

На правах рукописи

МАТВЕЕВА

Ольга Николаевна

**КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕЗИДУАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ
ГОЛОВНОГО МОЗГА, ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОГНОЗА
И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

14.00.13 - нервные болезни

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Екатеринбург - 2008

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (ГОУ ВПО УГМА Росздрава) на базе Муниципального учреждения здравоохранения «Городская больница №3» г. Нижневартовска Ханты-Мансийского Автономного Округа.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Мякотных Виктор Степанович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Сакович Владимир Петрович

доктор медицинских наук
Белкин Андрей Августович

Ведущая организация – Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Защита диссертации состоится «26» июня 2008 г. в ____ часов на заседании диссертационного совета Д 208.102.03, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, по адресу: 620028. г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом – на сайте академии www.usma.ru

Автореферат разослан «__» _____ 2008 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Базарный В.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. По результатам эпидемиологических исследований в России, болезни сердечно-сосудистой системы занимают до 70% всей регистрируемой патологии, причём более 35% в этой группе приходится на цереброваскулярные заболевания [Федин А.И., 2005]. Проблема цереброваскулярной патологии и наиболее грозного её проявления – инсульта сохраняет чрезвычайную социальную и медицинскую значимость в России и во всём мире. Ни при каком другом заболевании спустя год после его возникновения не умирает 48-50% больных, а среди выживших до 80% остаются до конца жизни в той или иной мере инвалидами, нуждающимися в финансовой поддержке государства [Жулёв Н.М., 2002, Скворцова В.И. и др., 2002, 2004; Быков Ю.И. и др., 2006; Суслина З.А. и др., 2006]. Ожидают, что в ближайшие 25 лет значимость инсульта как медико-социальной проблемы ещё более возрастёт, о чём свидетельствует «постарение» населения, и увеличение в популяции доли лиц с факторами риска [Гусев Е.И., Скворцова В.И., 2001; Warlow С.Р., 1998, 2002].

Также всё более и более возрастает значение бывшей черепно-мозговой травмы (ЧМТ), перенесённой в предшествующий инульту период. В нашей стране ежегодно получают травмы головного мозга свыше 1200 тысяч человек, из которых 50 тысяч больных погибают и почти треть остаются инвалидами [Георгиева С.А., 1993; Старченко А.А., 2002]. Закрытые ЧМТ составляют до 50% травм всех локализаций; их частота нарастает в среднем на 2% ежегодно [Мякотных В.С., 1994; Помников В.Г. и др., 2002]. Это связано с ростом производственных травм и с большим удельным весом боевых ЧМТ, полученных в непрекращающихся военных конфликтах. Несмотря на то, что патогенетические и клинические аспекты восстановительного периода инсульта достаточно хорошо изучены, ранее полученная ЧМТ обуславливает наличие ряда особенностей течения данного патологического процесса. Известно, что ЧМТ является фактором, способствующим раннему и достаточно интенсивному развитию сердечно-сосудистой патологии, в частности артериальной гипертензии, атеросклероза, а в патогенезе самой травмы мозга и её ближайших и отдалённых последствий отчётливо представлен сосудистый компонент [Мякотных В.С. и др., 2002]. Следовательно, наличие сочетанной патологии делает необходимым проведение комплексного лечения больных с учётом характера посттравматического дефекта и особенностей сосудистой патологии. С другой стороны, существует мнение о том, что последствия перенесённой ЧМТ в определённой степени «мобилизуют» защитные силы центральной нервной системы в случаях возникновения церебральной сосудистой катастрофы, и при этом восстановление нарушенных в результате инсульта функций у лиц, перенесших в прошлом ЧМТ, происходит несколько интенсивней, нежели у пациентов с исключительно цереброваскулярной патологией [Мякотных В.С. и др., 1995, 1996], что объясняется известным патофизиологическим феноменом «перекрёстной резистентности». Клинические и патогенетические взаимоотношения двух патологических процессов – сосудистого и травматического остаются недостаточно изученными и представленными в литературе, что определило направление нашего исследования.

Цель настоящего исследования - изучение особенностей клинической картины заболевания и результатов инструментальных исследований больных, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) в резидуальном периоде ЧМТ, и определение значения выявленных особенностей для прогноза и восстановительного лечения.

В соответствии с данной целью, были поставлены **задачи исследования**:

1. Оценить в сравнительном аспекте клинические особенности течения острого и восстановительного периодов инсульта с определением степени выраженности функционального дефицита и его динамики у пациентов, перенесших в прошлом ЧМТ, либо не переносивших таковой.

2. Определить возможности социально-бытовой и трудовой реабилитации больных, перенесших инсульт в резидуальном периоде ЧМТ, уровень имеющихся у них депрессивных расстройств и мотиваций к восстановлению при сравнении выявленных показателей с аналогичными у лиц, не переносивших ЧМТ в периоде времени, предшествовавшем инсульту.

3. С помощью электроэнцефалографических исследований провести сравнительный анализ состояния биоэлектрической активности головного мозга у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения как на фоне существования травматической болезни головного мозга, так и без указаний на имевшую место ЧМТ.

4. Провести подобный же сравнительный анализ данных транскраниального ультразвукового доплерографического исследования и дуплексного сканирования магистральных артерий головы.

5. Оценивая результаты компьютерной томографии головного мозга, определить нейровизуализационные особенности его структуры у пациентов, перенесших инсульт в резидуальном периоде ЧМТ в сравнении с таковыми же у больных, перенесших инсульт, но не имевших указаний на ЧМТ в анамнезе.

6. Определить комплексное значение травматической болезни головного мозга в последующем развитии острой цереброваскулярной патологии, показав влияние бывшей ЧМТ на прогноз инсульта и возможности восстановительного лечения.

Научная новизна. Впервые, в динамике острого и восстановительного периодов инсульта определены клинические, психологические, морфологические, нейрофизиологические особенности развития острой цереброваскулярной патологии у пациентов с указаниями на перенесённую в прошлом травму головного мозга в сравнении с таковыми, но не имевшими ЧМТ в анамнезе. Проведён сравнительный анализ депрессивных расстройств, мотивационных возможностей и социально-реабилитационных аспектов больных с исключительно сосудистой и сосудисто-травматической патологией головного мозга. Выявлены сравнительные особенности биоэлектрической активности головного мозга в различных периодах инсульта у пациентов с сосудисто-травматической и исключительно сосудистой патологией центральной нервной системы. С помощью транскраниальной ультразвуковой доплерографии и дуплексного сканирования магистральных артерий головы, проведенных в динамике по периодам инсульта, показано состояние мозгового кровообращения и его изменения по

периодам инсульта у двух сравниваемых категорий больных – с сосудисто-травматической и сосудистой патологией головного мозга. Представлены результаты сравнительного анализа структурных изменений головного мозга по данным компьютерной томографии. Показана неоднозначная роль бывшей ЧМТ в развитии острой цереброваскулярной патологии: с одной стороны, последствия травмы мозга усиливают выраженность нейрофизиологических и нейроморфологических изменений, сопровождающих ОНМК, создавая эффект взаимоотягощающих влияний травматической и цереброваскулярной патологии, с другой, мобилизационные возможности компенсации нарушенных в результате инсульта функций оказываются более высокими у лиц, перенесших в прошлом ЧМТ, что определяет лучший прогноз восстановительного лечения таких больных.

Практическое значение. В диссертации представлена оптимальная методика комплексного обследования больных с сосудисто-травматической патологией головного мозга, перенесших инсульт в резидуальном периоде ЧМТ. Комплексная методика включает клинические неврологические и психопатологические исследования с определением уровня депрессии и мотивации к восстановлению нарушенных в результате инсульта функций, электроэнцефалографические исследования, доплеросонографические исследования церебрального кровообращения, нейровизуализационные исследования, дуплексное сканирование магистральных сосудов головы. Методы исследования являются доступными для их использования в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях в динамике и создают необходимые предпосылки к решению вопросов тактики восстановительного лечения больных в зависимости от полученных результатов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Имеются целый ряд клинических и патогенетических особенностей течения острого и восстановительного периодов инсульта на фоне существования преморбидно инсульту травматической болезни головного мозга, свидетельствующие о тесной взаимосвязи между травматическими и сосудистыми патологическими процессами в центральной нервной системе.

2. У больных с сосудисто-травматической патологией головного мозга, в сравнении с исключительно сосудистой, отмечается меньшая выраженность функционального дефицита, обусловленного инсультом, и лучший прогноз в плане восстановления нарушенных функций при более высоком уровне мотиваций к восстановлению, сопровождающимся умеренными депрессивными расстройствами.

3. Биоэлектрическая активность головного мозга у больных, перенесших инсульт в резидуальном периоде ЧМТ, оказывается более дезорганизованной, чем у лиц с отсутствием травмы мозга в анамнезе, а пароксизмальная эпилептиформная активность, этиологически связанная с травмой, может активизироваться под воздействием фактора цереброваскулярной катастрофы.

4. Морфологические изменения церебральных артерий, обусловленные атеросклерозом, у больных, перенесших инсульт на фоне травматической болезни головного мозга, выражены ярче и присутствуют чаще, чем у лиц без

указаний на ЧМТ в анамнезе, но функциональные показатели мозгового кровообращения оказываются у бывших «травматиков» более позитивными, особенно в динамике по периодам инсульта.

5. Имеются отчетливые различия нейровизуализационных структурных изменений головного мозга у двух сравниваемых категорий больных – с ЧМТ и без таковой в предшествовавшем инсульту периоде, и данные различия возможно подразделить на посттравматические и исключительно сосудистые.

6. Сочетание более отчетливой выраженности ряда нейроморфологических и нейрофизиологических изменений головного мозга и церебральных сосудов с их позитивной динамикой и лучшими возможностями восстановления нарушенных в результате инсульта функций у больных, перенесших инсульт в резидуальном периоде ЧМТ, по сравнению с лицами, не имевшими указаний на ЧМТ в анамнезе, создает новое представление о церебральной сосудистотравматической патологии, создавая более позитивное к ней отношение, чем это принято считать, и определяя новые возможности и прогноз восстановительного лечения.

Апробация работы. Материалы диссертации докладывались на заседаниях проблемных комиссий «Неврология и нейрохирургия» и «Геронтология и гериатрия» при Уральской государственной медицинской академии (г. Екатеринбург, 2005, 2007, 2008), на 12-й Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни», (г. Москва, 2007), на областных неврологических научно-практических конференциях (г. Киров, 2007; г. Екатеринбург, 2008).

Публикации

По материалам диссертации опубликовано 12 работ, в том числе 5 журнальных статей, 2 из которых – в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК.

Внедрение результатов исследований. Результаты исследований внедрены в практическую работу Свердловского областного клинического психоневрологического госпиталя для ветеранов войн (г. Екатеринбург) и городской больницы №3 г. Нижневартовска Ханты-Мансийского автономного округа.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 156 страницах, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Диссертация иллюстрирована 14 рисунками, 32 таблицами. Список литературы включает 168 отечественных и 92 зарубежных источников.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая характеристика собственных наблюдений. Наблюдались 250 пациентов. Все больные подразделены на три группы. Основную группу составили 100 пациентов, перенесших ишемический (n=94) и геморрагический инсульты с сопутствующими очагу кровоизлияния ишемическими изменениями вещества головного мозга по типу «красного размягчения» (n=6), имевшие достоверные анамнестические указания на перенесенную ЧМТ. Группу сравнения составили 100 пациентов, перенесших ишемический инсульт без указания на

ЧМТ в анамнезе. Контрольная группа – 50 человек, перенесших только ЧМТ. Данная группа наблюдений была привлечена к исследованиям для необходимого в ряде случаев доказательства именно травматического, а не сосудистого происхождения тех или иных симптомов и инструментальных характеристик, выявленных при обследовании больных основной группы – с сосудисто-травматической патологией головного мозга.

Пациенты основной и группы сравнения сопоставимы по возрасту, в среднем соответственно $51,9 \pm 7,8$ и $52,9 \pm 7,9$ лет. Средний возраст пациентов контрольной группы $40,6 \pm 12,8$ лет, что объяснялось жёсткими требованиями достоверного отсутствия сосудистой патологии у данного контингента. Все пациенты неоднократно лечились в условиях неврологического и нейрохирургического отделений МУ ГБ №3 г. Нижневартовска Ханты-Мансийского Автономного Округа в период с 1997 по 2007 гг. При отборе пациентов для исследования критериями исключения явились: 1) выявленные злокачественные новообразования или операции по поводу этой патологии в анамнезе; 2) заболевания системы крови; 3) наличие застойной сердечной недостаточности 3-го и более функционального класса (ФК), стенокардия 4-го ФК; 4) летальные исходы вследствие острой сосудистой катастрофы при наличии ЧМТ в анамнезе и без таковой. ЧМТ у пациентов основной группы представлены в 87 (87%) случаях сотрясениями головного мозга, в 7 (7%) наблюдениях – ушибами головного мозга лёгкой степени и в 6 (6%) случаях – открытыми ЧМТ. ЧМТ пациентов контрольной группы были только закрытыми и, согласно Единой Международной классификации ЧМТ [Коновалов А.Н. и др., 1985, 1987, 1988], были представлены сотрясениями и ушибами головного мозга различной степени тяжести. Длительность катамнестического наблюдения составила от 1 до 3 лет.

Методы исследования. Клиническое обследование пациентов проводилось в остром, восстановительном и резидуальном периодах инсульта и включало анализ субъективных проявлений, объективной неврологической симптоматики. Нейропсихологическое обследование также проводилось в динамике и состояло из определения степени выраженности эмоционально-волевых, депрессивных расстройств, речевых нарушений. Отдельно рассмотрены социально-реабилитационные проблемы больных. Данные инструментальных методов исследования оценивались в остром и восстановительном периодах инсульта. Инструментальные методы включали исследование состояния мозгового кровотока методом ультразвуковой доплерографии (УЗДГ). Анализ доплерограмм строился на оценке скоростных параметров, цереброваскулярной реактивности. По показаниям проводилось дуплексное сканирование магистральных артерий головы. Электроэнцефалографические (ЭЭГ) паттерны оценивались в динамике, во время исследования применялись функциональные нагрузки – пробы с открыванием и закрыванием глаз, гипервентиляция. Компьютерно-томографические (КТ) исследования головного мозга, проводимые в остром и восстановительном периодах инсульта, позволили визуализационно верифицировать диагноз инсульта, уточнить локализацию и размеры церебрального очага, выявить посттравматические изменения.

Статистический анализ полученных результатов исследований проводился на IBM-совместимом компьютере с использованием программ Microsoft Excel, Statistica, Biostat, с обработкой материала по группам с помощью вариационной статистики, включающей вычисление средних значений, ошибок средних стандартных отклонений. Для каждой группы значений вычисляли среднюю арифметическую величину, ошибку средней величины. Использовались параметрические и непараметрические методы, в частности коэффициент корреляции Спирмена, парный критерий Вилкоксона (тест Манна-Уитни). При первичной статистике применялся табличный экспресс-метод Р.Б. Стрелкова. Оценку значимости различий между сравниваемыми выборками осуществляли с использованием параметрического t-критерия Стьюдента при 95% доверительном интервале, принятом для медицинских и биологических исследований.

Весь материал, представленный в диссертации получен, обработан и проанализирован лично автором.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Клиническая характеристика и динамика восстановительного периода инсульта. Основные жалобы больных основной и группы сравнения и их динамика по периодам развития инсульта представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика жалоб по периодам инсульта у пациентов сравниваемых групп

Жалобы		Острый период		Ранний восстанов.		Поздний восстанов.		Резид. период	
		I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.	I гр.	II гр.
Головная боль	n	33	34	29	35	41	42	45	50
	%	33	34	29	35	41	42	45	50
Головокружение	n	36	38	25	37	26	37	32	43
	%	36	38	25	37	26	37	32	43
Нарушение речи	n	27	39	17	30	16	27	15	27
	%	27	39	17	30	16	27	15	27
Пошатывание при ходьбе	n	34	33	32	32	30	33	34	36
	%	34	33	32	32	30	33	34	36
Слабость в конечностях	n	66	62	49	55	45	51	44	51
	%	66	62	49	55	45	51	44	51
Снижение памяти	n	24	32	36	45	46	57	53	59
	%	24	32	36	45	46	57	53	59
Нарушение сна	n	42	46	40	47	41	56	47	55
	%	42	46	40	47	41	56	47	55
Общая слабость, утомляемость	n	33	38	27	37	27	34	34	35
	%	33	38	27	37	27	34	34	35

Наиболее частой жалобой в остром периоде инсульта у пациентов сравниваемых групп была слабость в конечностях. Характерными были жалобы на головокружение и пошатывание при ходьбе. Головная боль практически одина-

ково часто встречалась у больных двух сравниваемых групп. Имели место также жалобы на нарушение речи, снижение памяти, астенизацию. В целом клиническая характеристика жалоб и частота встречаемости того или иного их варианта в остром периоде инсульта у пациентов двух сравниваемых групп отчетливо не отличались. Для проведения сравнительного статистического анализа нами был использован такой условный показатель, как усредненное количество субъективных проявлений заболевания, т.е. жалоб (m), вычисляемый следующим образом: $m = \sum n_1 / n_2$, где $\sum n_1$ – сумма процентного числа больных с той или иной жалобой, n_2 – количество вариантов жалоб (в нашем случае 8). Для острого периода инсульта пациентов основной группы $m = 41,0 \pm 1,48$, для острого периода инсульта пациентов группы сравнения $m = 40,38 \pm 1,49$ ($p > 0,05$).

Иначе обстоит дело при сравнении жалоб в раннем и позднем восстановительном периодах инсульта и при последствиях ОНМК. В раннем восстановительном периоде по-прежнему на первый план выходят жалобы, связанные с нарушением двигательных функций, но в количественном соотношении их несколько меньше. Указанная тенденция сохраняется и в позднем восстановительном периоде. Сохраняется и общемозговая симптоматика в виде цефалгий, головокружения. Четко прослеживается тенденция к увеличению количества больных с мнестическими расстройствами, особенно у представителей группы сравнения, что возможно связано с нарастанием корковых атрофий, поражением лимбической системы, в частности медиальных отделов височной доли. По-прежнему сохраняются диссомнические расстройства, чаще - у больных группы сравнения. В целом при сравнительном анализе жалоб в раннем и позднем восстановительном периодах инсульта отчетливо прослеживается более позитивная их динамика у пациентов, перенесших инсульт в резидуальном периоде ЧМТ. Спустя год после сосудистой катастрофы происходит увеличение показателей мнестических расстройств и цефалгий. На второй план выступают жалобы на слабость в конечностях, обусловленные той или иной степенью пареза. Речевые нарушения больше регрессируют у представителей основной группы.

Также, как в случае сравнительного анализа субъективных проявлений острого периода инсульта, использован условный показатель усредненного количества жалоб (m). В раннем восстановительном периоде у представителей основной группы наблюдений он оказался равным $31,88 \pm 1,37$, в группе сравнения – $39,75 \pm 1,47$, в позднем восстановительном периоде – соответственно $34,0 \pm 1,39$ и $42,13 \pm 1,47$ ($p < 0,05$). Тенденция к лучшей ситуации в плане субъективных проявлений инсульта сохраняется отчетливой и на стадии последствий перенесенной сосудистой катастрофы: показатель усредненного количества жалоб (m) среди представителей основной группы наблюдений оказался равным $38,0 \pm 1,44$, а в группе сравнения - $44,5 \pm 1,51$. На рис. 1 графически представлены в сравнительном аспекте условные показатели усреднённого количества субъективных проявлений заболевания по группам в различные периоды инсульта. График наглядно подтверждает наши рассуждения о том, что среди лиц, перенесших в доинсультном периоде ЧМТ, восстановительный процесс протекает позитивней при условии полного равенства клинических проявлений острого периода заболевания в обеих сравниваемых группах наблюдений.

нарушения	%	33	32	30	27	28	26	28	26
Бульбарные нарушения	n	3	6	2	5	2	5	2	3
	%	3	6	2	5	2	5	2	3
Зрительные нарушения	n	2	4	2	4	2	4	2	4
	%	2	4	2	4	2	4	2	4

Очевидно, что среди пациентов основной группы и группы сравнения во всех наблюдаемых периодах инсульта достаточно характерными были двигательные расстройства в виде гемипареза различной степени выраженности ($p > 0,05$). Речевые расстройства чаще встречаются у представителей группы сравнения ($p < 0,05$), и данный факт невозможно объяснить лишь с точки зрения локализации ишемического очага. Что же касается бульбарных нарушений, расстройств зрения и высших корковых функций, то в остром периоде инсульта они отчетливо преобладают ($p < 0,05$) у представителей группы сравнения, хотя в целом встречаются достаточно редко. Может показаться, что объективная неврологическая симптоматика острого периода инсульта менее выражена в целом у представителей основной группы по отношению к группе сравнения, хотя это не подтверждается сравнением усредненных показателей присутствия тех или иных объективных неврологических проявлений (m), которые практически равны – $28,8 \pm 1,35$ и $29,7 \pm 1,34$. С другой стороны, степень выраженности нарушений ряда неврологических функций, в частности двигательных (гемиплегия, гемипарез), отчетливо выше ($p < 0,05 - 0,01$) именно у представителей группы сравнения. Можно утверждать поэтому, что бывшая ЧМТ способствует некоторому облегчению острого периода инсульта в плане объективной неврологической симптоматики, степени выпадения тех или иных функций, хотя субъективные проявления острого же периода инсульта оказались вполне сопоставимыми.

Усредненные показатели объективной неврологической симптоматики, вычисленные аналогично таковым по отношению к субъективным проявлениям цереброваскулярной патологии, в раннем восстановительном периоде инсульта равны соответственно $22,0 \pm 1,25$ и $25,6 \pm 1,31$ в основной группе наблюдений и группе сравнения; в позднем восстановительном периоде инсульта указанные показатели – $20,0 \pm 1,24$ и $23,6 \pm 1,27$, в периоде отдаленных последствий инсульта - соответственно $20,0 \pm 1,24$ и $23,3 \pm 1,28$ (рис. 2). Представленная динамика подтверждает предположение о том, что восстановительные процессы после перенесённого инсульта протекают активней у лиц, перенесших ранее ЧМТ.

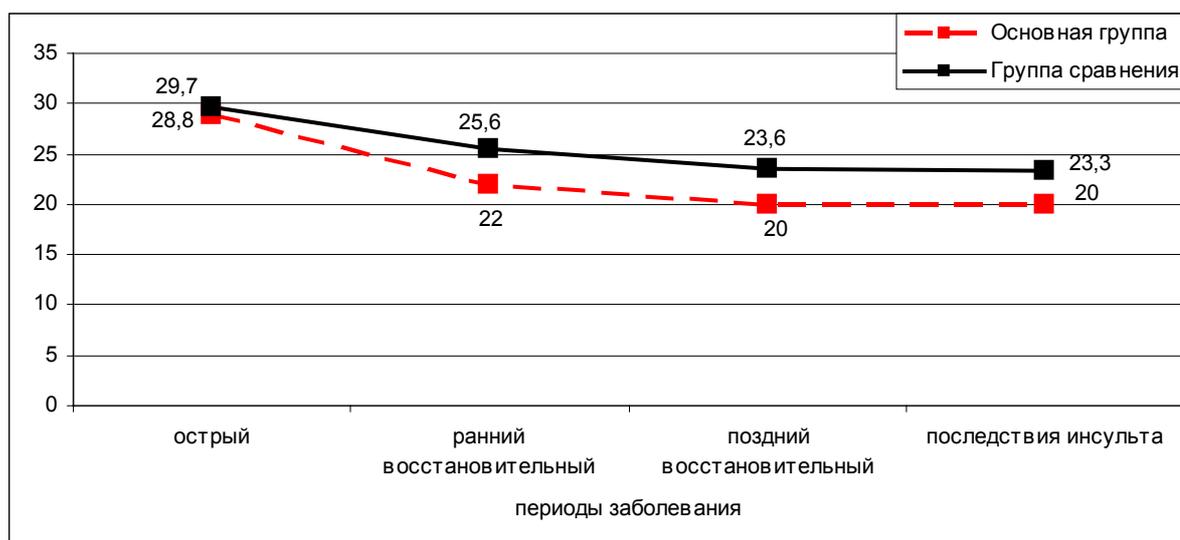


Рис. 2. Сравнительная динамика усредненного показателя объективной неврологической симптоматики инсульта по группам наблюдений.

Так как при подавляющем большинстве инсультов основным функциональным дефектом являются двигательные нарушения, то сравнение динамики именно двигательного дефекта представляется актуальным. Для исследования двигательной функции выбраны пациенты с наиболее отчетливыми двигательными нарушениями (66 и 62 больных в группах наблюдения). Пациенты с минимально выраженными парезами были исключены, поскольку такой двигательный дефект отличается хорошим регрессом, и показатели восстановления двигательной функции могут оказаться более позитивными. Сравнительная динамика восстановления двигательных расстройств представлена в таблице 3.

Таблица 3

Динамика восстановления двигательных расстройств по периодам инсульта в сравниваемых группах

Степень пареза	Острый период		Ранний восстановит.		Поздний восстановит.		Последствия	
	I гр. n=66	II гр. n=62	I гр. n=66	II гр. n=62	I гр. n=66	II гр. n=62	I гр. n=66	II гр. n=62
Плегия	5 7,6%	9 14,5%	-	-	-	-	-	-
Значительно Выраженный	-	1 1,6%	-	6 9,7%	-	3 4,8%	-	2 3,2%
Выраженный	17 25,8%	10 16,1%	12 18,2%	8 12,9%	11 16,7%	10 16,1%	11 16,7%	11 17,7%
Умеренный	24 36,4%	27 43,6%	13 19,7%	17 27,4%	12 18,2%	11 17,7%	12 18,2%	10 16,1%
Легкий	20 30,3%	15 24,2%	24 36,4%	24 38,7%	21 31,8%	27 43,5%	21 31,8%	28 45,2%

Восстановление	-	-	17 25,8%	7 11,3%	22 33,3%	11 17,7%	22 33,3%	11 17,7%
----------------	---	---	-------------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------

В остром периоде инсульта в основной группе и группе сравнения преобладают умеренные и легко выраженные гемипарезы. В то же время наиболее тяжело выраженные двигательные нарушения в виде параличей по типу полной гемиплегии чаще наблюдаются у пациентов группы сравнения, и эта разница уже довольно значительная ($p < 0,05$). В раннем восстановительном периоде определяется отчетливая тенденция к уменьшению степени выраженности гемипареза у представителей наблюдаемых групп. При этом в той и другой группах легкие гемипарезы выходят на первый план. Далее мы видим практически одинаково встречающиеся выраженные и значительно выраженные гемипарезы у пациентов сравниваемых групп. При этом среди представителей основной группы во всех наблюдениях произошел регресс двигательных расстройств от степени гемиплегии до выраженного гемипареза. В группе сравнения это мы наблюдаем лишь в 1/3 случаев, а оставшиеся больные «перешли» из ситуации гемиплегии в ситуацию значительно выраженного гемипареза. Полное восстановление двигательных нарушений отмечается в 25,8% (17 наблюдений) основной группы. В группе сравнения данный показатель составляет 11,3% (7 наблюдений). Отчетливое восстановление двигательных функций также достоверно чаще наблюдалось среди представителей основной группы наблюдений. Тенденция к более активному течению восстановительных, компенсаторных процессов среди лиц, перенесших в прошлом ЧМТ, сохраняется и в позднем восстановительном периоде инсульта, но различия по отношению к группе сравнения не представляются столь же выраженными, как это наблюдалось в раннем восстановительном периоде, хотя у представителей основной группы наблюдений полное восстановление двигательного дефекта отмечается в 33,3% (22 наблюдения), а среди представителей группы сравнения указанный показатель составляет 17,7% (11 наблюдений). В стадии отдаленных последствий инсульта данные показатели степени выраженности двигательного дефекта почти полностью соответствуют аналогичным показателям позднего восстановительного периода. Таким образом, наибольший регресс двигательных нарушений имел место в рамках раннего восстановительного периода, что совпадает с литературными данными [Виленский Б.С. 2002; Скворцова В.И. и др., 2002]. Но при этом темп восстановления двигательных функций оказался отчетливо выше среди пациентов, перенесших в прошлом ЧМТ.

Следующими по значимости после двигательных были речевые расстройства. Как и в случае с двигательными расстройствами, из исследования исключены пациенты с незначительной степенью афатических нарушений в виде элементов аграмматизма с редкими ошибками в письме, поскольку такие речевые расстройства могли создать более благоприятную картину в отношении восстановления речевой дисфункции. По степени выраженности речевых нарушений уже в остром периоде инсульта отчетливо «лидировала» группа сравнения. Спустя 4-6 месяцев после начала заболевания у 13 (68,4%) больных основной группы отмечен устойчивый регресс речевых расстройств, увеличение

активного словаря, появление возможности конструирования собственной фразы. Полное восстановление речи наблюдалось у 5 (20,8%) пациентов основной группы. В группе сравнения темп регресса речевых проблем значительно ниже и полное восстановление речевой функции отмечалось лишь в 5 (13,9%) случаях. Мы убедились, что восстановление речевой дисфункции в качественном и количественном отношении достоверно ($p < 0,05-0,01$) лучше и активнее протекает у представителей основной группы наблюдений.

Анализ нейропсихологических и социально-реабилитационных проблем. В нашей работе мы оценивали степень тяжести депрессии по шкале Гамильтона, определяли суммарный средний балл пациентов, участвующих в исследовании (таблица 4), уровень мотивации на проведение восстановительного лечения. В исследование методом случайной выборки включались пациенты, не имевшие выраженных нарушений речевой функции, так как только при данном условии представлялось возможным достоверно оценить выраженность депрессивных расстройств.

Таблица 4

Средний балл, полученный при обследовании по шкале Гамильтона

Периоды обследования	Основная группа, n=50	Группа сравнения, n=50
Острый период	8,1±0,25	10,2±0,32
Ранний восстановит.	8,3±0,26	10,3±0,32
Поздний восстановит.	8,7±0,27	10,8±0,33
Последствия	8,9±0,28	11,0±0,34

Уже при сравнении среднего балла уровня выраженности депрессии по шкале Гамильтона он оказывается более высоким среди пациентов группы сравнения, причем в каждом из периодов инсульта и при его последствиях. Сохраняется практически постоянным и средний уровень различий между представителями основной группы и группы сравнения - 2,0 – 2,1 балла.

Еще более впечатляющей представляется разница в уровнях депрессии при подразделении больных каждой из сравниваемых групп на три подгруппы: а) без признаков депрессии; б) с умеренно выраженной депрессией; в) с выраженной депрессией. Результаты сравнения по отношению к острому и резидуальному периодам инсульта представлены в таблице 5.

Таблица 5

Динамика депрессивных расстройств у пациентов сравниваемых групп

Основная группа (n=50)						Группа сравнения (n=50)					
Без депрессии		Умерен. депрессия		Выражен. депрессия		Без депрессии		Умерен. депрессия		Выражен. депрессия	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17	34	32	64	1	2	9	18	38	76	3	6
14	28	32	64	4	8	9	18	36	72	5	10

Примечание: верхняя строка – острый период инсульта, нижняя - резидуальный.

В основной группе умеренная степень депрессивных расстройств, соответствующая 7-15 баллов по шкале Гамильтона, наблюдалась у 32 (64%) пациентов в остром и резидуальном периодах инсульта. В группе сравнения эти показатели несколько выше: 38 (76%) и 36 (72%) соответственно. Большой депрессивный эпизод, соответствующий выраженной степени депрессии отмечен у 1 (2%) пациента основной группы в остром периоде и в 4 (8%) случаях - спустя год после инсульта. В группе сравнения в остром периоде таких пациентов было 3 (6%), в резидуальном - 5 (10%). Частота присутствия депрессивных расстройств и их выраженность увеличивались с течением времени после перенесенного инсульта, но в целом степень выраженности депрессивных расстройств в основной группе наблюдений меньше, и именно здесь депрессивные расстройства лучше и быстрее поддавались лечению, а пациенты стремились как можно быстрее преодолеть неврологический дефект (двигательный, речевой и т.д.), связанный с инсультом. Очевидно, что перенесенная в прошлом ЧМТ даже спустя годы в определенной степени мобилизует компенсаторные возможности головного мозга, поэтому мотивационная активность, направленная на восстановление нарушенных в результате инсульта функций, гораздо выше.

Отчётливые депрессивные расстройства, в конечном счёте, могут являться продолжением эмоционально-волевых нарушений, а эмоциональные нарушения составлять фон для периодического возникновения депрессивных расстройств, что и наблюдалось нами. Поэтому, оценивая зависимость результатов реабилитации от наличия и степени выраженности эмоционально-волевых нарушений, мы не стали их полностью отделять от депрессий. Эмоционально-волевые нарушения одинаково часто встречались в двух сравниваемых группах ($p>0,05$). Как видно из таблицы 6, основным является умеренный уровень мотивации к достижению улучшения собственного состояния. Депрессивные нарушения чаще возникали на неблагоприятном эмоционально-волевом фоне и оказывали влияние на результативность реабилитации (таблица 7).

Таблица 6

Уровень мотивации пациентов в резидуальном периоде инсульта

Уровень мотивации	Основная группа (n=50)	Группа сравнения (n=50)
Низкий	-	-
Умеренный	40 - 80%	43 - 86%
Высокий	10 - 20%	7 - 14%

Таблица 7

Эффективность реабилитационных мероприятий

Степень восстановления	Показатели %	
	Основная гр. (n=66)	Гр. сравнения (n=62)
Полная зависимость	0 (0%)	0 (0%)
Выраженная зависимость	2 (3,0%)	7 (11,3%)

Умеренная зависимость	24 (36,4%)	26 (41,9%)
Легкая зависимость	3 (4,5%)	6 (9,7%)
Полная независимость	37 (56,1%)	23 (37,1%)

Анализ эффективности реабилитации больных продемонстрировал достоверное ($p < 0,05$) по индексу Бартела улучшение функционального состояния пациентов обеих групп, причём наиболее улучшились такие моторные функции, как ходьба по ровной поверхности, приём пищи, пользование туалетом. Но улучшение было более существенным в основной группе наблюдений. Согласно классификации социально-бытовой и трудовой реабилитации социальные проблемы отчётливо преобладали у представителей группы сравнения ($p < 0,05$).

Представилось возможным провести сравнение в отношении так называемой симптоматической эпилепсии, что представляется достаточно интересным в плане уточнения некоторых аспектов концепции сосудистой эпилепсии. Встречаемость эпилептических припадков в наблюдаемых группах невелика – 5 (5%) больных основной группы и 7 (7%) – группы сравнения. Все эпилептические пароксизмы сформировались в рамках восстановительного периода, с частотой повторений 1-2 раза в год, носили генерализованный характер, только у одного пациента основной группы в клинике наблюдались редкие, парциальные с вторичной генерализацией эпилептические пароксизмы. Таким образом, исключительно сосудистый генез эпилепсии возможен, но явление это не столь частое и симптоматически протекает благоприятно.

Патофизиологические и морфологические аспекты восстановительного периода инсульта. Основные типы электроэнцефалограмм по периодам наблюдения представлены в таблице 8.

Таблица 8

Основные типы электроэнцефалограмм
(по классификации Е.А. Жирмунской, 1993)

Тип ЭЭГ	Основная группа		Группа сравнения		Контрольная группа n=50
	Острый период n=52	Восстановительный период n=48	Острый период n=57	Восстановительный период n=43	
I	2 (3,8%)	1 (2,1%)	3 (5,3%)	3 (6,9%)	4 (8%)
II	28 (53,8%)	19 (39,6%)	29 (50,9%)	17 (39,5%)	16 (32%)
III	11 (21,2%)	12 (25%)	16 (28,1%)	11 (25,6%)	14 (28%)
IV	1 (1,9%)	2 (4,2%)	0 (0%)	2 (4,7%)	2 (4%)
V	10 (19,2%)	14 (29,2%)	9 (15,8%)	10 (23,3%)	14 (28%)

При использовании классификации Л.Р. Зенкова и М.А. Ронкина (1991) в большинстве случаев (n=237; 94,8%) изменения на ЭЭГ во всех наблюдаемых группах можно трактовать как пограничные или патологические. В остром периоде инсульта у пациентов основной группы большим был удельный вес дез-

организованных, в частности десинхронизированных кривых при заметном полиморфизме фоновых ЭЭГ как по частоте, так и по амплитудной структуре. У представителей группы сравнения представленность дезорганизованных паттернов ЭЭГ меньше. При этом явления отчетливой десинхронизации, амплитудные параметры на среднем и низком уровне (30-40 мкВ) регистрировались реже ($p < 0,05$ по отношению к данным основной группы наблюдений). В восстановительном периоде инсульта происходит нарастание частоты представленности дезорганизованных типов ЭЭГ в группе сравнения. Эпилептиформная активность чаще регистрировалась у пациентов с сосудисто-травматической патологией. При этом у больных с левополушарной локализацией церебрального очага рассматриваемый феномен встречался чаще, чем при правополушарной. При проведении сравнительного анализа пароксизмальной активности, как эпилептиформной, так и неэпилептиформной, выяснено, что наиболее часто у больных всех групп регистрировались диффузные неэпилептиформные пароксизмальные изменения, что в принципе отражает неспецифичность метода ЭЭГ и одинаковый ответ биоэлектрической активности мозга на разные повреждающие факторы. При сопоставлении варианта ЭЭГ с клиническими данными у пациентов с хорошим восстановлением в основной группе и группе сравнения регистрировался хорошо модулированный альфа-ритм, изменения на ЭЭГ присутствовали в виде низкоамплитудной диффузной дизритмии без очаговых изменений, что сочеталось с такими клиническими особенностями, как односторонняя пирамидная симптоматика, умеренно выраженная общемозговая симптоматика, частичная моторная афазия. У больных с выраженным неврологическим дефицитом на ЭЭГ преобладали дизритмия и полиморфная медленная активность, что в клинике коррелировало с грубыми двигательными нарушениями, возникновением симптоматической эпилепсии. Таким образом, общие различия картины биоэлектрической активности по группам наблюдений, основной и сравнения, имевшие место в остром периоде инсульта, «выравниваются» в восстановительном периоде, хотя при обследовании в динамике только среди представителей группы сравнения происходит нарастание числа больных с наличием дезорганизованных и десинхронизированных вариантов ЭЭГ ($p < 0,05$ по отношению к представителям основной группы наблюдений).

По данным УЗДГ исходные значения линейной скорости кровотока (ЛСК) в средней мозговой артерии (СМА) у пациентов двух сравниваемых групп снижены по сравнению с показателями кровотока у практически здоровых лиц [Лелюк В.Г., Лелюк С.Э., 2003]. Проанализированы скоростные показатели мозгового кровотока в остром и восстановительном периодах инсульта (таблица 9).

Таблица 9

Усредненные доплерографические показатели по периодам наблюдения

Группы наблюдений	Острый период			Восстановительный период		
	ЛСК СМА	ИР СМА	ПИ СМА	ЛСК СМА	ИР СМА	ПИ СМА
Основная [n=100]	31,45 ±9,3	0,54 ±0,06	1,28 ±0,2	59,6 ±10,3	0,53 ±0,05	1,09 ±0,3

Сравнения [n=100]	26,7 ±5,8	0,54 ±0,07	1,4 ±0,2	35,6 ±12,0	0,53± 0,08	1,2 ±0,3
----------------------	--------------	---------------	-------------	---------------	---------------	-------------

Сравнительный межгрупповой анализ показал, что в том и другом случае происходит снижение скоростных показателей кровотока по СМА и повышение индексов периферического сопротивления, больше выраженное в группе сравнения. Заметно отчетливое и статистически достоверное ($p < 0,05$) улучшение показателей ЛСК по СМА в восстановительном периоде инсульта у пациентов с сосудисто-травматической патологией. Результаты проведенного исследования демонстрируют снижение показателей цереброваскулярной реактивности у пациентов в наблюдаемых группах вследствие сочетанного сосудистого поражения на макро- и микроциркуляторном уровнях, более выраженное в группе сравнения ($p < 0,05$). У больных же с сосудисто-травматической патологией отмечена тенденция к повышению параметров цереброваскулярной реактивности, что может свидетельствовать о выработке своеобразной реакции адаптации сосудистой системы на перенесенную в прошлом ЧМТ и последующего за ней ОНМК, то есть о повышении компенсаторных мобилизационных возможностей мозгового кровотока у данных пациентов.

Мы оценивали влияние сниженных параметров реактивности на степень восстановления двигательной функции и, соответственно, на реабилитационный потенциал пациентов. При отдельном рассмотрении групп больных с разной степенью пареза не было выявлено значимого прироста показателей цереброваскулярной реактивности в сравниваемых группах, и уровень клинического восстановления не всегда был связан с удовлетворительной величиной цереброваскулярного резерва. Даже в случаях полного клинического регресса не отмечалось нормализации параметров цереброваскулярной реактивности, что указывает на участие в восстановительном процессе не только сосудистых механизмов, но и несосудистого фактора церебрального метаболизма.

Среди больных с сосудисто-травматической патологией чаще, чем у лиц с исключительно цереброваскулярной патологией, встречались стеноокклюзирующие поражения сосудов головного мозга, что могло указывать на давность сосудистого поражения и его связь с ЧМТ (рис. 3). Возможно, это связано с тем, что ЧМТ является фактором, способствующим раннему и достаточно интенсивному развитию сердечно-сосудистой патологии. Тем не менее, это сопровождалось лучшими скоростными показателями мозгового кровотока, особенно в динамике – по периодам инсульта, снижением уровня периферического сосудистого сопротивления и более позитивными показателями состояния цереброваскулярного резерва и динамикой сосудистой реактивности.

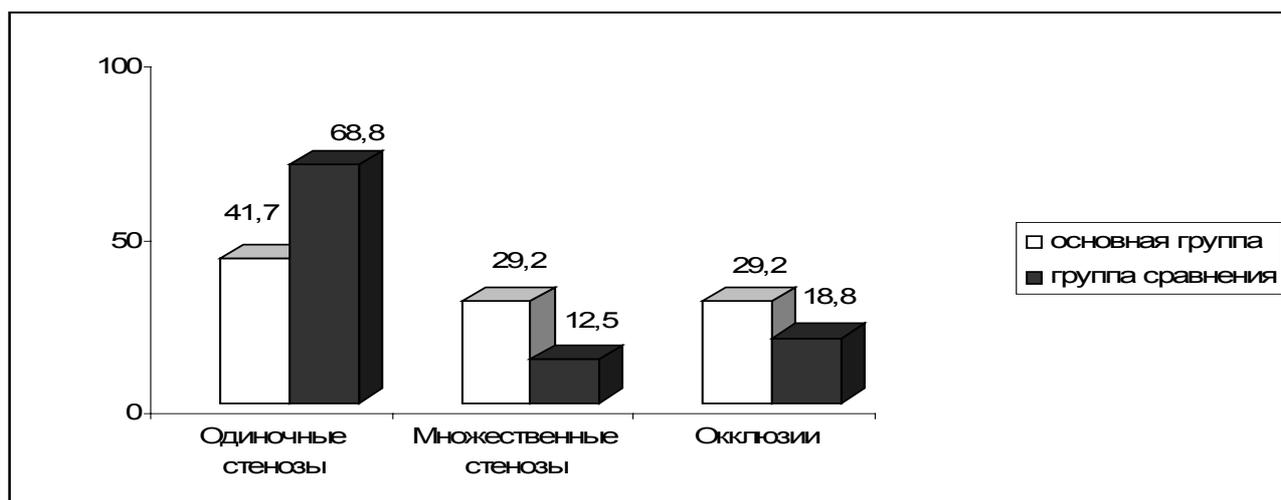


Рис. 3. Сравнительные показатели наличия стеноокклюзирующих поражений артерий у представителей основной группы и группы сравнения.

При анализе результатов КТ в остром периоде инсульта выявлены нейровизуализационные изменения, характерные для острой сосудистой катастрофы. Представилось возможным проследить динамику данных изменений в восстановительном периоде инсульта (рис. 4). В группе сравнения атрофический процесс определялся в 70 (92,1%) наблюдениях и носил преимущественно распространенный характер ($p < 0,05$). Для обеих групп больных характерно сочетание атрофии коры и подлежащего белого вещества с расширением боковых желудочков мозга, но в случае сосудисто-травматического процесса выявляемые атрофические изменения достоверно чаще, чем при сосудистой патологии, имели изолированную корковую локализацию в лобных долях. Расширение боковых желудочков мозга выявлено у 22 (27,8%) пациентов основной и 67 (88,2%) пациентов группы сравнения ($p < 0,01$), причём в большинстве наблюдений оно носило двусторонний характер. Изолированная желудочковая гидроцефалия встречалась исключительно у пациентов основной группы - 7 (17,9%) случаев и была обусловлена, вероятней всего, резидуальной посттравматической патологией. Кистозные изменения в оболочках мозга выявлены также у пациентов основной группы и располагались диффузно с двух сторон. Также обнаруживались небольшие арахноидальные и интрацеребральные кисты, локализовавшиеся в различных отделах мозга, причём вне зависимости от тяжести перенесённой ЧМТ. Проявления лейкоареоза визуализировались практически исключительно у лиц без ЧМТ в анамнезе.

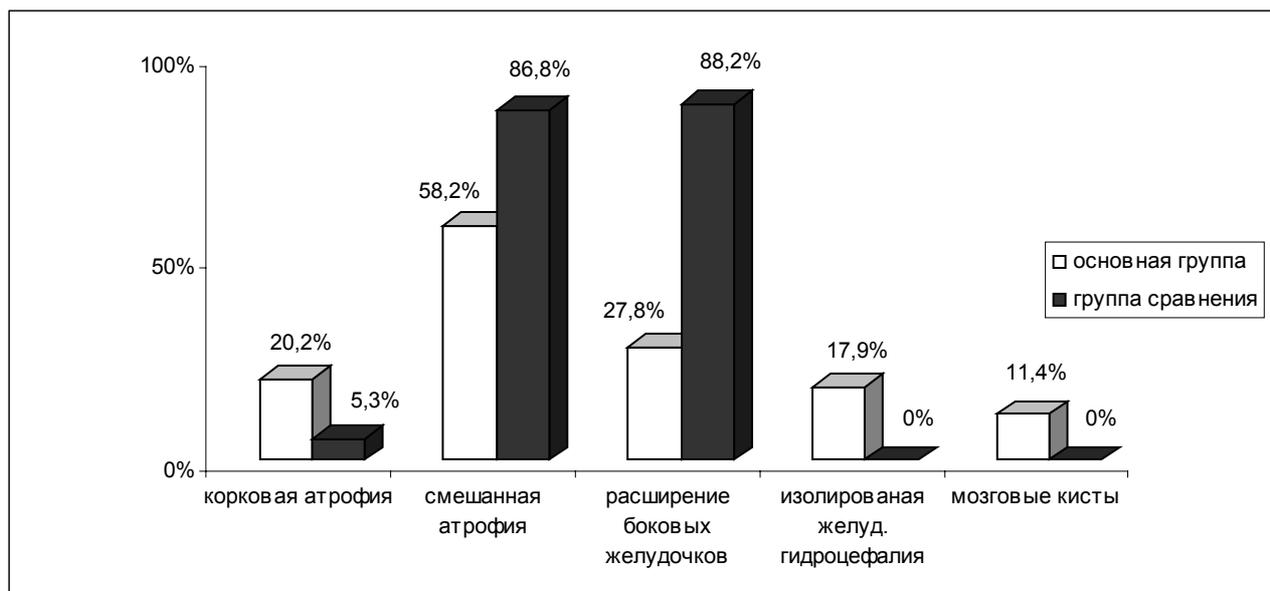


Рис. 4. Сравнительные результаты нейровизуализационных исследований двух групп больных – основной и сравнения.

ВЫВОДЫ

1. При развитии ОНМК в резидуальном периоде бывшей ЧМТ отмечается меньшая выраженность функционального дефицита, в частности двигательного и речевого, и более активное течение восстановительных процессов в раннем и позднем восстановительном периодах инсульта, чем в случаях инсульта у лиц с отсутствием травмы головного мозга в анамнезе.

2. Более активные восстановительные процессы с возрастанием показателей социально-бытовой и трудовой реабилитации после перенесенного инсульта в резидуальном периоде ЧМТ сопровождаются отчетливо меньшей выраженностью депрессивных расстройств и повышенным уровнем мотиваций к восстановлению, чем это наблюдается у лиц, не имевших ЧМТ в периоде, предшествовавшем развитию ОНМК.

3. Для лиц, перенесших ОНМК в резидуальном периоде ЧМТ, более характерна, чем в случаях исключительно цереброваскулярной патологии, дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга с наличием признаков пароксизмальной эпилептиформной активности, что указывает на возможную триггерную роль острой цереброваскулярной патологии в активизации пароксизмальных изменений биоэлектрической активности, этиопатогенетически связанных с бывшей травмой мозга.

4. Стеноокклюзирующие поражения сосудов головного мозга и магистральных артерий головы чаще встречаются у больных с развитием ОНМК в резидуальном периоде ЧМТ, чем при отсутствии травмы мозга в анамнезе, что указывает на отчетливую связь цереброваскулярной патологии с бывшей ЧМТ, но при этом скоростные показатели мозгового кровотока и состояние цереброваскулярного резерва, оцениваемые в динамике инсульта, оказываются более позитивными у лиц с отдаленными последствиями ЧМТ.

5. При наличии очаговых нейровизуализационных изменений головного мозга, соответствующих локализации инсульта, у лиц с ЧМТ в анамнезе дополнительно визуализируются изолированные атрофические изменения, особенно в лобных отделах мозга, желудочковая гидроцефалия, кистозные изменения оболочек; при отсутствии же указаний на ЧМТ более характерными оказываются диффузные церебральные атрофические процессы и проявления лейкоареоза.

6. Бывшая травма головного мозга оказывает неоднозначное влияние на последующее развитие острой цереброваскулярной патологии: с одной стороны она усиливает выраженность нейрофизиологических и нейроморфологических изменений, сопровождающих ОНМК, с другой активизирует мобилизационные факторы защиты мозга, что оптимизирует прогноз, но привносит ряд существенных моментов в тактику лечения больных.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Патологическое состояние больных, перенесших ОНМК в резидуальном периоде бывшей ЧМТ, следует расценивать как особый вид сосудисто-травматической патологии головного мозга, требующей специфических подходов к диагностике, обследованию, прогнозированию, тактике лечебно-восстановительных мероприятий.

2. Клиническое обследование больных с сосудисто-травматической церебральной патологией обязательно должно включать в себя оценку выраженности двигательного неврологического дефицита, речевых расстройств, социально-бытовых и социально-трудовых характеристик, уровня депрессии и мотиваций к восстановлению нарушенных функций.

3. Инструментальное обследование больных, перенесших ОНМК в резидуальном периоде ЧМТ должно быть комплексным, проводиться в динамике и включать в себя исследование биоэлектрической активности головного мозга, структурных и функциональных изменений мозговых сосудов и церебрального кровотока, патоморфологических изменений вещества головного мозга.

4. Прогноз исхода ОНМК у больных, перенесших ЧМТ в предшествовавшем инсульту периоде, строится на основе комплексной оценки динамики клинических, нейропсихологических нарушений, результатов инструментальных исследований, определения реабилитационного потенциала больного в каждом конкретном случае.

5. Лечебно-восстановительные мероприятия, проводимые у больных, перенесших инсульт в резидуальном периоде ЧМТ, должны учитывать вероятность возникновения как сосудистых, так и отсроченных посттравматических осложнений и при наличии показаний включать назначение превентивной противоэпилептической терапии, рассасывающих средств при усилении воздействия дегидратации.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Мякотных В.С. Некоторые особенности клиники и течения восстановительного периода ишемического инсульта у лиц, перенесших легкую черепно-

мозговую травму / В.С. Мякотных, О.Н. Матвеева, Т.А. Боровкова, Н.З. Таланкина // Госпитальный вестник. - Екатеринбург, 2005.- №2.- С. 25-28.

2. Матвеева О.Н. Особенности восстановления нарушенных функций у пациентов, перенесших инсульт в резидуальном периоде черепно-мозговой травмы / О.Н. Матвеева, В.С. Мякотных // Специализированная медицинская помощь: Сборник трудов Юбилейной научно-практической конференции, посвященной 75-летию медицинской службы и 10-летию госпиталя ГУВД Свердловской области.- 15 сентября 2005 г.- Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2005.- С. 521-523.

3. Мякотных В.С. Особенности регресса двигательных расстройств у пожилых больных, перенесших инсульт в резидуальном периоде травмы мозга / В.С. Мякотных, О.Н.Матвеева // Клиническая геронтология.- 2005.- Т.11, №9.- X Международная научно-практическая конференция «Пожилкой больной. Качество жизни».- М., 28-30 сентября 2005 г.- С. 39.

4. Мякотных В.С. Роль неинвазивных методов исследования в изучении сосудисто-травматической патологии / В.С. Мякотных, О.Н. Матвеева, Т.А. Боровкова // Актуальные вопросы клинической неврологии: Сборник научных работ к 100-летию Константина Владиславовича Шаманского.- Челябинск: Изд-во Челябинской государственной медицинской академии, 2006.- С. 33-36.

5. Мякотных В.С. Некоторые проблемы черепно-мозговой травмы у пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших ишемический инсульт в период, предшествовавший травме / В.С. Мякотных, С.А. Чурсин, О.Н. Матвеева, Н.Л. Кузнецова // Госпитальный вестник.- Екатеринбург, 2006.- №4.- С. 30-33.

6. Мякотных В.С. Регресс двигательных расстройств у пожилых больных, перенесших инсульт в резидуальном периоде травмы мозга / В.С. Мякотных, О.Н. Матвеева, Т.А. Боровкова // Клиническая геронтология.- 2006.- №12.- XI Международная научно-практическая конференция «Пожилкой больной. Качество жизни».- С. 49.

7. Мякотных В.С. Сосудисто-травматическая патология головного мозга в свете неинвазивных методов исследования / В.С. Мякотных, О.Н. Матвеева, Т.А. Боровкова, С.А. Чурсин // К 150-летию со дня рождения В.М. Бехтерева. Развитие научных идей в XXI веке: Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции неврологов, детских неврологов и нейрохирургов.- Киров: Изд-во КГМА, 2007.- С. 64-67.

8. Мякотных В.С. Особенности черепно-мозговой травмы у пациентов, перенесших ишемический инсульт / В.С. Мякотных, С.А. Чурсин, О.Н. Матвеева // К 150-летию со дня рождения В.М. Бехтерева. Развитие научных идей в XXI веке: Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции неврологов, детских неврологов и нейрохирургов.- Киров: Изд-во КГМА, 2007.- С. 70-72.

9. Матвеева О.Н. Регресс двигательных расстройств у пожилых больных, перенесших инсульт в резидуальном периоде травмы мозга / О.Н. Матвеева, В.С. Мякотных // Клиническая геронтология.- 2007. Т. 13, № 9 .- XII Междуна-

родная научно-практическая конференция «Пожилой больной. Качество жизни». М., 1-3 октября 2007 г.- С. 35.

10. Матвеева О.Н. Клинические особенности инсульта, перенесенного в резидуальном периоде черепно-мозговой травмы / О.Н. Матвеева, В.С. Мякотных // Госпитальный вестник.- 2007.- №3-4.- С. 2-10.

11. Мякотных В.С. Ускоренное старение участников современных вооруженных конфликтов с последствиями боевой черепно-мозговой травмы и алкогольной зависимостью / В.С. Мякотных, В.В. Ямпольская, В.Н. Самойлова, А.А. Бальберт, Т.А. Боровкова, В.Н. Мещанинов, О.Н. Матвеева // Успехи геронтологии.- 2007.- Т. 20, №1.- С. 112-117.

12. Мякотных В.С. Вопросы взаимоотношений ишемического инсульта и черепно-мозговой травмы у больных пожилого и старческого возраста / В.С. Мякотных, С.А. Чурсин, Т.А. Боровкова, О.Н. Матвеева // Успехи геронтологии.- 2007.- Т. 20, № 4.- С. 83-88.

Матвеева Ольга Николаевна

**КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ
ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕЗИДУАЛЬНОМ
ПЕРИОДЕ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА, ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПРОГНОЗА
И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Автореферат рекомендован к изданию Ученым советом при

Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования
«Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здраво-

охранению и социальному развитию

Сдано в набор 21.05.2008. Подписано в печать 21.05.2008. Усл. п.л. 1,0. Формат 60x84 1/16.

Бумага типографская №1. Заказ 238. Тираж 100. Отпечатано с готового оригинала в типографии Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3. Бесплатно.

Лицензия Серия А № 156936 от 12.07.2004 г.