холестерин липопротеинов высокой плотности. Данный показатель является более точным параметром, учитывающий все атерогенные частицы и превосходящий в способности прогнозирования основных сердечно-сосудистых осложнений [4]. Расчет СКФ выполнен по формуле СКД-EPI. Выполнен анализ терапии на амбулаторном этапе перед госпитализацией антиагрегантами, антикоагулянтами, статинами.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 10.0». Полученные результаты представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей (Me [LQ; UQ]) при распределении, отличающемся от нормального (нормальность распределений проверялась при помощи критерия Лиллиефорса).

Результаты исследования и их обсуждение

Из 103 пациентов с первичным ишемическим инсультом у 98,06 % (101 пациент) были выявлены атеросклеротические поражения брахиоцефальных артерий по данным УЗИ БЦА, при этом у 31,06 % (32 пациента) отмечалось утолщение толщины комплекса интима-медиа, у большинства (67 % – 69 пациентов) был диагностирован стеноз БЦА 35 [10; 50] %. На наличие в анамнезе АГ указали 99 % пациентов (102 человека), на перенесенный ранее инфаркт миокарда – 5,83 % (6 пациентов), на наличие в анамнезе пароксизмальной или постоянной формы фибрилляции предсердий – 23,3 % (24 пациента), на наличие сахарного диабета 2 типа – 21,36 % (22 пациента). На регулярный амбулаторный прием антиагрегантов (ацетилсалициловая кислота) указали 62,14 % (64 пациента), антикоагулянтов (ривароксабан) – 2,91 % (3 пациента), статинов (аторвастатин или розувастатин) – 21,36 % (22 пациента).

Секция «Внутренние болезни»

Наличие практически у всех пациентов АГ подтверждает ее статус ведущего модифицируемого фактора риска ишемического инсульта и подчеркивает необходимость тотального контроля артериального давления в популяции. Полученные данные о высокой доле атеросклероза БЦА указывают на недостаточное назначение статинов. Категория пациентов с фибрилляцией предсердий требует особого внимания в связи с высоким риском кардиоэмболического инсульта и необходимостью назначения антикоагулянтов для эффективной вторичной профилактики. Присутствие сахарного диабета 2 типа у 21,36 % пациентов свидетельствует о значимой роли метаболических нарушений в патогенезе цереброваскулярной патологии. Данный факт диктует необходимость строгого контроля гликемии. Относительно редко встречаемый перенесенный инфаркт миокарда указывает на то, что ишемический инсульт часто становится первым манифестным проявлением системного атеротромбоза у данной категории пациентов, опережая клиническую манифестацию ишемической болезни сердца.

ИМТ составил 28,17 [26,6; 29,98] кг/м², что соответствует критериям избыточной массы тела и является независимым модифицируемым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний [2].

Показатели лабораторных исследований пациентов с ишемическим инсультом представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Лабораторные показатели пациентов с ишемическим инсультом

Лабораторный показатель	Значение
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,49 [4,2; 4,88]
Гемоглобин, г/л	143 [134; 157]
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	7,78 [6,3; 9,6]
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	194 [145; 228]
СОЭ, мм/час	14 [8; 22]
АЧТВ, сек	24,7 [22,1; 27,3]
ПТВ, сек	14,3 [13,2; 15,5]
ПТИ	0,9 [0,83; 0,96]
МНО	1,13 [1,05; 1,22]
Фибриноген, г/л	4,33 [3,80; 5,37]
Общий белок, г/л	65,0 [61,0; 69,3]
Мочевина, ммоль/л	6,52 [5,20; 8,00]
Креатинин, мкмоль/л	90,5 [75,9; 110,3]
Общий холестерин, ммоль/л	5,00 [4,30; 6,30]
ХС ЛПВП, ммоль/л	1,45 [1,15; 1,80]
ХС ЛПНП, ммоль/л	2,77 [2,08; 3,60]
Не-ЛПВП-холестерин, ммоль/л	3,62 [2,88; 4,77]
Триглицериды, ммоль/л	1,33 [0,98; 1,89]
Глюкоза, ммоль/л	6,10 [5,30; 7,40]
СКФ, мл/мин/1,73 м ²	63,65 [48,00; 77,00]
СРБ, мг/л	7,65 [4,30; 12,20]
Общий билирубин, мкмоль/л	11,3 [8,95; 15,95]
АСТ, Ед/л	22,9 [18,4; 33,0]
АЛТ, Ед/л	17,5 [12,6; 27,8]
Калий, ммоль/л	4,38 [4,11; 4,72]
Натрий, ммоль/л	139,6 [137,5; 141,1]
Хлориды, ммоль/л	107,25 [104,8; 109,4]

«Лабораторный портрет» пациента с первичным ишемическим инсультом характеризуется отсутствием значимых изменений в общем анализе крови, но при этом наличием признаков гиперкоагуляции (укорочение АЧТВ, повышение уровня фибриногена). Это подтверждает роль нарушений в системе гемостаза в патогенезе заболевания и подчеркивает важность не только антиагрегантной, но и антикоагулянтной терапии у отдельных групп пациентов (например, с фибрилляцией предсердий). Биохимический профиль пациента выявляет дислипидемию – повышение ХС ЛПНП, не-ЛПВП-холестерина, умеренное снижение функции почек (умеренное снижение СКФ), наличие системного воспаления (повышение СРБ).

Также полученные данные свидетельствуют о выраженной недостаточности профилактических мероприятий на амбулаторном этапе: низкая частота приема статинов на фоне дислипидемии и критически низкий процент применения антикоагулянтов у пациентов с фибрилляцией предсердий.

Выводы

Таким образом, типичный пациент с первичным ишемическим инсультом головного мозга – это лицо с избыточной массой тела, с практически обязательным наличием АГ, атеросклеротическим поражением БЦА и высоким удельным весом таких сопутствующих патологий, как фибрилляция предсердий и сахарный диабет 2 типа. Ишемический инсульт – это не только неврологический дефицит, но и комплекс метаболических нарушений (дислипидемия, системное воспаление). Полученные результаты указывают на наличие значимого потенциала для снижения риска цереброваскулярных катастроф за счет воздействия на управляемые факторы. Наиболее важным представляется усиление роли первичного звена здравоохранения в назначении адекватной терапии, а также проведении разъяснительной работы с пациентами для повышения приверженности к лечению.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Применение методов математического моделирования в оценке тяжести ишемического инсульта у пациентов с артериальной гипертензией / А. Ю. Рябченко, А. М. Долгов, Е. Н. Денисов, Н. И. Колодцова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – № 119 (12–2). – С. 13–18.
2. Глущенко, Н. В. Злокачественный ишемический инсульт: клинические и биохимические особенности диагностики / Н. В. Глущенко, О. Г. Саркисян, З. А. Гончарова // Южно-Российский журнал терапевтической практики. – 2023. – № 4 (2). – С. 35–45.
3. Анализ основных факторов, влияющих на развитие ишемического инсульта / В. В. Масляков, О. Н. Павлова, Ю. В. Фохт [и др.] // Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: реабилитация, врач и здоровье. – 2022. – № 1 (55). – С. 18–28.
4. Сергиенко, И. В. Российские клинические рекомендации по нарушению липидного обмена 2024 г. Что нового? / И. В. Сергиенко // РМЖ. – 2023. – № 4. – С. 12–16.