

*V Международная (75 Всероссийская) научно-практическая конференция  
«Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения»*

Повторное вмешательство проводилось на той же стороне, но с декомпрессией другой артерии.

4. При неэффективности консервативного лечения невралгии тройничного нерва следует проводить МРТ головного мозга для исключения компрессии корешка мозжечковыми сосудами для своевременного и адекватного нейрохирургического вмешательства.

#### **Список литературы:**

1. Герасимов М.В. Невралгия тройничного нерва. Аспекты формирования болевого синдрома, хирургическое лечение с использованием микрокраниотомии: автореферат дис. канд. мед. наук: ГОУ ВПО УГМА Росздравот 24.02.2010 / М.В. Герасимов - Екатеринбург, 2010.- 33 с.
2. Корешкина М.И. Дифференциальная диагностика и лечение невралгии тройничного нерва / М.И. Корешкина // Неврология. - 2016. - №2 (142) - С. 24-27.
3. Топольскова Н.В. Возможности комплексной лучевой диагностики невралгии тройничного нерва для выбора тактики хирургического лечения: автореферат дис. канд. мед. наук: Санкт-Петербург, «Восстания -1» / Н.В. Топольскова - СПб.: Питер, 2014г.- 24с.
4. Шиманский В.Н. Хирургическая коррекция синдромов сосудистой компрессии черепных нервов // В.Н. Шиманский, С.В. Тяншин, В.К. Пошатаев. Клинические рекомендации. – Москва, 2014.–15с.

УДК 616.8-005

**Белкина А.А., Ножкина Н.В.**

### **СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНЫХ СОСУДИСТЫХ ОТДЕЛЕНИЙ**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
Уральский Государственный Медицинский Университет,  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Belkina A.A., Nozhkina N.V.**

### **STRUCTURE OF ACUTE STROKE COMPLICATIONS IN PATIENTS IN PRIMARY STROKE CENTERS**

Department of Public Health and Healthcare  
Ural State Medical University,  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [annabelkina333@gmail.com](mailto:annabelkina333@gmail.com)

**Аннотация.** Своевременное выявление и лечение осложнений инсульта в значительной мере определяют клинический прогноз и реабилитационный потенциал пациентов. Цель исследования – установить структуру и частоту

выявления осложнений инсульта среди пациентов, проходящих лечение в палатах интенсивной терапии первичных сосудистых отделений (ПСО). Были проанализированы медицинские карты пациентов, госпитализированных в 2019 г. с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения» в ПСО ГКБ №14 г. Екатеринбурга и ПСО в структуре Регионального сосудистого Центра на базе СОКБ №1. Сравнивались половозрастные характеристики, типы перенесенных инсультов, наличие или отсутствие проведения тромболитической терапии и осложнения, развившиеся в остром и острейшем периоде инсульта и их структура.

**Annotation.** Timely detection and treatment of stroke complications largely determine the clinical prognosis and rehabilitation potential of patients. The aim of the study is to establish the structure and frequency of detection of stroke complications among patients undergoing treatment in the intensive care units of primary vascular departments (PSOs). We analyzed medical records of patients hospitalized in 2019 with a diagnosis of "Acute cerebral circulation disorder" in Primary Stroke Centers (PSC) of the Yekaterinburg Municipal Hospital №14 and the PSC in the structure of the Regional Vascular Center. Demographic data, types of strokes, presence or absence of thrombolytic therapy, and complications that developed in the acute period of stroke and their structure were evaluated.

**Ключевые слова:** ранние осложнения инсульта, первичный сосудистый центр.

**Key words:** early complications of stroke, primary vascular center.

### **Введение**

Современные алгоритмы оказания помощи пациентам с инсультом на этапе сосудистого отделения включают в себя не только неотложное лечение, направленное на восстановление церебрального кровотока, но и ранние реабилитационные мероприятия. Осложнения инсульта (такие как пневмония, нарушения сердечного ритма, тромбозы, пролежни) в значительной степени определяют клинический прогноз и реабилитационный потенциал пациентов, в связи с чем их своевременное выявление и лечение являются актуальной проблемой для сосудистых неврологов и специалистов смежных областей.

По данным литературы, в настоящее время у 17-20% больных с острым ишемическим инсультом в первые 2 недели развиваются клинически значимые нарушения деятельности сердца (инфаркт миокарда, сердечная недостаточность) [2]. Бактериальные инфекции в специализированном сосудистом отделении наблюдаются у 21-65% больных: инфекция мочевыводящих путей развивается у 6-27%, пневмония – у 5-22% [1,3]. Нарушения глотания в острой стадии инсульта наблюдаются у 40-50% больных [4]. Частота желудочно-кишечных кровотечений в канадском обсервационном исследовании составила около 1,5%, однако в некоторых исследованиях эта частота варьирует до 30%.

**Цель исследования** – установка структуры и частоты выявления осложнений инсульта среди пациентов, проходящих лечение в палатах интенсивной терапии первичных сосудистых отделений (ПСО).

#### **Материалы и методы исследования**

В ходе ретроспективного исследования методом случайной выборки проанализированы медицинские карты стационарных пациентов, госпитализированных в 2019 г. с диагнозом «Острое нарушение мозгового кровообращения» в ПСО ГКБ №14 Екатеринбурга (ПСО 1) и ПСО в структуре Регионального сосудистого Центра на базе СОКБ (ПСО 2). Всего в выборку включены 105 медицинских карт, в том числе 49 случаев лечения в ПСО 1 и 56 случаев лечения в ПСО 2, что составило 4,5% и 4,9% от общего числа пролеченных в этих отделениях в 2019 г. соответственно.

Критерии включения: диагнозы по МКБ – I60 (кровоизлияния субарахноидальные), I61 (кровоизлияния внутримозговые), I63 (инфаркт мозга), I67 (другие цереброваскулярные болезни). Оценивались половозрастные характеристики, типы перенесенных инсультов, наличие или отсутствие проведения тромболитической терапии и осложнения, развившиеся в остром и острейшем периоде инсульта и их структура. Кроме того, анализировались результаты клинической оценки состояния пациентов по стандартизированным шкалам – NIHSS (Шкала инсульта Национального института здоровья) и mRS (модифицированная шкала Рэнкина) при поступлении и при выписке из стационара. По всем вышеперечисленным критериям были сопоставлены две группы пациентов (проходившие лечение в ПСО 1 и ПСО 2) с целью выявления различий в тяжести инсульта и степени функциональных нарушений у пациентов, первоначально поступивших в стационар, оценки динамики их состояния в результате лечения и определения наиболее частых осложнений.

Статистическая обработка данных выполнена в программе Microsoft Excel с использованием t-критерия Стьюдента и парного t-критерия Стьюдента.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ половозрастного состава пациентов показал, что средний возраст пациентов, проходивших лечение в ПСО 1, составил 67 (31÷88) лет; ПСО 2 - 69 лет (41÷88) ( $p>0,5$ ). Удельный вес пациентов мужского пола составил 40,8% (20 пациентов) в ПСО 1 и 60,7% (34) в ПСО ( $p<0,3$ ).

Среди типов инсультов, послуживших причиной госпитализации, наиболее частым оказался инфаркт мозга (I63): 45 (91,8%) в ПСО 1 и 53 (94,6%) в ПСО 2 ( $p>0,5$ ). Вторым по частоте встречаемости в популяции пациентов было внутримозговое кровоизлияние (I61) – 4,1% (2) в ПСО 1 и 3,6% (2) в ПСО 2. Двум пациентам (4,1%) в группе ПСО 1 поставлен диагноз другие цереброваскулярные болезни (I67); один пациент (1,8%) в группе ПСО 2 имел диагноз «субарахноидальное кровоизлияние» (I60).

Оценка состояния пациентов при поступлении и после проведенного в лечения проводилась при помощи шкал NIHSS и mRS (рис. 1).

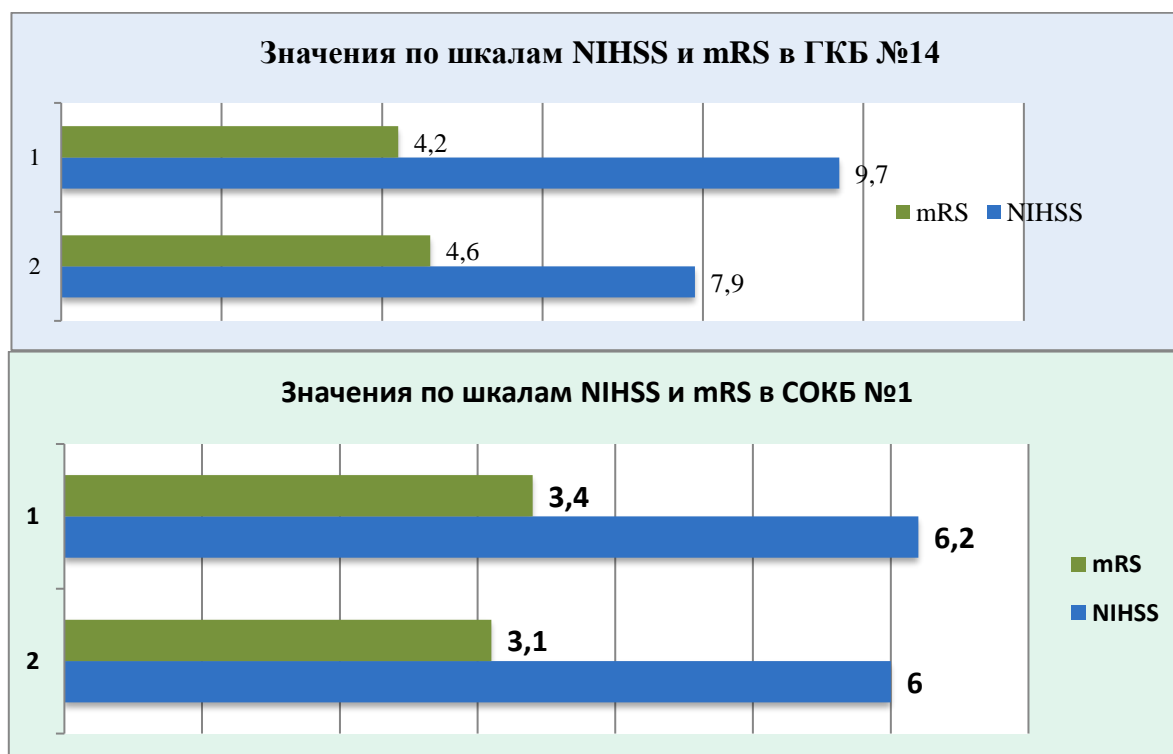


Рис.1. Значения по шкалам NIHSS и mRS при поступлении в сосудистое отделение (1) и при выписке из стационара (2) пациентов ГКБ №14 и СОКБ №1

При поступлении пациенты в ПСО 1 имели более высокую тяжесть состояния при поступлении по шкале NIHSS ( $9,7 \pm 0,8$  vs  $6,2 \pm 0,8$  соответственно,  $p < 0,5$ ), но не отличались от пациентов ПСО по шкале mRS ( $4,2 \pm 0,2$  vs  $3,4 \pm 0,4$ ,  $p > 0,5$ ).

При выписке состояние пациентов ПСО улучшилось до  $7,9 \pm 1,03$  балла по шкале NIHSS и не изменилось по оценке шкалы mRS ( $4,6 \pm 0,17$  баллов). Пациенты ПСО 2 были выписаны без существенного изменения состояния (NIHSS  $6,0 \pm 1,03$  и mRS  $3,1 \pm 0,18$ ).

В рассмотренной нами выборке тромболитическую терапию получили только двое пациентов: 1 пациент ПСО 1 (2%) и 1 пациент ПСО 2 (1,8%).

Среди осложнений (рис. 2), отмеченных в картах наблюдения за пациентами, проходящими лечение в палатах интенсивной терапии, наиболее часто встречались: дисфагия (8,2% в ПСО 1, 16,1% в ПСО 2;  $p < 0,05$ ), тромбозы периферических сосудов (2% в ПСО 1, 14,3% в ПСО 2;  $p < 0,05$ ) и пневмония (2% в ПСО 1, 12,5% в ПСО 2;  $p < 0,05$ ) (рис.2)

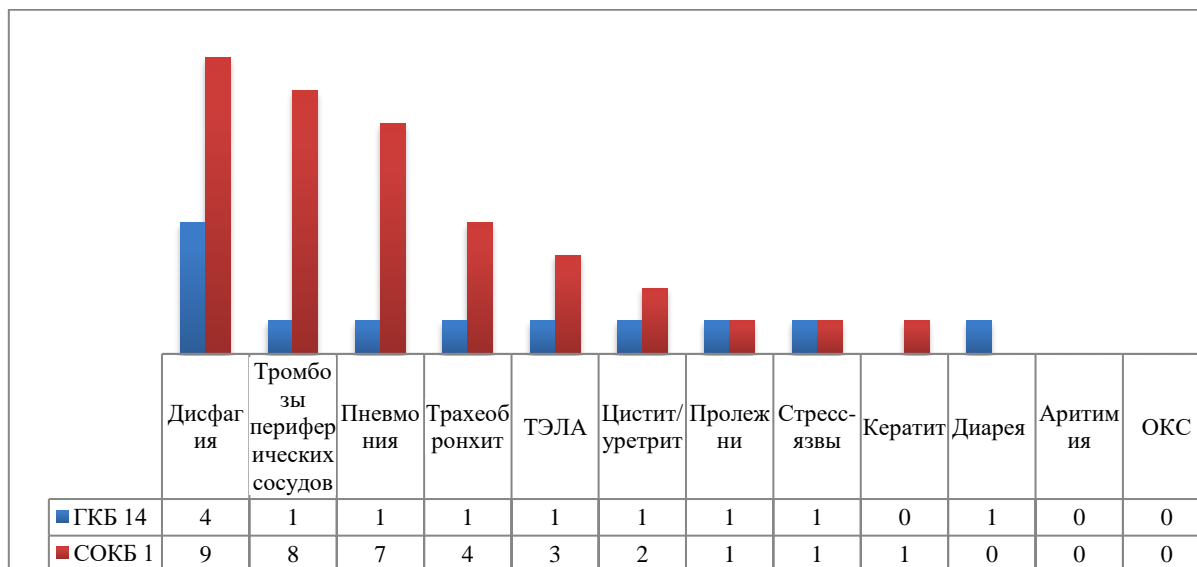


Рис.2. Структура осложнений на этапе лечения в палатах интенсивной терапии ПСО 1 и ПСО 2

Также частыми осложнениями являются: трахеобронхит (2% в ПСО 1, 7,1% в ПСО 2;  $p < 0,05$ ), тромбоз легочной артерии (2% в ПСО 1, 5,4% в ПСО 2,  $p < 0,05$ ) и инфекции нижних мочевыводящих путей (2% в ПСО 1, 3,6% в ПСО 2). Реже отмечалось развитие у пациентов пролежней (2% в ПСО 1, 1,8% в ПСО 2) и стресс-язв (2% в ПСО 1, 1,8% в ПСО 2). Развитие кератита отмечено только у одного пациента в ПСО 2 (1,8%), диарея – у одного пациента в ПСО 1 (2%). Случаи возникновения аритмии или острого коронарного синдрома на фоне инсульта в данной популяции пациентов не выявлены.

При анализе полученных данных обращает на себя внимание в целом низкий процент зарегистрированных осложнений по сравнению с данными литературы. Действительно, нет указаний на острые коронарные проблемы, хотя электрокардиографический контроль и мониторинг гемодинамики осуществлялся всем пациентам в 1-2 сутки. В то же время высокая частота тромбозов периферических сосудов не описана в литературе и демонстрирует проблему ухода за пациентами. Близкими к референтным данным по частоте встречаемости являются дисфагия, бактериальные осложнения (пневмония, инфекции мочевых путей) и осложнённые желудочно-кишечным кровотечением стресс-язвы. Среди фатальных осложнений острого периода тромбоз глубоких вен голени занимает лидирующее место, что соответствует общепринятым данным.

Нуждается в объяснении тот факт, что при более высокой тяжести состояния пациентов ПСО 1 количество осложнений существенно ниже, чем в ПСО 2. Учитывая наличие единого протокола лечения пациентов с ОНМК в ПСО РФ, такое различие может быть объяснено исключительно недостаточным контролем за состоянием пациентов, вероятно связанным с дефицитом кадров.

Резюмируя, следует отметить, что осложнения острейшего периода острого нарушения мозгового кровообращения в первичных сосудистых отделениях Свердловской области встречаются реже, чем это указывается в

литературных источниках. Возможные причины этого носят различный характер: особенности регионального коморбидного статуса, недостаточное внимание к контролю за полнотой и своевременностью регистрации осложнений, отсутствие практики мониторинга осложнений.

#### **Вывод**

Структура и частота осложнений острого периода инсульта у пациентов первичных сосудистых отделений Свердловской области отличается от данных литературных источников, что требует дополнительного анализа и внимания организаторов здравоохранения.

#### **Список литературы:**

1. Amin-Hanjani S et al. Effect of Hemodynamics on Stroke Risk in Symptomatic Atherosclerotic Vertebrobasilar Occlusive Disease. / Amin-Hanjani S et al. // JAMA Neurol. – 2016. – 73. - №2. - P.178-85
2. Demaerschalk BM et al. Scientific Rationale for the Inclusion and Exclusion Criteria for Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke β / Demaerschalk BM et al. // Stroke. – 2016. – 47. - №2. – P.581-641
3. Powers WJ et al. American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment / Powers WJ et al. // - Stroke. – 2015. - 46. - №10. – P. 3020-35
4. Suntrup S. The impact of lesion location on dysphagia incidence, pattern and complications in acute stroke / Suntrup S., Kemmling A, Warnecke T, et al. // Eur J Neurol. – 2015. – 22. - №5. – P. 832-8

УДК 616-008.6

**Воронцова А.С., Филиппова Е.С.**

### **НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР ГОЛОВНОГО МОЗГА КАК МАРКЁР ГИПЕРРЕАКТИВНОСТИ ДЕТРУЗОРА У ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ**

Кафедра урологии

Уральский государственный медицинский университет  
ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница №1»  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Vorontsova A. S., Filippova E.S.**

### **NEUROTROPHIC BRAIN FACTOR AS MARKER OF DETRUSOR HYPERREACTIVITY IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS.**

The Department of Urology

Ural state medical University

State Budgetary Institution of Healthcare of the Sverdlovsk Region "Sverdlovsk  
Regional Clinical Hospital №. 1"  
Yekaterinburg, Russian Federation