

УДК 616.831-005.1

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИМ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЕМ РИТМА**Ю. А. Герасимова¹****И. А. Чельшева^{2*}**, доктор медицинских наук,**М. С. Кузьмина²,****И. С. Бунина³**¹ ГБУЗ ВО «Владимирская областная клиническая больница» г. Владимир² ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава РФ, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8³ ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3», 153008, Россия, г. Иваново, ул. Постышева, д. 57/3**Ключевые слова:** нарушения ритма сердца, кардиогенная эмболия, ишемический инсульт.** Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: iraks@yandex.ru*

Целью исследования явилось установление особенностей клинической картины и восстановления утраченных функций у больных с ишемическим инсультом на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) с нарушениями ритма.

На базе реанимационного и неврологического отделений для больных с ОНМК ГБУЗ ВО «Областная клиническая больница» г. Владимира, ОБУЗ «Городская клиническая больница № 3» г. Иванова обследованы 30 больных (средний возраст – 68,2 ± 9,1 года) с ишемическим инсультом (кардиоэмболический подтип) на фоне ИБС с нарушениями ритма. Критерии исключения: сопутствующие онкологические и гематологические заболевания, тяжелая почечная, печеночная, дыхательная недостаточность, онкологические заболевания, деменция, алкоголизм, синдром полиорганной недостаточности.

Диагностическое обследование проводилось при поступлении (МСКТ головного мозга с использованием 16-срезового спирального рентгеновского томографа фирмы «GE», дуплексное сканирование с цветовым доплеровским картированием магистральных артерий головы и шеи, ЭКГ, эхоКГ, клинический и биохимический анализ крови и мочи) и повторялось по необходимости.

Оценка неврологического статуса проводилась по шкалам NIHSS, модифицированной шкале Рэнкина, индексу мобильности Ривермид, исследовались высшие мозговые функции: речь, праксис, гнозис. У данных больных проанализировано восстановление двигательных и речевых функций в острейшем и остром периодах инсульта. Осуществлялась статистическая обработка данных с помощью программы «Excel 2007».

Большинство пациентов поступило в клинику в первые 12 часов от начала развития заболевания. В течение 2–5 часов от момента заболевания госпитализировано 50% больных, в течение 6–12 часов – 40%, более 12 часов – 10%.

У 50% больных диагностирован ишемический инсульт в системе левой внутренней сонной артерии; у 30% – в системе правой внутренней сонной артерии, у 10% – в вертебрально-базиллярном бассейне и у 10% – одновременно в двух бассейнах. Большие размеры инфаркта мозга выявлены у 17% пациентов, очаги среднего размера – у половины больных, небольшие инфаркты мозга – у 33% больных. Данные анамнеза и обследования показали, что у всех больных имелись ИБС, гипертоническая болезнь и нарушения ритма (преобладала фибрилляция предсердий

Gerassimova Yu. A., Chelysheva I. A., Kuzmina M. S., Bunina I. S.**EARLY REHABILITATION IN PATIENTS WITH CARDIOEMBOLIC ISCHEMIC STROKE ON THE BACKGROUND OF ISCHEMIC HEART DISEASE WITH RHYTHM DISORDER****Key words:** cardiac rhythm disorder, cardiogenic embolism, ischemic stroke.

(90%, в том числе постоянная форма – 60%, пароксизмальная – 30%). Экстрасистолия и/или синдром WPW был выявлен у 10% пациентов. Желудочковые нарушения ритма наблюдались только у пациентов с ИИ в правом полушарии. Изменения на ЭКГ у пациентов с локализацией очага ИИ в правом полушарии также характеризовались частой встречаемостью удлинения интервала QT (20%).

У 70% больных констатировано внезапное развитие симптоматики с максимальной выраженностью неврологического дефицита в дебюте инсульта, при этом у 30% пациентов была потеря сознания. В клинической картине инсульта преобладала тяжелая очаговая неврологическая симптоматика: двигательные нарушения в виде гемиплегии – у 65% пациентов, речевые расстройства: грубая сенсомоторная афазия и грубая дизартрия (30 и 20% соответственно). При поступлении оценка по шкале NIHSS была $14,1 \pm 2,2$ балла, по шкале Рэнкина – $4,2 \pm 1,3$ балла; индекс мобильности Ривермид был очень низкий – $1,2 \pm 0,7$ балла.

В результате лечебно-реабилитационных мероприятий в конце острого периода инсульта всем больным проведена оценка восстановления утраченных функций. Значительная степень восстановления двигательной функции установлена у 35% пациентов, умеренная – у 25%, минимальная – у 40% пациентов. Практически не отличалась степень восстановления речевой функции: значительная – 40%, умеренная – 25%, минималь-

ная – 35% случаев. Минимальная степень восстановления функций была у пациентов с локализацией инфаркта мозга в вертебрально-базиллярной системе и большим размером полушарного поражения с геморрагической трансформацией. На момент выписки у 65% больных зафиксировано по шкале NIHSS $6,1 \pm 2,3$ балла; по шкале Рэнкина – $3,2 \pm 1,1$ балла. Индекс мобильности Ривермид значительно возрос – до $7,7 \pm 6,1$ балла ($p < 0,05$). Быстрый регресс неврологических симптомов был зафиксирован в 35% случаев.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у пациентов с КЭИ на фоне ИБС с нарушениями ритма преобладает фибрилляция предсердий (90%). Выявленные в процессе обследования тревожные кардиальные феномены, такие как удлинение интервала QT, желудочковые аритмии, встречавшиеся при инсультах в правом полушарии, нацеливают на то, что курс реабилитационных мероприятий таким пациентам должен проводиться более длительно и осторожно в тесном контакте с кардиологом. Наше исследование показало, что у большинства пациентов преобладала значительная и умеренная степень восстановления двигательных и речевых функций (60–65%), причем у половины из них был феномен быстрого регресса неврологических симптомов, что может быть связано не только с миграцией эмбола, но с патогенетически обоснованной своевременной терапией и адекватными реабилитационными мероприятиями.