

показатель был проанализирован в совокупности, при этом выявлено снижение ИПФР-1 до 222 нг/мл для основной группы по сравнению с 415 нг/мл для контрольной группы ($p < 0,01$). При оценке концентрации NT-фрагмента про-BNP выявлены закономерные значимые различия между исследуемыми группами: между основной группой и группой контроля, как в стадии декомпенсации (2511 пг/мл и 120 пг/мл; $p < 0,0001$), а также при стабилизации состояния в стационаре (1445 пг/мл и 120 пг/мл, $p < 0,0001$) и при обследовании через 6 месяцев (1144 пг/мл и 120 пг/мл, $p < 0,0001$). При оценке уровня NT-pro-BNP в основной группе в динамике было выявлено достоверное снижение к моменту стабилизации состояния (2511 пг/мл и 1558 пг/мл, $p < 0,0001$), сохраняющееся к обследованию через 6 месяцев (2511 пг/мл и 1258 пг/мл, $p < 0,0001$) по сравнению с исходными величинами. В ходе статистического анализа показателей гормонального профиля были выявлены корреляционная зависимость уровня ГР с уровнем NT-pro-BNP (в логарифмах) в основной группе в стадии декомпенсации состояния ($r = 0,59$, $p < 0,0001$), стабилизации ($r = 0,40$, $p = 0,003$) и при обследовании через 6 месяцев ($r = 0,43$, $p = 0,004$).

При анализе качества жизни пациентов основной группы с использованием Миннесотского опросника были выявлены закономерные значимые различия по сравнению с группой контроля, как при декомпенсации состояния (53 балла и 13 баллов, $p < 0,0001$), так и при обследовании через 6 месяцев (30 баллов и 13 баллов, $p < 0,0001$). При проведении корреляционного анализа была выявлена тесная зависимость количества баллов у пациентов основной группы от концентрации ГР в крови ($r = 0,45$; $p < 0,001$) и концентрации NT-pro-BNP в крови ($r = 0,51$; $p < 0,001$).

Выводы: 1. У больных ХСН III-IV ФК ишемической этиологии в стадии декомпенсации уровень гормона роста в крови значимо повышен по сравнению с таковым у пациентов с ИБС без клинически значимых проявлений

ХСН, но колеблется в пределах нормальных значений. 2. Содержание в крови ИПФР-1 у больных ХСН III-IV ФК ишемической этиологии значительно снижено по сравнению с пациентами с ИБС без клинически значимых проявлений ХСН и не меняется в зависимости от степени компенсации ХСН. 3. Установлена взаимосвязь уровня гормона роста с концентрацией NT-pro-BNP в крови на разных этапах обследования: при декомпенсации состояния, при стабилизации состояния в стационаре и при обследовании через 6 месяцев. 4. Выявлена тесная корреляционная зависимость количества баллов при оценке качества жизни пациентов с использованием Миннесотского опросника и концентрации ГР в крови ($r = 0,45$; $p < 0,001$), а также концентрации NT-pro-BNP в крови ($r = 0,51$; $p < 0,001$).

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ И ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ (ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Евдокименко А.Н., Гулевская Т.С.

*Научный центр неврологии
Российской академии медицинских наук
Москва, Россия*

Атеросклероз (АС) сосудов головного мозга (ГМ) служит наиболее частой причиной развития ишемических инсультов, морфологическим субстратом которых являются инфаркты ГМ различной величины и локализации, что приводит к инвалидизации больных, причем нередко молодого трудоспособного возраста, и высокой смертности. Патогенез инсульта при АС отличается большим разнообразием, что связано с характером и продолжительностью его течения, нарастанием степени выраженности и распространенности атеросклеротических изменений в сосудистой системе различных органов и, прежде всего, ГМ. Это определяет необходимость детального изучения атеросклеротических изменений артериальной системы ГМ при ишемическом инсульте.

С целью изучения атеросклеротических изменений артерий ГМ у умерших больных с ишемическим инсультом проанализировано 138 секционных случаев с инфарктами ГМ, возникшими при АС. Среди умерших больных было 93 мужчины и 45 женщин в возрасте от 38 до 89 лет (средний возраст 63 года). Артериальную систему ГМ в каждом случае исследовали на всем протяжении: внутренние сонные (ВСА) и позвоночные артерии, их ветви на поверхности ГМ, включая артериальный (виллизев) круг, сосуды микроциркуляторного русла ГМ. В каждом случае проводилась также оценка атеросклеротических изменений аорты и ее ветвей, коронарных артерий и обусловленных ими изменений сердца, макро- и микроскопическое исследование ГМ.

При исследовании артериальной системы ГМ наиболее выраженные атеросклеротические изменения обнаружены в синусах ВСА, средних мозговых (СМА), интракраниальных частях позвоночных, базилярной и задних мозговых артериях, причем приблизительно с одинаковой частотой справа и слева. Атеросклеротические бляшки в этих артериях выявлялись в 89-113 случаях из 138 исследованных, при этом в 20-38 случаях бляшки суживали просвет артерий более чем на 50-70% (гемодинамически значимый атеростеноз). В трети бляшек, расположенных в синусе ВСА, наблюдались явления распада, обызвествления и кровоизлияния, определяющие высокий риск эмболии церебральных артерий и развития тромбоза. Атеротромбоз ВСА выявлен в 33 случаях, главным образом в области синуса. Реже наблюдался атеротромбоз СМА (8 случаев), позвоночной или базилярной артерий (25 случаев).

В 62 случаях выявлен тандемный атеростеноз, который представляет собой тяжёлую сочетанную форму патологии артерий ГМ при АС. При этом в 39 случаях наблюдался тандемный атеростеноз артерий каротидной системы (АКС), при котором стенозирующие бляшки (на 30-80%) располагались в разных частях ВСА, чаще в её синусе и сифоне или

церебральной части, или в ней же и в мозговых артериях, чаще СМА, с той же стороны; в 47 случаях – тандемный атеростеноз артерий вертебрально-базилярной системы (АВБС) с преимущественной локализацией бляшек в интракраниальных частях позвоночных и базилярной артериях и их ветвях. При этом в 24 случаях наиболее тяжёлого атеросклеротического поражения церебральных артерий наблюдался сочетанный тандемный атеростеноз АКС и АВБС.

В большинстве из исследованных случаев (68 из 138) инфаркты ГМ локализовались только в бассейне АКС, в 2 раза реже обнаруживались инфаркты в бассейне АВБС (36 случаев) или в бассейнах артерий обеих систем (34 случая). При этом при инфарктах ГМ различной локализации выявлено различие степени выраженности атеросклеротических изменений церебральных артерий. Так, в случаях с инфарктами в бассейне АКС в наибольшей степени АС был выражен в синусе ВСА и в СМА. В то время как в случаях с инфарктами в бассейне АВБС значительно увеличивалась частота выявления атеросклеротических бляшек в АВБС, в том числе гемодинамически значимых атеростенозов (>50%) и тандемного атеростеноза артерий этой системы, при этом наиболее поражёнными были интракраниальные части позвоночных и базилярная артерии. При локализации инфарктов в бассейнах артерий обеих систем степень атеростеноза позвоночной и базилярной артерий была сопоставима со степенью атеростеноза синуса ВСА и СМА. В бассейне АВБС возникновение инфарктов было непосредственно связано с выраженностью АС в церебральных артериях, ведущими механизмами являлись сосудистая мозговая недостаточность и обтурирующий атеротромбоз АВБС. Напротив, в бассейне АКС на первый план выходили механизмы кардиогенной тромбоэмболии в случаях с ишемической болезнью сердца и обтурирующего атеротромбоза ВСА и ее ветвей часто в областях локализации атеро-

склеротических бляшек с явлениями распада и обызвествления.

Таким образом, проведенное исследование показало значительную степень и распространенность АС сосудов ГМ у больных с ишемическим инсультом, а также подтвердило многообразие причин возникновения инфарктов ГМ при этом заболевании.

ИСХОДЫ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ТЯЖЁЛЫМИ ФОРМАМИ ГЕСТОЗА В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**Жернаков Е.В., Абрамова Е.В.,
Пахомов С.П.**

*Белгородский государственный
университет, медицинский факультет
Белгород, Россия*

За последние годы частота гестоза увеличилась и колеблется от 7 до 22%. В структуре причин материнской смертности гестоз стабильно занимает третье место. Он остается основной причиной заболеваемости и смертности новорожденных.

Целью данного исследования явилось изучение течения родов и состояния новорожденных у женщин с тяжёлыми формами гестоза в Белгородской области.

Материалом для исследования послужило 300 историй родов, из которых в 18 случаях во время беременности возникли тяжёлые формы гестоза ($6,00\% \pm 1,37$) ($p < 0,05$).

В ходе проведённого исследования были выявлены некоторые особенности течения родов у женщин с тяжёлым гестозом. Без осложнений прошло $27,78\% \pm 10,56$ родов ($p < 0,05$). Дородовое излитие околоплодных вод наблюдалось в $22,22\% \pm 9,80$ случаев ($p < 0,05$), у $16,67\% \pm 8,78$ женщин ($p > 0,05$) роды осложнились однократным обвитием пуповины и трещиной малых половых губ, острая гипоксия плода наблюдалась в $11,11\% \pm 7,41$ ($p > 0,05$), поперечное положение плода, крупный плод, разрыв шейки матки встретились в $5,56\% \pm 5,40$

исследуемых случаях ($p > 0,05$). Во время родовой деятельности были выявлены следующие anomalies: первичная слабость родовой деятельности ($5,56\% \pm 5,40$) ($p > 0,05$), вторичная слабость родовой деятельности ($16,67\% \pm 8,78$) ($p < 0,05$), дискоординированная родо-вая деятельность ($5,56\% \pm 5,40$) ($p > 0,05$).

Самостоятельно и без операций были разрешены $27,78\% \pm 10,56$ женщин ($p < 0,05$). Ушивание разрыва шейки матки было произведено у $16,67\% \pm 8,78$ женщин. Наибольшее количество обследованных женщин рожали путём операции кесарево сечение ($50,00\% \pm 11,79$) ($p < 0,05$).

По показателям доношенности новорожденных можно разделить на: доношенных ($66,67\% \pm 11,11$) ($p < 0,05$) и недоношенных ($33,33\% \pm 11,11$) ($p < 0,05$).

Из всех новорожденных: у пятерых патологии не выявлено ($27,78\% \pm 10,56$) ($p < 0,05$); у четверых – желтуха новорожденных ($22,22\% \pm 9,80$) ($p < 0,05$); у троих – умеренная асфиксия ($16,67\% \pm 8,78$) ($p > 0,05$); трое родились с гипоксическим поражением ЦНС ($16,67\% \pm 8,78$) ($p > 0,05$); у двоих детей была выявлена церебральная депрессия ($11,11\% \pm 7,41$) ($p > 0,05$); по одному новорожденному страдали расстройствами дыхательной системы, тяжёлой асфиксией, внутриутробной инфекцией ($5,56\% \pm 5,40$) ($p > 0,05$). Наибольшее число новорожденных родились с задержкой внутриутробного развития ($38,89\% \pm 11,49$) ($p < 0,05$).

Данные проведённого исследования ещё раз указывают на неблагоприятное влияние тяжёлых форм гестоза на течение родов, влияние на состояние плода и новорожденного. Все эти данные согласуются с результатами исследований других авторов.