

имело тенденцию к снижению. Показаниями к проведению НИЛИ послужила АГ не поддающаяся медикаментозной терапии и обусловленная как ГБ, так и симптоматическими формами АГ. Лазеротерапию проводили аппаратом АЛТ «Восток». Методика лазеротерапии контактная, стабильная по полям: 1) паравертебрально Th III слева и справа по 1 минуте; 2) с III, C V, C VII справа и слева по 1 минуте; 3) кубитальная вена справа — 2 минуты. Мощность — 10 Вт; частота импульсов — 3000 Гц; частота модуляции — 2,4 Гц; курс лечения — 6–8 процедур.

При поступлении уровень АД составлял  $218,2 \pm 6,8/134,4 \pm 2,9$  мм рт. ст. и гипотензивная терапия на протяжении 3–4 дней не приводила к сколько-нибудь существенному снижению АД у наблюдаемых нами больных. После проведения 3-х сеансов лазеротерапии у большинства больных наблюдалось отчетливое снижение как систолического, так и диастолического АД, что составило  $170,8 \pm 4,5/106,7 \pm 2,3$  мм рт. ст., причем на фоне частичной отмены и уменьшения дозы гипотензивных препаратов. После 5-го сеанса уровень АД составлял  $166,5 \pm 4,4/104,8 \pm 2,4$  мм рт. ст., на 7-й сеанс АД составило  $152,6 \pm 3,4/98,5 \pm 2,3$  мм рт. ст. и вплоть до выписки из стационара. В целом отчетливый гипотензивный эффект НИЛИ наблюдался у 28 больных. На 7-й день после лазеротерапии из 15 больных с изменениями в глазном дне, у 10 уменьшились признаки нейроретинопатии, что выразилось в исчезновении геморрагических и ишемических очагов в сетчатке и устранении признаков ее отека. У 11 больных с сопутствующей ИБС приступы стенокардии стали более редкими и менее выраженными, что сопровождалось положительной динамикой сегмента ST и зубца T ЭКГ. Наблюдаемый гипотензивный эффект лазеротерапии, мы обратили внимание на появление у больных более выраженной реакции на ранее принимаемые гипотензивные средства, что, в ряде случаев, позволило уменьшить дозировку либо полностью отменить часть препаратов. Особо следует отметить, что НИЛИ было эффективно в отношении АГ лишь в комплексе с медикаментозными средствами лечения. Отсюда следует вывод, что лазеротерапия при АГ является лишь способом преодоления рефрактерности к гипотензивной терапии, но не самостоятельным методом лечения. Опыт применения НИЛИ в комплексной терапии 32 больных АГ показал высокую эффективность его использования. В настоящее время доступность и относительная простота методики лазеротерапии позволит широко применять его для лечения больных АГ, рефрактерной к медикаментозной терапии.

Таким образом, НИЛИ в комплексе с медикаментозной терапией позволяет снизить АД, повысить чувствительность к гипотензивным средствам и уменьшить потребность в лекарственных препаратах, что, в конечном счете, может улучшить течение и прогноз заболевания у больных АГ, рефрактерной к традиционному лечению.

УДК 616.831.94–005.1–036.22–071.1:616.13–007.64

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЙ  
АНАЛИЗ ПРИ СПОНТАННЫХ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ  
АНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО И НЕАНЕВРИЗМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА**

**Харчикова Н. С.**

**Научный руководитель: к.м.н. М. В. Олизарович**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

***Введение***

Согласно статистическим данным, опубликованным в США, аневризмы сосудов головного мозга развиваются в течение жизни у 1 из 17 человек. Они могут возникать в

любом возрасте, но наиболее часто эта патология клинически определяется у пациентов в возрасте 35–60 лет [1].

Аневризмы опасны для жизни в связи разрывом их стенок и развитием субарахноидального кровоизлияния (САК) или формированием внутримозговых гематом. В связи с подобными тяжелыми последствиями разрыва аневризм, предпочтительнее их выявление и лечение до развития кровоизлияния [2, 3].

#### **Цель**

Сопоставительный анализ эпидемиологических и поиск этиологических факторов при аневризмах сосудов головного мозга и спонтанных неаневризматических САК.

#### **Методы исследования**

Проведен анализ 40 истории болезни пациентов, лечившихся в неврологическом, нейрохирургическом и реанимационном отделениях УЗ «Гомельская областная клиническая больница» в 2009–2010 гг. В группе неаневризматических САК было 21, с разрывами аневризмы — 19 пациентов. Проанализированы следующие показатели: половозрастная структура пациентов, анамнез заболевания и жизни.

#### **Результаты исследования**

##### **Сравнительный анализ половозрастного состава**

Половозрастной состав в обеих группах изучен с использованием общепринятого деления по возрасту. Полученные данные по половозрастному составу в группе с неаневризматическим САК представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов по возрасту и полу в группе неаневризматических САК

Возраст, лет	Количество больных, n	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
18–29	1	4,8	0		1	4,8
30–39	5	23,8	3	14,3	2	9,5
40–49	11	52,4	7	33,3	4	19,1
50–59	3	14,2	1	4,8	2	9,5
Старше 60	1	4,8	0		1	4,8
Всего	21	100	11	52,4	10	47,6

Как следует из таблицы 1, среди пациентов с неаневризматическим САК преобладали лица среднего возраста (40–49 лет) — 11 (52,4 %) человек, с некоторым превалированием женщин (52,4 %).

Половозрастной состав лиц, перенесших разрыв аневризмы, приведен в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение пациентов по возрасту и полу в группе верифицированных аневризм

Возраст, лет	Количество пациентов, n	%	Пол			
			женский	%	мужской	%
30–39	3	15,8	1	5,3	2	10,5
40–49	8	42,1	3	15,8	5	26,3
50–59	7	36,8	2	10,5	5	26,3
Старше 60	1	5,3	1	5,3	0	0
Всего	19	100	7	36,8	12	63,2

Согласно данным таблицы 2, среди пациентов с доказанной аневризмой преобладали лица в возрасте 40–59 лет — 15 (78,9 %) человек, мужчины составили 63,2 %.

Характер трудовой деятельности при спонтанных САК, как при разрыве аневризмы, так и неаневризматического генеза, может существенно влиять на степень риска его наступления, в связи с тем, что психические и физические перегрузки повышают системное артериальное давление. Результаты анализа трудовой деятельности в обеих изученных группах представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Характер труда у пациентов исследованных групп

Вид труда	САК без аневризмы		Разрыв аневризмы	
	n	%	n	%
Интеллектуальная и сидячая работа	3	14,3	7	37,8
Умеренный физический	10	47,6	4	21,05
Тяжелый физический	6	28,6	3	15,8
Пенсионеры	2	9,5	1	4,3
Неработающие	0	0	4	21,05
Всего	21	100	19	100

Как следует из таблицы 3, для пациентов с неаневризматическим САК более характерен умеренный физический труд (10 (47,6 %) человек). В группе доказанных при церебральной ангиографии аневризм наибольшая доля была у лиц, выполнявших интеллектуальную или сидячую работу (7 (37,8 %) человек).

#### **Анамнестические особенности**

Различные соматические заболевания могут быть провоцирующим или отягощающим фактором как до развития САК, так и после состоявшегося кровоизлияния. Структура сопутствующей патологии в исследованных группах представлена в таблице 4.

Таблица 4 — Сопутствующая патология

Тип нарушения	САК без аневризмы		Разрыв аневризмы	
	n	%	n	%
Артериальная гипертензия	13	61,9	15	78,9
Сахарный диабет	3	14,3	9	47,4
Ишемическая болезнь сердца	6	28,6	7	36,8
Хроническая сердечная недостаточность	1	4,8	5	26,3
Ожирение	5	23,8	8	42,1

Как следует из таблицы 4, артериальная гипертензия преобладала в обеих группах (61,9 и 78,9 % соответственно). Обращает на себя внимание высокая доля лиц, страдающих сахарным диабетом (47,4 %) и ожирением (42,1 %), в группе разорвавшейся артериальной аневризмы. У части обследованных было сочетание нескольких заболеваний.

Собран подробный анамнез жизни, с выделением наиболее часто встречающихся факторов. Установлено, что смерть родителей от сосудистой патологии головного мозга имела место в 12 (57,1 %) случаях при неаневризматическом САК и в 10 (52,6 %) — при диагностированных аневризмах. Наркозы в анамнезе встречались, соответственно, у 6 (28,6 %) и 8 (42,1 %) обследованных, ранняя смерть одного из родителей (до 40-летнего возраста) — в 14,3 и 26,3 % случаев соответственно. Рождение в многодетной семье отмечено в 42,6 % при неаневризматическом САК и 47,4 % — при доказанной аневризме сосудов головного мозга.

#### **Выводы**

1. Установлены анамнестические различия в исследованных группах: для пациентов с неаневризматическим САК более характерен умеренный физический труд (47,6 %), для доказанных аневризм — интеллектуальная или сидячая работа (37,8 %). В группе разорвавшихся аневризм было больше лиц, перенесших наркозы в течение жизни, и тех, у которых один из родителей умер до 40 лет.

2. Основным фоновым заболеванием была артериальная гипертензия, которая преобладала в обеих группах (61,9 и 78,9 % соответственно). Установлена высокая доля лиц, страдающих сахарным диабетом (47,4 %) и ожирением (42,1 %), в группе разорвавшейся артериальной аневризмы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мартыненко, С. Н. Внутричерепные артериальные аневризмы / С. Н. Мартыненко // Неврологический вестник. — 2000. — № 1–2. — С. 61–72.
2. Протас, Р. Н. Церебральные артериальные аневризмы и артериовенозные мальформации / Р. Н. Протас // Мед. новости. — 2002. — № 2. — С. 40–42.
3. Рекомендательный протокол ведения больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга / А.Н. Коновалов [и др.] // Вопр. нейрохир. — 2006. — № 3. — С. 3–9.