

ТЕЗИСЫ II МЕЖДУНАРОДНОГО АНГИОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО КОНГРЕССА СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ЛЕЧЕНИЮ ИНСУЛЬТА

Минск, 15–16 мая 2026 г.

Научное электронное издание



ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ

Тезисы II Международного ангионеврологического конгресса специалистов по лечению инсульта

Минск, 15–16 мая 2026 г.

Научное электронное издание

Минск
«Профессиональные издания»
2026

УДК 616.831-005.1(043.2)
ББК 56.12я43

Рецензенты:

Марченко С. В., заведующий отделом неврологии и нейрохирургии Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии, главный внештатный специалист по ангионеврологии Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

Наумова Г. И., кандидат медицинских наук, доцент, руководитель центра пароксизмальных состояний Витебского областного клинического диагностического центра, главный внештатный невролог Главного управления по здравоохранению Витебского облисполкома

В авторской редакции

ISBN 978-985-7382-04-0

© Оформление.
УП «Профессиональные издания», 2026

ЦИТИКОЛИН



Ноотропный препарат
для лечения неврологических
и когнитивных нарушений,
связанных с **инсультом** и
травматическим повреждением
головного мозга

+ республиканский формуляр
лекарственных средств

раствор для внутривенного и
внутримышечного введения
1000 мг/4 мл

по рецепту



Ноотропный препарат
для лечения неврологических
и когнитивных нарушений,
связанных с **нарушением**
мозгового кровообращения и
травматическим повреждением
головного мозга

+ республиканский формуляр
лекарственных средств

+ перечень основных
лекарственных средств

раствор для приема внутрь
100 мг/мл во флаконе 50 мл

без рецепта



ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ

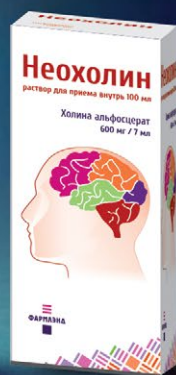
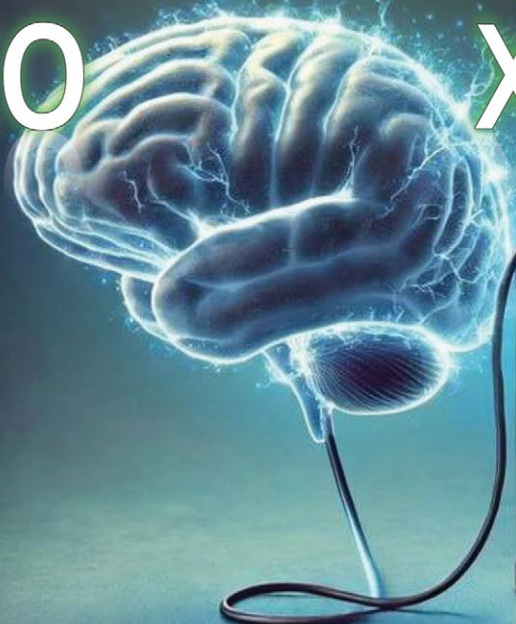
Реклама. Имеются противопоказания, побочные эффекты или нежелательные реакции. Продолжительность лечения устанавливается индивидуально. При беременности принимать после консультации с врачом. Производитель ОАО «БЗМП».

Содержание

<i>Amarakoon T.S., Dunumala S.T.B., Saspara U., Athukorala S.U., Shabunko A.I.</i> Prevalence of Modifiable Risk Factors in Hospitalized Patients with Ischemic Stroke: A Single-Center Observational Study	7
<i>Athukorala S.U., Saspara U., Amarakoon T.S., Dunumala S.T.B., Shabunko A.I.</i> Awareness of Stroke Symptoms and Pre-hospital Delay: A Retrospective Analysis of 35 Ischemic Stroke Patients	8
<i>Saspara U., Athukorala S.U., Shabunko A.I.</i> Cryptogenic Ischemic Stroke in a Young Adult: A Case Report	9
<i>Авдей Г.М., Хованская Г.Н., Гончарова В.В.</i> Когнитивный статус и качество сна у пациентов в остром периоде инфаркта мозга в зависимости от выраженности двигательных нарушений	11
<i>Валеева К.Г., Данилова Т.В.</i> Особенности когнитивного статуса у пациентов с первичным и повторным ишемическим инсультом	12
<i>Валеева К.Г., Данилова Т.В.</i> Особенность приверженности вторичной профилактике у пациентов с повторным ишемическим инсультом в зависимости от пораженного церебрального сосудистого бассейна	13
<i>Васкаева Г.Р., Данилова Т.В.</i> Клинико-нейровизуализационные характеристики эпилептического статуса в остром периоде церебрального инсульта	15
<i>Парамонова Е.Б., Оленская Т.Л., Николаева А.Г.</i> Реабилитация пациентов со смешанным тревожным и депрессивным расстройством с помощью гипобарической адаптации	17
<i>Привалова М.А., Зуева О.Н., Соколова М.Г., Литвиненко И.В.</i> Оценка эффективности применения методов реперфузионной терапии в комплексном лечении ишемического инсульта у лиц старших возрастных групп	19
<i>Тименова С.В., Брось Н.А., Лебецкая А.И.</i> Инфаркт мозга у пациентов с фибрилляцией предсердий	21
<i>Хованская Г.Н., Авдей Г.М., Хопёрский П.Г., Фиясь Ж.А., Селицкая З.С.</i> Междисциплинарное взаимодействие в реализации ресурса ранней реабилитации и абилитации у пациентов после реперфузионной терапии	23
<i>Шабунько А.И., Мулярчик Л.Е., Мицкевич Д.А.</i> Особенности тревожно-депрессивных расстройств у пациентов в ранний и поздний восстановительные периоды инфаркта головного мозга в зависимости от семейного положения	24

Заряди свой мозг

НЕО ХОЛИН



раствор **холина альфосцерата**
для приема внутрь 600 мг (7 мл) 100 мл



*теперь можно по льготе**

**Постановление МЗ РБ №23 от 27.03.2026*

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ. ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Информация для специалистов здравоохранения. Реклама. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Противопоказан при беременности и в период грудного вскармливания. Производитель: Белорусско-голландское СП ООО «ФАРМЛЭНД»

Amarakoon T.S., Dunumala S.T.B., Saspara U., Athukorala S.U., Shabunko A.I.
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus

Prevalence of Modifiable Risk Factors in Hospitalized Patients with Ischemic Stroke: A Single-Center Observational Study

Relevance. Stroke remains one of the leading causes of mortality and long-term disability worldwide. Understanding the distribution and impact of modifiable and non-modifiable risk factors is essential for improving prevention strategies and reducing disease burden.

Purpose. This study aimed to evaluate the prevalence and distribution of major modifiable and non-modifiable risk factors associated with ischemic stroke and to assess their contribution to disease occurrence in a hospitalized patient cohort.

Materials and methods. A descriptive observational study was conducted between May 2025 and March 2026, involving 35 patients admitted with stroke to Grodno University Hospital. Stroke diagnosis was confirmed with brain computed tomography (CT). Data were collected through clinical assessments, hospital records, and semi-structured patient interviews, focusing on demographics, risk factors, and patient awareness. Of these, 35 patients with complete and analyzable data were included in the final analysis.

Results. The study demonstrated a predominance of male patients 65.7% (n=23) with a male-to-female ratio of approximately 1.9:1. The highest incidence of stroke occurred in the 50–59-year age group 48.6% (n=17), followed by 60–69 years 22.9% (n=8). Among modifiable risk factors, hypertension was the most prevalent 90.9% (n=31), followed by high cholesterol 64.0% (n=22), obesity 56.5% (n=19), and diabetes mellitus 29.0% (n=10). Overweight and obesity combined affected 82.6% (n=28) of patients with available BMI data. Behavioral risk factors were also common, with 35.7% (n=12) of patients identified as smokers and 57.1% (n=19) reporting alcohol consumption. Overall, 67.9% (n=23) of patients exhibited at least one behavioral risk factor (smoking and/or alcohol use). These findings highlight a substantial clustering of cardiovascular and lifestyle-related risk factors in the studied population.

Conclusion. The results underscore the dominant role of modifiable risk factors—particularly hypertension, obesity, dyslipidemia, and unhealthy lifestyle behaviors—in the development of ischemic stroke. The high prevalence and co-occurrence of these factors suggest an urgent need for comprehensive prevention strategies, including early screening, risk factor management, and public health interventions aimed at lifestyle modification. Effective control of these factors could significantly reduce stroke incidence, recurrence, and associated morbidity and mortality.

Athukorala S.U., Saspara U., Amarakoon T.S., Dunumala S.T.B., Shabunko A.I.
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus

Awareness of Stroke Symptoms and Pre-hospital Delay: A Retrospective Analysis of 35 Ischemic Stroke Patients

Relevance. Stroke is a leading cause of death and long-term disability worldwide, with ischemic stroke accounting for approximately 87% of all cases. Early recognition of stroke symptoms and rapid presentation to a hospital are critical for time-sensitive treatments. Major factors that lead to prehospital delay include the general public's lack of awareness of stroke symptoms and their poor understanding of the appropriate course of action following a stroke.

Purpose. To assess stroke symptom awareness using pre-hospital delay as a proxy, with emphasis on correlation between presenting symptoms and arrival time.

Materials and methods. Retrospective analysis of 35 acute ischemic stroke patients. Data on demographics, onset-to-admission time, FAST symptoms, NIHSS, and comorbidities were analyzed. Good awareness defined as arrival ≤ 3 hours.

Results. Overall, 31.4% arrived within 3 hours. Critical finding: among patients with classic FAST symptoms, only 35.7% arrived early, meaning 64.3% delayed despite having recognizable symptoms. Facial weakness had highest early arrival (42.9%), speech difficulty 37.5%, arm weakness lowest (33.3%). Patients with all three FAST symptoms had 42.9% early arrival—yet 57.1% still delayed.

Males arrived earlier (34.6%) than females (22.2%). Middle-aged patients (41–60 years) had highest early arrival (36.8%); older patients (61–84 years) lowest (23.1%). Atrial fibrillation and diabetes had highest early arrival (42.9% each); hypertension (28.0%) and atherosclerosis (26.7%) lowest. Patients with no comorbidities had 66.7% early arrival; those with ≥ 5 comorbidities had only 20.0%.

Paradox of severity: Mild stroke (NIHSS 0–5): 46.2% early arrival. Severe stroke (NIHSS ≥ 11): Only 18.2% early arrival—the most severe strokes arrived most late due to aphasia, hemiplegia, or reduced consciousness preventing help-seeking.

Prior stroke did not improve awareness (25.0% vs. 32.3%).

Table 1
Comparison with Published Studies

Study	Population	N	Overall <3h	Male	Female	Age >65	Prior Stroke
Current study	Belarus	35	31.4%	34.6%	22.2%	23.1%	25.0%
Mosley et al. (2021)	International	10,000+	40–50%	~48%	~42%	~38%	~45%
Yang et al. (2022)	China	1,200	32%	34%	29%	28%	40%

Key results. Early arrival rate (31.4%) is at lower end of published ranges. Sex gap (12.4% difference) is larger than in most studies. Prior stroke did not improve awareness—unlike studies showing 40–48%.

Interpretation. The strongest correlation was between presenting symptoms and arrival: FAST symptoms doubled early arrival odds (35.7% vs. 14.3%), yet two-thirds with FAST symptoms still delayed. This indicates symptom recognition alone is insufficient—urgency of action must be emphasized. The severe stroke paradox confirms that when patients are most incapacitated, they arrive later than others, underscoring critical need for bystander education.

Female sex, older age, high comorbidity burden, and absence of AF/diabetes were associated with worse awareness. Prior stroke did not confer protection, suggesting structured discharge education is lacking.

Conclusion. Only 31.4% of ischemic stroke patients arrived within the thrombolysis window. Even with classic FAST symptoms, 64.3% delayed. The correlation between symptoms and arrival is clear but inadequate—public education must shift from symptom recognition alone to immediate action (calling emergency services). Targeted interventions are needed for women, older adults, patients with multiple comorbidities, and bystanders who must act when the patient cannot.

Saspara U., Athukorala S.U., Shabunko A.I.
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus
Grodno University Clinic, Grodno, Belarus

Cryptogenic Ischemic Stroke in a Young Adult: A Case Report

Relevance. Stroke remains a leading cause of mortality and long-term disability worldwide. Although its incidence is highest in older adults, a concerning trend is the rising number of strokes occurring in young adults, traditionally defined as those under 45 or 50 years of age. Epidemiological studies indicate that up to 15% of all ischemic strokes occur in this younger demographic, carrying a profound personal and societal impact due to the loss of productive life-years and long-term rehabilitative burdens. The etiology of stroke in young adults is far more diverse than in older populations, extending beyond atherosclerosis to include cervical artery dissection, patent foramen ovale (PFO), thrombophilias, and vasculitis. Despite exhaustive evaluation, a significant proportion—between 15% and 40%—of these strokes defy definitive classification and are termed cryptogenic or, more specifically, Embolic Strokes of Undetermined Source (ESUS). This case of a 23-year-old male with a cryptogenic cerebellar infarction is therefore highly relevant as it epitomizes the diagnostic odyssey and clinical dilemmas faced by clinicians managing young stroke patients. It highlights the critical gap between standard care and the need for more advanced investigative approaches to improve outcomes in this vulnerable group.

Purpose. The presented case exemplifies this scenario, involving a patient devoid of conventional vascular risk factors or significant comorbidities. Our purpose of the study emphasizes the critical importance of establishing a definitive diagnosis to guide targeted secondary prevention, reduce the risk of stroke recurrence, and improve long-term outcomes for young patients.

Materials and methods. A 23-year-old male was admitted to the Grodno University Clinic presenting with acute neurological symptoms. His complaints included vertigo, gait unsteadiness, postural instability, dysarthria, nausea and vomiting. Complaints appeared in the morning of 08.11.25 after waking up.

Epidemiology history—Patient didn't have any family history of hereditary or neurological disorder and no past surgery. No blood or blood product transfusion.

Objective Examination—Condition satisfactory. Normosthenic body habitus. Afebrile (36.6 °C). Vital Signs: Pulse: 70 beats per minute, regular. Blood Pressure: 125/75 mmHg. Respiratory Rate: 17 breaths per minute. Oxygen Saturation (SpO₂): 98%. BMI is 23.9 Kg/m². Neurological examination: Patient alert and oriented (GCS 15). Pupils equal and reactive, tongue midline, facial sensation intact. No evidence of motor weakness, pathological reflexes or sensory deficit to suggest evolving central or peripheral nervous system pathology. Muscle tone and bulk are physiological. While cerebellar testing reveals ataxia of the right arm, the patient maintains stability in the Romberg position. No signs of radiculopathy or myelopathy. Spinal curvature is physiological, palpation is non-tender, and nerve tension signs are negative. Absence of meningeal signs or pathological reflexes.

Diagnostic tests: ANA screen 7.02 U/mL (ref. 0–40). D-dimer 3.11 mg FEU/L. Biochemical tests and CBC normal. Echocardiography and ultrasound of brachiocephalic arteries unremarkable.

MRI of the brain: Multiple acute infarcts in the right cerebellar hemisphere, involving the middle cerebellar peduncle, anterior lobe, and dentate nucleus. The largest focus measures approximately 21×18×13 mm, with several smaller satellite lesions (2–6 mm). Associated cytotoxic edema is present, causing mild effacement of the right lateral contour of the 4th ventricle. The imaging findings are characteristic of an acute ischemic stroke in the vascular territory of the right Superior Cerebellar Artery and/or Anterior Inferior Cerebellar Artery.

Results and discussion. The diagnostic workup in this case confirmed an acute ischemic stroke but failed to identify an underlying etiology, firmly classifying it as cryptogenic (ESUS). This outcome, while frustrating, is consistent with the literature, which reports that 15–40% of ischemic strokes in young adults remain unexplained after standard evaluation. The case of this young man with a cryptogenic cerebellar infarction powerfully illustrates the diagnostic odyssey often faced in young adult stroke. It reinforces the necessity of a systematic, persistent approach to uncover potentially treatable causes. By doing so, we can move from empiric therapy to targeted secondary prevention, ultimately aiming to improve prognosis and quality of life for these patients.

Conclusion. The cryptogenic stroke in this 23-year-old patient exemplifies a persistent gap in our understanding of cerebrovascular disease in the young. While the diagnostic workup ruled out common etiologies, it also highlighted how much remains unknown about the mechanisms underlying cryptogenic stroke. This case reinforces the urgent need for prospective studies and registries focused on young stroke populations, as well as research into identification of causes. Only through such efforts can we move beyond empiric therapy toward personalized prevention strategies that address the unique pathophysiology of stroke in young adults.

Авдей Г.М., Хованская Г.Н., Гончарова В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Когнитивный статус и качество сна у пациентов в остром периоде инфаркта мозга в зависимости от выраженности двигательных нарушений

Актуальность. Когнитивное расстройство (КР) вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) является одним из наиболее инвалидизирующих осложнений. В настоящее время отмечается связь развития когнитивных расстройств с выраженностью развившегося неврологического дефицита при ОНМК. Возникшие после ОНМК КР (любой степени выраженности) ухудшают качество жизни пациентов, затрудняют реабилитацию в социальном и профессиональном плане. А постинсультные КР, усугубленные еще и расстройством сна, значительно влияют на клинический и функциональный исход заболевания у пациентов. В связи с этим раннее выявление КР, адекватная и своевременная психофармакотерапия способствуют улучшению прогноза на восстановление утраченных функций и уменьшению процента инвалидизации после ОНМК.

Цель. Оценить взаимосвязь когнитивного статуса с качеством сна в остром периоде инфаркта мозга (ИМ) у пациентов с различной степенью выраженности двигательного дефицита.

Материалы и методы. Обследованы 30 пациентов с ИМ в острый период в возрасте от 40 до 70 в неврологических отделениях Гродненской университетской клиники и 3 городской больницы. По шкале инсульта Национального института здоровья у 11 пациентов балл составил 12–13 (тяжелый неврологический дефицит) – I группа, а у 19 – 6–7 баллов (легкий неврологический дефицит) – II группа. Всем пациентам было проведено исследование индекса качества сна по Питтсбургскому опроснику и когнитивного статуса по экспресс-методике исследования когнитивных функций.

Результаты. У пациентов с ИМ установлены КР. Однако лица I группы в сравнении со II хуже запоминали 9 слов (3–4 вместо 7–9) ($p<0,05$), воспроизводили менее половины слов, заучивали за 5 предъявлений (в норме – 3) ($p<0,05$) и запоминали 3–4 слова (вместо 7–9), имеющих общий смысловой признак ($p<0,05$). Отмечено неверное пространственное расположение 3 геометрических фигур и расстановка только одной стрелки на часах пациентами I группы. Пациенты с минимальным дефицитом (II группа) правильно выполняли рисунок с геометрическими фигурами ($p<0,05$) и располагали стрелки на часах без циферблата с небольшими неточностями ($p<0,05$). За 1 минуту лица I группы называли 6–9 продуктов, а пациенты II группы – 10–14 продуктов (вместо 20 и более). Только на 2 вопроса из 3 пациенты I группы могли ответить правильно ($p<0,05$). Значимо хуже пациенты I группы выполняли серийное вычитание «от 100 по 7» ($p<0,05$), отмечались персевераторные действия и импульсивные ответы при решении арифметической задачи ($p<0,05$) и неправильно выбиралось утверждение, соответствующее смыслу пословицы «Не в свои сани не садись» ($p<0,05$). У пациентов I группы индекс качества сна намного превышал нормальные показатели, выявленные у лиц II группы ($12,2\pm 1,63$, $4,4\pm 1,05$, $p<0,05$).

Заключение. У всех пациентов с ИМ установлено снижение слухоречевой памяти, зрительно-пространственной деятельности, избирательной актуализации из памяти слов и вербального мышления. Низкие показатели когнитивного статуса у лиц с тяжелым двигательным дефицитом прямо коррелировали с индексом качества сна у этих пациентов.

Валеева К.Г., Данилова Т.В.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Городская клиническая больница № 7 имени М.Н. Садыкова, Казань, Россия

Особенности когнитивного статуса у пациентов с первичным и повторным ишемическим инсультом

Актуальность. Когнитивные нарушения являются одним из наиболее значимых последствий ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки, оказывая влияние на функциональное восстановление, качество жизни и долгосрочный прогноз пациентов. Современные данные свидетельствуют, что постинсультные когнитивные нарушения ассоциированы с повышенным риском повторного инсульта и общей смертности, а также имеют многофакторную природу, включая сосудистые, клинические и социальные детерминанты. Даже после транзиторной ишемической атаки и малого инсульта у части пациентов могут сохраняться стойкие когнитивные и эмоциональные нарушения, которые нередко недооцениваются в рутинной практике.

Цель. Изучить особенности когнитивного статуса у пациентов с первичным и повторным ишемическим инсультом в зависимости от пораженного церебрального сосудистого бассейна.

Материалы и методы. Проведен анализ 1971 пациента, госпитализированного в региональный сосудистый центр ГАУЗ ГKB № 7 им. М.Н. Садыкова, г. Казань, в 2021–2022 годах. Среди обследованных было 924 мужчины (46,8%) и 1047 женщин (53,2%). Первичный ишемический инсульт был зарегистрирован у 1140 пациентов, повторный – у 831. В исследование не включали пациентов с деменцией и выраженными когнитивными нарушениями, имевшимися до развития инсульта, а также пациентов, состояние которых не позволяло корректно провести оценку по шкале MoCA. Когнитивный статус оценивали с использованием шкалы Montreal Cognitive Assessment. Дополнительно проводился анализ показателей в зависимости от локализации очага инфаркта в бассейне правой средней мозговой артерии, левой средней мозговой артерии и в системе задней циркуляции.

Результаты. У пациентов с первичным ишемическим инсультом средний показатель по шкале Montreal Cognitive Assessment составил 24,99 балла, тогда как у пациентов с повторным ишемическим инсультом – 23,66 балла. Таким образом, у пациентов с повторным инсультом отмечалось более выраженное снижение когнитивного статуса по сравнению с пациентами, перенесшими первичное острое церебральное сосудистое событие.

При анализе состояния когнитивных функций в зависимости от пораженного церебрального сосудистого бассейна у пациентов с первичным ишемическим инсультом средний показатель Montreal Cognitive Assessment составил 25,99 балла при нарушении кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии (298 пациентов), 24,20 балла – при поражении бассейна левой средней мозговой артерии (343 пациента) и 25,26 балла – при инсульте в вертебробазилярном бассейне (499 пациентов). У пациентов с повторным ишемическим инсультом соответствующие показатели были ниже и составили 23,86 балла при поражении в бассейне правой средней мозговой артерии (247 пациентов), 23,25 балла – при поражении в бассейне левой средней мозговой артерии (279 пациентов) и 23,0 балла – при инсульте в вертебробазилярном бассейне (305 пациентов). Наиболее выраженное снижение когнитивного статуса наблюдалось у пациентов с повторным ишемическим инсультом при нарушении кровообращения в бассейне левой средней мозговой артерии и вертебробазилярном бассейне ($p < 0,05$).

Заключение. Повторный ишемический инсульт ассоциирован с более низкими показателями когнитивного статуса по сравнению с первичным ишемическим инсультом. Выраженность когнитивных нарушений также зависела от локализации очага инфаркта, при этом наиболее неблагоприятные показатели выявлены у пациентов с повторным инсультом в бассейне левой средней мозговой артерии и вертебробазилярной системе. Полученные данные согласуются с современными представлениями о клинической значимости постинсультных когнитивных нарушений, требующих раннего выявления, наблюдения и своевременной коррекции.

Валеева К.Г., Данилова Т.В.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Городская клиническая больница № 7 имени М.Н. Садыкова, Казань, Россия

Особенность приверженности вторичной профилактики у пациентов с повторным ишемическим инсультом в зависимости от пораженного церебрального сосудистого бассейна

Актуальность. Недостаточная приверженность вторичной профилактике остается одной из значимых причин повторных острых ишемических цереброваскулярных событий. Современные исследования показывают, что после ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки уровень оптимальной приверженности к препаратам вторичной профилактики остается недостаточным, а на ее формирование влияют не только клинические, но и психологические, образовательные и организационные факторы. При этом в литературе ограничено представлены данные о возможной связи приверженности с локализацией ишемического поражения, в том числе с пораженным сосудистым бассейном.

Цель. Изучить особенности приверженности вторичной профилактике пациентов с повторным ишемическим инсультом в зависимости от пораженного церебрального сосудистого бассейна.

Материалы и методы. Проведен анализ 1971 пациента, госпитализированного в региональный сосудистый центр в 2021–2022 годах, из которых 831 пациент перенес повторный ишемический инсульт. Среди всех обследованных было 924 мужчины (46,8%) и 1047 женщин (53,2%). Приверженность ко вторичной профилактике оценивали с использованием шкалы Мориски – Грина, а также по данным медицинской документации и сведениям о фактическом приеме назначенной терапии. В анализ включали основные группы препаратов вторичной профилактики ишемического инсульта: антитромботические препараты (антиагреганты и антикоагулянты) и гиплипидемические препараты. В зависимости от характера приема препаратов пациенты были распределены на группы: регулярно принимавшие терапию, принимавшие ее с нарушениями и не принимавшие лечение. У пациентов с повторным ишемическим инсультом анализировали приверженность ко вторичной профилактике в зависимости от локализации очага инфаркта в бассейне правой средней мозговой артерии, левой средней мозговой артерии и в вертебробазиллярном бассейне.

Результаты. Среди пациентов с повторным ишемическим инсультом очаги инфаркта локализовались в области васкуляризации правой средней мозговой артерии у 247 человек, левой средней мозговой артерии – у 279, вертебробазиллярного бассейна – у 305. В группе с нарушением кровообращения в бассейне правой средней мозговой артерии не принимали рекомендованную терапию 92 пациента, принимали с нарушениями режима 42 пациента, регулярно принимали препараты 113 пациентов, что составило 37,2%, 17,0% и 45,7% соответственно. В группе с поражением в бассейне левой средней мозговой артерии не принимали терапию 106 пациентов, принимали с нарушениями 57 пациентов, регулярно принимали 116 пациентов, что соответствовало 38,0%, 20,4% и 41,6%. У пациентов с очагами инфаркта в вертебробазиллярном бассейне не принимали терапию 98 пациентов, принимали с нарушениями 46 пациентов, регулярно принимал 161 пациент, что составило 32,1%, 15,1% и 52,8% соответственно. Таким образом, наиболее высокий уровень регулярного приема препаратов отмечен у пациентов с ишемическим поражением в вертебробазиллярном бассейне, тогда как при поражении бассейнов средней мозговой артерии доля неприверженных и частично приверженных вторичной профилактике пациентов оставалась более значительной ($p < 0,05$). Наибольшая доля пациентов, не принимавших рекомендованную терапию, выявлена в группе с очагами инфаркта в бассейне левой средней мозговой артерии ($p < 0,05$).

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что приверженность ко вторичной профилактике после ишемического инсульта может различаться в зависимости не только от общепринятых клиничко-социальных факторов, но и от локализации ишемического очага. В настоящем исследовании менее благоприятный профиль приверженности чаще наблюдался у пациентов с более выраженной функциональной зависимостью, особенно при поражении вертебробазиллярного бассейна и бассейна левой средней мозговой артерии.

Современные публикации в основном посвящены общей проблеме недостаточной приверженности ко вторичной профилактике после инсульта и ТИА. Так, в исследовании D. Nozari и соавт. (2024) показано, что оптимальная приверженность к препаратам вторичной профилактики в течение трех лет сохранялась не у всех пациентов, а субоптимальная приверженность ассоциировалась с рядом клиничко-социальных факторов, включая уровень образования и депрессивные симптомы.

Систематический обзор S. Ruksakulpiwat и соавт. (2023) также подтверждает значимую роль медицинской грамотности, убеждений о терапии, побочных эффектов и особенностей взаимодействия врача и пациента в формировании приверженности. Вместе с тем работы, в которых степень приверженности анализировалась бы в зависимости от пораженного церебрального сосудистого бассейна, в доступной литературе практически не представлены.

В связи с этим наши данные представляют интерес, поскольку позволяют предположить, что локализация ишемического поражения может опосредованно влиять на приверженность через выраженность неврологического дефицита, когнитивных нарушений, речевых расстройств, нарушений координации и общей функциональной зависимости. Такой подход согласуется с современными представлениями о необходимости индивидуализации вторичной профилактики после инсульта с учетом клинического профиля пациента, хотя в действующих рекомендациях стратификация мер по приверженности именно по сосудистому бассейну отдельно не выделяется.

Таким образом, в отличие от большинства опубликованных исследований, акцентированных преимущественно на социальных, психологических и организационных барьерах, настоящее исследование демонстрирует возможную связь приверженности ко вторичной профилактике с локализацией очага инфаркта. Это позволяет рассматривать пораженный церебральный сосудистый бассейн как потенциально значимый клинический маркер для выделения групп риска недостаточной приверженности и требует дальнейшего изучения на более детализированных выборках.

Заключение. Приверженность ко вторичной профилактике у пациентов с повторным ишемическим инсультом неоднородна и зависит от пораженного сосудистого бассейна. Наиболее благоприятный профиль приверженности отмечен у пациентов с очагами инфаркта в вертебробазилярном бассейне, тогда как у пациентов с поражением в бассейнах средней мозговой артерии чаще выявлялось отсутствие регулярного приема терапии или ее прием с нарушениями. Полученные данные дополняют современные представления о факторах, влияющих на вторичную профилактику инсульта, и подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к диспансерному сопровождению данной категории пациентов.

Васкаева Г.Р.¹, Данилова Т.В.^{2,3}

¹ Городская клиническая больница № 7 имени М.Н. Садыкова, Казань, Россия

² Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

³ Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Клинико-нейровизуализационные характеристики эпилептического статуса в остром периоде церебрального инсульта

Актуальность. Эпилептический статус (ЭС) – это urgentное неврологическое состояние, требующее проведения неотложных интенсивных мероприятий. Изучение факторов риска развития ЭС при остром нарушении мозгового кровообращения (ОНМК) на сегодняшний день остается актуальным в связи с высоким уровнем осложнений и летальности.

Цель. Изучение клинико-нейровизуализационных характеристик развития ЭС в остром периоде ОНМК.

Материалы и методы. Обследованы 37 пациентов, госпитализированных в ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» (МКДЦ) с ОНМК с развитием ЭС, в возрасте от 19 до 93 лет (средний возраст 67,27), среди них 17 мужчин, 20 женщин. Диагностический комплекс включал рентгеновскую компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, электроэнцефалографию (ЭЭГ), в том числе рутинное исследование и мониторинг, дуплексное экстракраниальное и транскраниальное исследование сосудов головного мозга, основные лабораторные методы исследования. Неврологический статус оценивался по шкале тяжести Национального института здоровья (NIHSS). Риск развития постинсультной эпилепсии (ПИЭ) после ишемического инсульта (ИИ) оценивали по шкале SeLECT 2.0; при геморрагическом инсульте (ГИ) – по шкале CAVE.

Результаты. Выявлено незначительное преобладание женщин – 20 (54,0%) относительно мужчин – 17 (45,9%). У 19 пациентов (51,3%) был диагностирован ИИ со следующими патогенетическими подтипами по классификации TOAST: атеротромботический – у 5 (13,5%) пациентов, кардиоэмболический – у 8 (21,6%) и неустановленной этиологии – у 6 (16,2%). У 12 (24,3%) пациентов ЭС развился на фоне ГИ, из них у 3 человек (8,1%) были диагностированы одновременно ИИ и ГИ и у 1 (2,7%) – ГИ со вторичной ишемией. У 2 (5,4%) пациентов установлен венозный ишемический инсульт вследствие тромбоза церебральных синусов. У 7 (18,9%) пациентов было субарахноидальное кровоизлияние (САК), из них в 5 наблюдениях осложнившееся констриктивно-стенотической артериопатией с развитием вторичных очагов ишемии.

В 37,8% наблюдений, включая пациентов со вторичной ишемией, очаги инфаркта локализовались в левом каротидном бассейне (ЛКБ), в 24,3% случаев – в правом каротидном бассейне (ПКБ), в 2,7% – в вертебробазилярном бассейне (ВББ), у 18,9% пациентов очаги инфаркта были визуализированы и в ЛКБ, и в ПКБ, у 10,8% отмечалось сочетание очагов острого инфаркта в ЛКБ и ВББ, у 2,7% – в ПКБ и ВББ и у 2,7% также сочетание очагов инфаркта в ЛКБ, ПКБ и ВББ. Таким образом, превалировала левосторонняя локализация очагов инфаркта, что указывает на большую эпиптогенность этого полушария.

При внутримозговом кровоизлиянии (ВМК) локализация гематом была следующей: путаменальная область n=2 (5,4%), теменно-височно-затылочная области n=2 (5,4%); височно-теменная область n=1 (2,7%), затылочная доля n=1 (2,7%), лобно-височно-теменная область n=1 (2,7%), лобно-теменная область n=1 (2,7%), таламическая область n=1 (2,7%), теменно-затылочная n=1 (2,7%), средний мозг n=1 (2,7%), внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) n=1 (2,7%). Среди них у 5 пациентов (13,5%) локализация гематом была в левом полушарии, также у 5 (13,5%) в правом полушарии, по 1 (2,7%) в среднем мозге и ВЖК. Следовательно, ЭС развивался преимущественно при лобарной с преобладанием в теменно-височной области локализации очага ВМК.

В нашем исследовании в 4 (10,8%) наблюдениях развивался ЭС фокальных моторных приступов с нарушенным сознанием, в 3 (8,1%) – ЭС фокальных приступов с переходом в билатеральные тонико-клонические, в 1 (2,7%) – миоклонический ЭС с вовлечением мышц шеи, брюшного пресса, при этом в 3 (8,1%) наблюдениях судорожный ЭС трансформировался с бессудорожный эпилептический статус (БСЭС).

У 27 (70,2%) пациентов изначально развивался БСЭС (из них у одной пациентки БСЭС развивался дважды за период наблюдения).

У 13 (33,75%) пациентов ЭС развивался в 1-е сутки ОНМК, у 4 (10,8%) – на 2-е сутки, также у 4 (10,8%) – на 3-е сутки, у 5 (13,5%) – на 4-е сутки, у 3 (8,1%) – на 5-е сутки, у 2 (4,05%) – на 8-е сутки и у 2 (4,05%) – на 10-е сутки, у 1 (1,35%) – на 9-е сутки, у 1 (2,7%) – на 11-е сутки, у 1 (2,7%) – на 15-е сутки, также у 1 (2,7%) – на 19-е сутки и у 2 (5,4%) пациентов – на 18-е сутки. То есть у подавляющего числа пациентов развивался острый симптоматический ЭС.

Лишь у 1 (2,7%) пациента в анамнезе уже был диагноз «эпилепсия», в 36 (97,2%) наблюдениях ранее эпилептические приступы не развивались.

По данным ЭЭГ выявлялись следующие паттерны: периодические эпилептиформные разряды (ПЭР) с морфологией спайков у 22 (59,4%) пациентов; генерализованная ритмическая d-активность – в 1 (2,7%) наблюдении; генерализованные ПЭР – в 20 (54%); латерализованные ПР (ПЛЭР) – в 17 (45,9%); билатеральные ПЛЭР – в 2 (5,4%); ПР трехфазной морфологии – в 1 (2,7%).

У 21 пациента с ИИ с целью прогнозирования развития ПИЭ проводили оценку по шкале SeLECT 2.0, по результатам которой средний балл (из максимальных 13) составлял 11,28 (от 8 до 13 баллов), что указывает на высокий риск развития ПИЭ. У 12 пациентов с ГИ риск развития ПИЭ оценивался по шкале CAVE, средний балл – 2,08 (от 0 до 4 баллов), что указывает на низкий риск развития ПИЭ.

ЭС был купирован у 31 (83,7%) пациента, у 6 (16,2%) был летальный исход.

Ограничение данного исследования – малая выборка пациентов.

Заключение. Развитие ЭС чаще наблюдалось у пациентов с геморрагическим инсультом и с кардиоэмболическим патогенетическим подтипом ишемического инсульта в первую неделю инсульта при левосторонней локализации острых сосудистых очагов. Необходимо дальнейшее проведение исследования на большей выборке. Проведение ЭЭГ-мониторинга является достоверным методом диагностики и контроля лечения эпилептического статуса.

Парамонова Е.Б.¹, Оленская Т.Л.², Николаева А.Г.³

¹ Витебская областная клиническая больница, Витебск, Беларусь

² Витебский государственный медицинский университет, Витебск, Беларусь

³ Витебская городская клиническая больница № 1, Витебск, Беларусь

Реабилитация пациентов со смешанным тревожным и депрессивным расстройством с помощью гипобарической адаптации

Актуальность. Тревожные расстройства представляют собой наиболее часто диагностируемые психические нарушения в мире. В современных когортных исследованиях отмечается, что 20–35% пациентов страдают постинсультной тревогой. Отмечается примерно такой же процент (25–33%) пациентов с постинсультной депрессией.

Гипоксическая адаптация вызывает защитные реакции, повышая устойчивость клеток, тканей и всего организма к последующей гипоксии и вносит большой вклад в лечение неврологических и психических заболеваний, в том числе тревожных и депрессивных расстройств.

Положительный эффект гипоксической адаптации связан с усилением реакции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы и отрицательной глюкокортикоидной обратной связи. Учитывая, что депрессия и тревожные расстройства связаны с повышенной активностью симпатической нервной системы, можно обоснованно говорить о терапевтическом эффекте гипоксического воздействия во время гипобарической адаптации.

Умеренные гипоксические условия вызывают адаптацию к слабым стрессовым факторам и повышают стрессоустойчивость при тревожно-депрессивных патологиях.

Цель. Определить эффективность реабилитации с помощью гипобарической адаптации (ГБА) у пациентов со смешанным тревожным и депрессивным расстройством.

Материалы и методы. Были изучены 56 пациентов, которым выставлен диагноз «смешанное тревожное и депрессивное расстройство» и у которых в анамнезе отмечалось перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения. Из них были сформированы 2 группы: в исследуемую включены пациенты, прошедшие курс ГБА, в контрольную – без проведения курса ГБА.

Адаптация к гипоксии осуществлялась с помощью многоместной медицинской вакуумной установки «Урал – Антарес». Курс ГБА состоял из 20 сеансов, каждый из которых длился не менее 1 часа. Участников исследования «ступенчато поднимали» на высоту 1500–3500 метров над уровнем моря, при этом с пятого сеанса пациенты находились на высоте 3500 метров.

Для оценки тревожно-депрессивного синдрома использовалась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). Шкала составлена из 14 утверждений, включающих в себя две подшкалы: «тревога» и «депрессия».

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа: от 0 баллов (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). Время выполнения – 10–15 минут. Учитывается суммарный показатель по каждой подшкале: 0–7 баллов – норма; 8–10 баллов – субклинически выраженная; 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

Для статистической обработки использовался STATGRAPHICS Plus (Version 5.1). Данные в исследовании не подчинялись закону нормального распределения и были представлены в виде медианы с указанием верхнего и нижнего квартиля. Уровень значимости (p) был принят $<0,05$.

Результаты. В исследуемой группе было 39 человек, которые прошли курс ГБА, из них 25 женщин и 14 мужчин. Средний возраст – 62,0 [57,0; 68,0] года. ИМТ – 30,1 [26,8; 33,0] кг/м².

Контрольную группу составили 17 человек, из них 8 мужчин и 9 женщин. Средний возраст – 60,0 [54,0; 64,0] года. ИМТ – 28,5 [24,0; 31,1] кг/м². Достоверных различий данных показателей между группами нет ($p=0,4$).

На момент поступления в исследуемой группе результат по шкале тревоги составлял 15,0 [11,0; 22,0] балла, что соответствует клинически выраженной тревоге.

После прохождения курса ГБА он достоверно улучшился до 5,5 [3,0; 13,0] балла, что соответствует референтному значению и говорит об отсутствии тревоги ($p < 0,001$).

В контрольной группе исходный результат тревоги составлял 16,0 [11,0; 24,0] балла, что, так же как и в первой группе, соответствует клинической тревоге. После проведенного лечения он снизился до 10,0 [5,0; 20,0] балла, но не достиг референтных значений ($p > 0,05$).

Результат по шкале депрессии в исследуемой группе в начале лечения составлял 12,0 [6,0; 18,0] балла (клинически выраженная депрессия). После прохождения курса ГБА средний балл достиг референтного значения: 3,5 [0; 8,0] балла ($p < 0,001$).

В то время в контрольной группе результат по шкале депрессии исходно был 11,0 [5,0; 20,0] балла (клинически выраженная депрессия), а на момент выписки незначительно снизился до 8,0 [0; 18,0] балла ($p > 0,05$).

Не отмечалось различий между исходными значениями в двух группах по шкалам тревоги ($p = 0,7$) и депрессии ($p = 0,8$). Зато на момент выписки результаты между исследуемой и контрольной группами различались по двум шкалам: тревоги ($p = 0,001$) и депрессии ($p = 0,001$).

Выводы: 1. Курс гипобарической адаптации не вызвал обострений психосоматических заболеваний. 2. После прохождения курса гипобарической адаптации снижается степень тревоги и депрессии у пациентов с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения в анамнезе ($p < 0,05$).

Привалова М.А.¹⁻³, Зуева О.Н.¹, Соколова М.Г.⁴, Литвиненко И.В.²

¹ Госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург, Россия

² Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

³ Медицинский университет «РЕАВИЗ», Москва, Россия

⁴ Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Оценка эффективности применения методов реперфузионной терапии в комплексном лечении ишемического инсульта у лиц старших возрастных групп

Актуальность. Широта распространенности, высокие смертность и инвалидизация от ишемического инсульта остаются глобальной проблемой мирового уровня, несмотря на развитие диагностических и лечебных возможностей современной медицины. На этапах становления использования методов реперфузионной терапии, таких как тромболитическая терапия, одним из критериев применения методики был возрастной предел 80 лет. Однако в настоящее время методы реперфузионной терапии применяют и в группе долгожителей, причем положительный эффект не имеет возрастзависимого градиента.

Цель. Показать эффективность методов реперфузионной терапии ишемического инсульта среди пациентов-долгожителей на примере работы Первичного сосудистого отделения Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн.

Материалы и методы. Был проведен анализ 67 историй болезни пациентов в возрасте старше 90 лет, переносящих острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, у которых в лечении применялись методы реперфузионной терапии – тромболитическая терапия (ТЛТ, в 36 случаях), механическая тромбэкстракция (ТЭ, в 16 случаях) и комбинированная терапия: тромболитическая терапия и тромбэкстракция (ТЛТ+ТЭ, в 15 случаях) – основная группа исследования. По гендерному признаку распределение пациентов основной группы было следующее: в группе с ТЛТ – 28 женщин и 8 мужчин; в группе с ТЭ – 14 женщин и 2 мужчин; в группе с комбинированным методом лечения – 12 женщин и 3 мужчин. Контрольную группу составили 95 историй болезни пациентов (62 женщины и 33 мужчины) в возрасте от 60 до 89 лет с ишемическим инсультом, которым также выполнялись ТЛТ (42 случая: 26 женщин и 16 мужчин), ТЭ (28 случаев: 17 женщин и 11 мужчин) и ТЛТ+ТЭ (25 случаев: 16 женщин и 9 мужчин). Данные пациенты получали стационарное лечение в Первичном сосудистом отделении (ПСО) СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн» с 2023 по 2025 год. Комплекс диагностических и лечебных мероприятий выполнялся в соответствии со стандартами оказания специализированной стационарной медицинской помощи пациентам с ОНМК. Оценка неврологического дефицита при поступлении и при выписке проводилась по шкале NIHSS, эффективности восстановления пациентов после ОНМК – по шкалам Рэнкин, Ривермид. При поступлении пациенты обеих групп имели умеренный неврологический дефицит по шкале NIHSS от 8 до 15 баллов.

Результаты. На фоне проведенной тромболитической терапии пациенты основной группы к моменту выписки из стационара (20–22-е сутки госпитализации) имели положительную динамику по неврологическому дефициту (уменьшение на 4 и более балла по шкале NIHSS) в 47,6% случаев, в контрольной группе – в 49,1% случаев. По шкале Ривермид более 9 баллов (возможность самостоятельного передвижения) в основной группе имели 46,5% пациентов, в контрольной группе – 51%. Сопоставление пациентов основной и контрольной групп по шкале Рэнкин не проводилось ввиду того, что часть пациентов основной группы при поступлении имела ограничения в самообслуживании, что соответствовало 3 баллам, в отличие от пациентов контрольной группы, где основная часть поступивших имела 0 и 1 балл. Летальность в основной группе составила 12,4%, в контрольной группе – 10,2%. После проведенной механической тромбэкстракции в основной группе неврологический дефицит снизился на 4 и более балла у 78,6%, в контрольной группе – у 82,2%, по шкале Ривермид 9 и более баллов определялось у 49% пациентов, в контрольной группе – у 56,4%. Летальность в основной группе составила 11,7%, в контрольной – 7,5%. При использовании комбинированного метода реперфузионной терапии (ТЛТ+ТЭ) неврологический дефицит значительно уменьшился среди пациентов основной группы в 80,3% случаев, в контрольной – в 85,4% случаев. 9 и более баллов по шкале Ривермид в основной группе наблюдалось у 48,5%, в контрольной группе – у 52,3%. Летальность в основной группе – 13%, в контрольной – 10,8%. Оценка эффективности отдельных методов реперфузионной терапии (ТЛТ, ТЭ, ТЛТ+ТЭ) в сопоставлении по гендерному признаку основной и контрольных групп не проводилась ввиду малого числа наблюдений в каждой группе.

Заключение. При анализе результатов лечения ишемического инсульта с применением тромболитической терапии, механической тромбэкстракции среди пациентов-долгожителей в сопоставлении с результатами лечения пациентов пожилого и старческого возраста можно отметить, что эффективность методов реперфузионной терапии не имеет статистически значимых отличий в обеих группах и показывает высокую результативность вне зависимости от возраста пациента.

Таким образом, применение современных методов лечения ишемического инсульта с использованием тромболитической терапии и механической тромбэкстракции у пациентов старше 90 лет не только позволяет сохранить жизнь, но и дает возможность снизить инвалидизацию в этой возрастной группе.

Тименова С.В.¹, Брось Н.А.¹, Лебедская А.И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Инфаркт мозга у пациентов с фибрилляцией предсердий

Актуальность. Инфаркт головного мозга (ИГМ) остается одной из ведущих причин смертности и инвалидизации в мире [Feigin et al., 2019]. Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее значимой кардиогенной причиной инсульта, увеличивая риск его развития в 5 раз по сравнению с популяцией без нарушения ритма. Традиционно считалось, что основным механизмом инсульта при ФП является образование тромба в левом предсердии (ЛП) вследствие нарушения сократительной функции и стаза крови. Однако накопленные данные свидетельствуют о сложности патофизиологических процессов, включающих не только гемодинамические нарушения, но и эндотелиальную дисфункцию, гиперкоагуляцию, а также прогрессирующее структурное и электрофизиологическое ремоделирование миокарда [Elsheikh S., Hill A. et al., 2024].

Цель. Обобщить современные представления о механизмах развития ИГМ у пациентов с ФП.

Материалы и методы. Литературные источники баз научных публикаций PubMed, Science Direct, e-Library, метааналитические обзоры Cochrane Library за период 2010–2025 гг.

Результаты

Патофизиологические механизмы ишемического инсульта при фибрилляции предсердий. Патогенез образования тромба ЛП при ФП включает три принципиально важных механизма: замедление тока крови, гиперкоагуляцию, повреждение эндотелия. Одновременное воздействие всех трех компонентов приводит к инициации тромботического процесса, но длительное воздействие двух и даже одного компонента патогенетической триады также может привести к образованию тромба [Ding W., Gupta D. et al., 2019]. Потеря координированного сокращения предсердий вызывает турбулентность и значительное замедление кровотока, особенно в ушке левого предсердия (УЛП). Снижение скорости кровотока в УЛП (менее 30 см/с) ассоциировано с появлением спонтанного эхоконтраста и формированием тромба [Khan A.,

Lip G. et al., 2019]. У пациентов с ФП наблюдается системная и локальная активация каскада коагуляции. Распад фибрина приводит к образованию D-димера, повышение его уровня коррелирует с риском инсульта и системных эмболий [Christersson C. et al., 2014]. Фибриновые сгустки, образующиеся в условиях ФП, характеризуются сниженной проницаемостью и повышенной устойчивостью к лизису. Это усложняет процесс фибринолиза и повышает риск ИГМ [Drabik L., Wolkow P. et al., 2014]. ФП индуцирует снижение экспрессии эндотелиальной синтазы оксида азота и продукции оксида азота, что приводит к вазоконстрикции и утрате антитромботических свойств эндотелия. Параллельно наблюдается повышение уровня провоспалительных цитокинов. Со временем воспалительные процессы приводят к фиброзу и ремоделированию предсердий [Di Biase L. et al., 2012].

Ремоделирование миокарда предсердий и фиброз. ФП способствует прогрессирующему структурному ремоделированию миокарда, которое включает дилатацию полостей, фиброз и изменение электрофизиологических свойств. Фиброзная ткань обладает плохой проводимостью, что может привести к прогрессированию ФП из-за механизмов повторного возбуждения. Снижение сократительной функции ЛП, возникающее в результате ФП, приводит к застою крови в УЛП, изменяя локальную гемодинамику. Снижение кровотока в УЛП свидетельствует об аномальном застое крови и может быть связано с повышенным риском тромбообразования и последующей тромбоэмболией. Степень фиброза ЛП, оцениваемая с помощью магнитно-резонансной томографии с отсроченным контрастированием, является независимым предиктором инсульта и наличия тромба в УЛП [Daccarett M. et al., 2011].

Ушко левого предсердия как источник тромбоэмболии. УЛП является наиболее частым местом формирования тромбов. По данным классического исследования J.L. Blackshear и J.A. Odell, до 90% тромбов у пациентов с неклапанной ФП локализируются именно в УЛП. Эта анатомическая структура обладает рядом уникальных характеристик, способствующих тромбогенезу. Согласно классификации L. Di Base и соавторов, выделяют следующие морфологические его формы: 1) форма кактуса; 2) форма куриного крыла; 3) форма ветроуказателя; 4) форма цветной капусты. Морфология УЛП в форме «куриное крыло» ассоциирована с более низким риском инсульта, тогда как более сложные формы коррелируют с повышенным риском тромбообразования [Bartus K. et al., 2020]. Ряд исследований показывают, что в полости УЛП наблюдается более выраженная коагуляционная активация, повышенный уровень Р-селектина и сниженная фибринолитическая активность по сравнению с системным кровотоком.

Шкалы оценки риска. Одной из основных проблем современной клинической практики остается несовершенство стратификации риска. В настоящее время для стратификации риска инсульта существуют шкалы CHA₂DS₂ и CHA₂DS₂-VASc. Шкала CHA₂DS₂-VASc является «золотым стандартом» для принятия решения о назначении антикоагулянтной терапии. Однако данная шкала, несмотря на свою простоту и внедрение в клинические рекомендации, обладает лишь умеренной прогностической точностью и имеет ряд ограничений. Общими недостатками шкал для прогнозирования риска кардиоваскулярных событий являются высокая зависимость от возраста, ограничения в прогнозировании данных событий у лиц молодого возраста, недостаточно объективная оценка риска у женщин. Вышеуказанные факторы указывают на необходимость поиска дополнительных маркеров.

Заключение. Снижение риска развития инсульта у пациентов с нарушениями ритма является первостепенной задачей. Важными аспектами, требующими дальнейшего изучения, являются поиск доступных в клинической практике предикторов прогнозирования развития инсульта у пациентов с ФП. Схема стратификации риска инсульта, основанная на многофакторной модели с использованием дополнительных факторов риска и биомаркеров, позволит улучшить прогнозирование острых нарушений мозгового кровообращения у пациентов ФП.

Хованская Г.Н., Авдей Г.М., Хопёрский П.Г., Фиясь Ж.А., Селицкая З.С.

Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Междисциплинарное взаимодействие в реализации ресурса ранней реабилитации и абилитации у пациентов после реперфузионной терапии

Актуальность. Эффективность реперфузионной терапии (системный тромболизис – ТЛТ, тромбэкстракция – ТЭ) напрямую коррелирует со сроками начала восстановительных мероприятий. В 2025 г. в неврологическом отделении УЗ «Гродненская университетская клиника» выполнено 118 ТЛТ и 18 ТЭ. При госпитализации 62,4% пациентов в «золотое окно» (до 3,5 ч) ключевым ресурсом снижения инвалидизации становится использование потенциала нейропластичности в первые 24 часа. В условиях лимитированного койко-дня (11,9) на лечебно-реабилитационном этапе преодоление «реабилитационного плато» требует четкой координации специалистов через систему персонализированных планов междисциплинарного взаимодействия.

Цель. Оценить эффективность междисциплинарного взаимодействия (врач-реабилитолог, невролог, инструктор ЛФК, логопед) при проведении сверххранной мобилизации и абилитации у пациентов после успешной реперфузии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ведения 43 пациентов после успешной реперфузии в остром периоде ишемического инсульта. Реализация реабилитационного и абилитационного потенциала осуществлялась на основе междисциплинарного плана, разработку и выполнение которого начинали уже в палатах интенсивной терапии (ПИТ). Оценка динамики по шкалам NIHSS, mRS, Бартел и Ривермид сопоставлялась с данными КТ-контроля (исключение геморрагической трансформации через 24 ч) и результатами логопедического скрининга дисфагии.

Результаты. Установлено, что начало активизации в первые 24 часа после реперфузии при условии гемодинамической и неврологической стабильности является безопасным, патогенетически обоснованным и снижает риск развития гипостатических осложнений на 15–20%. Стопроцентный охват пациентов нейровизуализацией позволил прецизионно определять сроки первой ранней вертикализации и объем физической нагрузки, при этом случаев нарастания дефицита, связанных с ранней мобилизацией, зафиксировано не было.

В рамках междисциплинарного плана в ПИТ с первых часов госпитализации проводилась постуральная коррекция туловища и паретичных конечностей

для профилактики контрактур и пролежней. Параллельно инструктором ЛФК в первые 12 часов инициировался комплекс дыхательной и пассивной лечебной гимнастики с акцентом на стимуляцию проприорецепции. Диагностика нарушений глотания по шкале GUSS в первые 12–24 часа позволяла своевременно начинать логопедическую абилитацию, включающую стимуляцию небного и глоточного рефлексов и коррекцию консистенции питания для минимизации риска аспирационных пневмоний. Протокол сверххранной вертикализации (от позиционирования в постели до положения сидя с опущенными ногами) реализован под мониторингом гемодинамики сразу после верификации безопасности по данным КТ.

Клинически значимый регресс неврологического дефицита и расширение двигательной активности были достигнуты у 95,3% наблюдаемых пациентов (n=41), что подтверждается выраженной динамикой функционального статуса: средний балл по шкале NIHSS снизился с 10,2 до 6,4, а индекс мобильности Ривермид вырос с 1 до 5 баллов. К моменту завершения стационарного лечения при среднем койко-дне 12,0 доля пациентов, достигших уровня mRS 0–2, составила 68,2%. Реализованный междисциплинарный алгоритм обеспечил синергию интенсивной терапии и ранней реабилитации, что позволило своевременно переводить пациентов на последующие этапы с сохранением высокого функционального потенциала.

Заключение. Междисциплинарное взаимодействие, закрепленное в персонализированном плане лечебно-реабилитационных мероприятий, позволяет максимально реализовать ресурс ранней нейропластичности непосредственно в остром периоде (после ТЛТ и ТЭ). Согласованность действий невролога и специалистов реабилитационного профиля является ключевым фактором непрерывности лечебно-восстановительного процесса и успешной абилитации пациентов в Гродненском регионе.

Шабунько А.И.¹, Мулярчик Л.Е.², Мицкевич Д.А.²

¹ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

² Гродненская университетская клиника, Гродно, Беларусь

Особенности тревожно-депрессивных расстройств у пациентов в ранний и поздний восстановительные периоды инфаркта головного мозга в зависимости от семейного положения

Актуальность. Инфаркт головного мозга остается одной из ведущих причин инвалидизации и смертности населения во всем мире. Современные достижения в лечении острого периода и реабилитации позволяют значительно сократить смертность при данном заболевании, однако на первый план выходят вопросы качества жизни пациентов. Формирование постинфарктных аффективных расстройств, в частности тревожно-депрессивных нарушений, является одним из наиболее частых и прогностически неблагоприятных осложнений. Высокое значение постинфарктных тревожно-депрессивных расстройств определяется не только их высокой частотой, но и ролью в течении и влиянии на прогноз цереброваскулярных заболеваний. Тревога и депрессия являются независимыми факторами риска в патофизиологическом

прогрессировании неврологической симптоматики и повторного инфаркта, а также значимо снижают комплаентность, эффективность реабилитационных мероприятий.

Цель. Установить распространенность, степень тяжести тревожно-депрессивных расстройств у пациентов в ранний и поздний периоды инфаркта головного мозга в зависимости от семейного положения.

Материалы и методы. Обследованы 40 пациентов (20 (6 женатых/замужних и 14 одиноких) – в ранний (I группа) и 20 (8 женатых/замужних и 12 одиноких) в поздний (II группа) восстановительные периоды инсульта) в возрасте от 30 до 56 лет, находившихся на лечении в неврологическом отделении Гродненской университетской клиники. Всем пациентам проведено исследование эмоционального состояния по Госпитальной шкале тревоги и депрессии [1].

Результаты. У всех пациентов, вне зависимости от семейного положения, в ранний восстановительный период инфаркта установлены субклинически выраженная тревога ($9,0 \pm 0,33$ – у женатых/замужних (Ж) и $10,1 \pm 0,54$ – у одиноких (О), $p < 0,05$, $p < 0,05$) и депрессия ($7,7 \pm 0,12$ (Ж), $7,6 \pm 0,77$ (О)). Легкие тревожно-депрессивные расстройства сохранялись у одиноких в позднем восстановительном периоде ($8,33 \pm 0,61$ – тревога, $8,33 \pm 0,50$ – депрессия), а у женатых/замужних эмоциональное состояние нормализовалось ($6,7 \pm 0,27$ – тревога, $6,5 \pm 0,20$ – депрессия).

Заключение. У всех пациентов, перенесших инфаркт головного мозга, в ранний восстановительный период диагностированы как депрессивные, так и тревожные расстройства. В раннем восстановительном периоде полученные данные указывают на отсутствие статистически значимых различий в уровне депрессии между женатыми/замужними и одинокими пациентами, что свидетельствует о высокой значимости острого церебрального события как универсального стрессового фактора, нивелирующего социальные различия на начальном этапе реабилитации. В позднем восстановительном периоде женатые/замужние пациенты менее подвержены тревожно-депрессивным расстройствам. В позднем восстановительном периоде у женатых/замужних пациентов зафиксирована полная нормализация эмоционального состояния. Показатели тревоги и депрессии достигли значений, соответствующих клинической норме (ниже порога субклинической выраженности). Это позволяет предположить, что наличие партнера выполняет роль протективного (защитного) фактора, снижая остроту реактивной тревоги, связанной с утратой здоровья и неопределенностью прогноза. В отличие от семейных пациентов, у одиноких лиц в позднем восстановительном периоде сохраняются легкие тревожно-депрессивные расстройства. Уровень тревоги и депрессии статистически значимо не снизился до нормативных значений, что указывает на формирование устойчивого патологического паттерна эмоционального реагирования. Отсутствие супружеской поддержки является фактором риска хронификации психоэмоциональных нарушений.

Таким образом, семейное положение является значимым предиктором динамики психоэмоционального статуса у пациентов, перенесших инсульт. Если в раннем восстановительном периоде тревожно-депрессивная симптоматика носит универсальный характер, то к позднему периоду наблюдается дивергенция: у пациентов, состоящих в браке, происходит полная регрессия симптомов, тогда как у одиноких лиц сохраняются стойкие субклинические тревожно-депрессивные расстройства. Полученные результаты обосновывают необходимость дифференцированного подхода к психокоррекционной работе с акцентом на усиление психосоциальной поддержки одиноких пациентов на всех этапах реабилитации.

Компьютерная верстка *Д. В. Нужин*

Системные требования
Электронный сборник. Формат PDF

Дата размещения на сайте: 11.05.2026
resire.by
Свободный режим доступа

Объем 1,16 Мбайт

Издательское частное унитарное предприятие
«Профессиональные издания».
Ул. Богдановича, 112, пом. 1Н, оф. 3, 220040, г. Минск, Республика Беларусь.