

В. С. Толкачев, В. Н. Бондарь

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

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

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СУДОРОЖНЫХ ПРИСТУПОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

Введение

Инсульт занимает второе место среди наиболее распространенных причин смертности и является главной причиной инвалидизации в мире. Несмотря на то, что последние достижения в терапии острого инсульта улучшили продолжительность жизни, наблюдается последовательный рост распространенности эпилепсии, связанной с инсультом [1].

Эпилептические припадки (далее – ЭП) могут развиваться в разные периоды инсульта, в зависимости от времени их возникновения по отношению к инсульту выделяют припадки-предвестники, ранние и поздние припадки.

Припадки-предвестники (предшествуют инсульту) связывают с длительной сосудистой недостаточностью вследствие стенозирующего поражения магистральных сосудов головного мозга, они развиваются до клинической манифестации инсульта и часто являются единственным проявлением преходящего нарушения мозгового кровообращения [2].

Ранние припадки (далее – РП) развиваются в первые 7 суток после острого нарушения мозгового кровообращения (далее – ОНМК) и связаны с начальными изменениями в перифокальной области: клеточная биохимическая дисфункция приводит к временной периинфарктной деполяризации и повышению внеклеточной концентрации глутамата, что в свою очередь ведет к электрической гипервозбудимости ткани мозга и возникновению латерализованных эпилептиформных разрядов нейронов [2].

Поздние припадки (далее – ПП) появляются через 7 суток после ОНМК и вызваны более выраженной перестройкой нервной ткани: деафферентацией, изменением свойств мембран нейронов, селективным снижением числа нейронов в определенных областях мозга, спрутингом коллатералей аксонов. Все это приводит к состоянию гипервозбудимости ткани мозга, синхронизации нейронов и развитию эпилептических припадков [2].

Большое внимание в настоящее время уделяется поиску факторов риска развития постинсультной эпилепсии [3].

Цель

Провести сравнительный анализ клинико-anamnestических данных и изучить особенности развития судорожных приступов в остром периоде инсульта.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 108 пациентов, поступивших в остром периоде инсульта в неврологическое отделение № 2 ГУЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» в 2018–2020 гг. Всем пациентам было проведено обследование: изучение анамнеза жизни, анамнеза заболевания (включая сопутствующую патологию), неврологического статуса, данных нейровизуализации (КТ и/или МРТ головного мозга), выполненной в первые дни

заболевания. В зависимости от факта наличия или отсутствия судорожных приступов (далее – СП) в остром периоде инсульта, выборка была разделена на 2 группы:

– в 1-ю группу вошло 36 пациентов, у которых на фоне ОНМК наблюдались как РП, так и ПП, из которых 21 женщина (58,3%) и 15 мужчин (41,7%) в возрасте от 49 до 87 лет, средний возраст – 65,9±4,3 лет;

– 2-ю группу (контрольную) составили пациенты (n=72) также в остром периоде инсульта, но у которых отсутствовали СП, из числа которых 40 женщин (55,6%) и 32 мужчины (44,4%) в возрасте от 45 до 90 лет, средний возраст – 67,1±3,7 лет.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением компьютерных программ Excel 2016 и Statistica (V.10.0). При сравнении независимых групп использовали непараметрический метод – U-критерий Манна – Уитни. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительная характеристика клинико-anamnestических данных сравниваемых групп представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Клиническая характеристика сравниваемых групп

Показатель	1-я группа (с СП, n=36)	2-я группа (контроль, n=72)	Уровень значимости, p
Первичный инсульт	14 (38,9%)	47 (65,3%)	0,013
Повторный инсульт	22 (61,1%)	25 (34,7%)	0,022
Ишемический инсульт (ИИ)	19 (52,8%)	62 (86,1%)	0,002
Геморрагический инсульт (ГИ)	17 (47,2%)	10 (13,9%)	0,028
Ишемическая болезнь сердца (ИБС)	33 (91,7%)	59 (81,9%)	>0,05
Атеросклероз (АС)	34 (94,4%)	63 (87,5%)	>0,05
Мерцательная аритмия (МА)	15 (41,7%)	12 (16,7%)	0,041
Артериальная гипертензия (АГ)	36 (100%)	70 (97,2%)	>0,05
СД 2-го типа	7 (19,4%)	8 (11,1%)	>0,05
Алкоголизм	5 (13,8%)	7 (9,7%)	>0,05
Транзиторные ишемические атаки (ТИА)	10 (27,8%)	11 (15,3%)	0,046

Анализ исходных данных включенных в исследование пациентов выявил статистически значимые различия в следующих параметрах:

– пациенты 1-й группы (с развитием СП) значительно чаще страдали от повторного инсульта (61,1% против 34,7%, $p=0,022$); в свою очередь в группе контроля значимо преобладали пациенты с первичным инсультом (65,3% против 38,9%, $p=0,013$);

– ИИ значительно чаще отмечались для пациентов 2-ой группы (контрольной, 86,1%) по сравнению с 1-й группой (52,8%), соответственно, $p=0,002$;

– ГИ статистически значимо преобладали в группе 1 (инсульты, осложненные ЭП) (47,2% против 13,9%, $p=0,028$);

– для пациентов, у которых возникали ЭП в остром периоде инсульта, характерно более частое наличие в анамнезе МА (41,7% против 16,7%, $p=0,041$) и ТИА (27,8 и 15,3% соответственно, $p=0,046$).

Для 1-й группы, согласно патогенетической классификации ИИ, распределение было следующим: атеротромботический у 3 (15,8%) пациентов, кардиоэмболический у 9 (47,4%), лакунарный у 2 (10,5%), неизвестной этиологии у 5 (26,3%).

Для контрольной группы (2-й) соотношение было иначе: атеротромботический у 24 (38,7%), кардиоэмболический у 12 (19,4%), лакунарный у 9 (14,5%), неизвестной

этиологии у 16 (25,8%), другой этиологии у 1 (1,6%) пациента. Сравнительный анализ данных двух групп выявил статистически значимые различия: для пациентов, у которых в остром периоде инсульта развивались СП, наиболее часто патогенетическим механизмом развития инсульта являлся кардиоэмболический (47,4% против 19,4%, $p=0,033$). Для контрольной группы преобладающим являлся атеротромботический механизм (38,7% против 15,8%, $p=0,04$).

Выводы

1. Пациенты, у которых при ОНМК наблюдались СП, значительно чаще страдали от повторного инсульта.

2. ГИ статистически значимо преобладали в исследуемой группе (с СП).

3. Для пациентов, у которых возникали ЭП в остром периоде инсульта, характерно более частое наличие в анамнезе МА и ТИА.

4. Наиболее часто для пациентов исследуемой группы патогенетическим механизмом развития инсульта являлся кардиоэмболический; для контрольной группы преобладающим являлся атеротромботический механизм.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нейробиологические аспекты ишемии мозга и постинсультной эпилепсии / Н. Д. Сорокина [и др.] // Журнал высшей нервной деятельности. – 2002. – № 6(975). – С. 656–670.
2. Эпилепсия у больных инсультом / А. Б. Гехт [и др.] // Российский медицинский журнал. – 2000. – № 2(342). – С. 14–17.
3. Особенности церебральной гемодинамики у больных с эпилептическими припадками после ишемического инсульта / А. Б. Гехт [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – № 9(721). – С. 28–32.

УДК 616.8-009.17+616.839]:378-057.875

К. И. Шведова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Введение

Вегетативная нервная система регулирует деятельность внутренних органов и систем, отвечает за гомеостаз организма и устойчивость основных физиологических функций. В последние десятилетия отмечена тенденция увеличения распространенности вегетативных нарушений, наиболее часто манифестация происходит в возрасте 20–30 лет [1]. Повышенная утомляемость, чрезмерные физические нагрузки, эмоциональные проблемы, нарушение сна и аппетита – все это является причиной вегетативных нарушений, а также ведет к перенапряжению и истощению высшей нервной деятельности, что может привести к астеническому синдрому. Развивается астения – общая реакция организма на любое состояние, угрожающее истощению энергетических ресурсов [2].

Цель

Произвести сравнительную оценку лабильности вегетативной нервной системы и наличия астенических расстройств у студентов высших учебных заведений.