

ВЛИЯНИЕ НООТРОПНОГО ПРЕПАРАТА ЭНТРОП НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ МОЗГА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕЙРОИНФЕКЦИЮ ИЛИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

В последнее время очень многие пациенты обращаются к врачу с жалобами на нарушение памяти. Контингент таких пациентов молодеет с каждым днем. Многие связывают это с обилием информации, которая попадает к нам через телевидение и интернет, социальными проблемами, стрессами и другими факторами современной жизни. Эти симптомы значительно затрудняют повседневную жизнь пациентов, нарушая профессиональную деятельность, вызывая бытовые и психоэмоциональные проблемы. Когнитивные (познавательные) функции мозга включают не только запоминание, но и внимание, способность к концентрации, вработываемость в процессе деятельности, устойчивость к нагрузкам. Пациенты же все эти функции чаще рассматривают как память. Мы, неврологи, очень часто сталкиваемся с жалобами на нарушение памяти при реабилитации пациентов после перенесенных нейроинфекций и травм головного мозга. Такие пациенты отмечают не только снижение когнитивных способностей мозга, но и слабость, утомляемость, снижение физической и психической выносливости, нарушение сна, различные вегетативные расстройства. Одновременно с появлением проблемы мы слышим рекламу многих препаратов, которые обещают улучшить именно когнитивные функции мозга. Ноотропы из группы рацетамов уже давно заняли одно из основных мест в клинической практике как стимуляторы познания. Термин «ноотропы» был впервые предложен в 1972 г. К. Жиурджеа, автором пирацетама, для обозначения средств, восстанавливающих нарушенные мнестические и мыслительные функции мозга, повышающих резистентность организма к экстремальным воздействиям. Однако для достижения клинического эффекта при применении ноотропов необходим длительный промежуток времени (более 2-х месяцев), что затрудняется побочными эффектами (возбуждение, раздражительность, бессонница, головная боль, диспепсические расстройства). Продолжается поиск препарата, отвечающего всем требованиям, предъявляемым к ноотропам.

Наше внимание привлек препарат Энтроп — производное пирролидона с включением в молекулу ГАМК-производного препарата Ноофен. Препарат изначально разработан в Российской Федерации с целью повышения устойчивости ЦНС и коррекции функциональных систем организма в условиях пилотируемых космических полетов разной продолжительности. В отличие от пирацетама у препарата Энтроп заявлено психостимулирующее, антиастеническое, более выраженное вегетотропное, анксиолитическое действие и повышение устойчивости мозга к физическим и психическим нагрузкам.

Целью нашей работы стало исследование и медикаментозная коррекция нарушенных когнитивных функций мозга у молодых пациентов, которые связывали

свои симптомы с перенесенной нейроинфекцией или черепно-мозговой травмой.

Нами обследовано 30 пациентов обоих полов в возрасте 20—35 лет с жалобами на нарушение памяти. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 17 человек, у которых в анамнезе была перенесенная нейроинфекция: острый инфекционно-вирусный энцефалит. Вторую группу составили 13 пациентов с остаточными явлениями перенесенной черепно-мозговой травмы (сотрясения головного мозга).

Были проанализированы жалобы, обследован неврологический и вегетативный статус (ортоклино-статическая проба, проба Даньини — Ашнера, дермографизм). Память исследовали по следующим тестам: тест на запоминание 10 слов, тест на зрительную память — предметное и географическое изображение (найти среди многих виденные ранее изображения), тест на запоминание с интерференцией (запомнить и изобразить геометрические фигуры). Кроме того было оценено внимание: концентрация, устойчивость и переключаемость внимания на основании корректурной пробы Бурдона и переключаемость внимания, работоспособность и упражняемость в условиях активного выбора полезной информации по таблицам Шульте. Всем пациентам проводилась реоэнцефалография для оценки влияния препарата на кровоснабжение головного мозга.

После первичной оценки показателей пациенты принимали ноотропный препарат Энтроп в виде монотерапии в течение 2-х месяцев в дозе 150 мг в сутки (утром и в обед). Промежуточный визит назначался через месяц после начала приема препарата.

Все пациенты отбирались после прохождения курса восстановительного лечения в неврологическом стационаре, в том числе с использованием ноотропов.

Было выявлено, что у всех пациентов при первичном обследовании память (запоминание) была в пределах нормы. Однако после лечения отмечалось значительное улучшение качества запоминания. Так, в первой группе пациентов после месяца приема препарата у 7 пациентов (41 %), а через 2 месяца приема — у 14 (82 %) отмечалось значительное улучшение как качества запоминания 10 слов, так и зрительной памяти. Во второй группе пациентов результаты оказались несколько хуже: через месяц у 4 (30,7 %), а через 2 месяца у 7 (53,8 %) результаты тестирования памяти были оценены как значительно улучшившиеся. В структуре тестирования наибольшее улучшение отмечалось в запоминания 10 слов, наименьшее — в запоминании с интерференцией, причем результаты не отличались в обеих группах.

При исследовании внимания было отмечено снижение показателей у 100 % обследуемых в обеих группах. При проведении корректурной пробы Бурдона также

отмечалось нарушение концентрации и значительное нарушение устойчивости внимания. Подобные нарушения преобладали во второй группе пациентов (после перенесенных черепно-мозговых травм). Многие пациенты из-за усталости отказывались завершить корректурную пробу.

Через месяц от начала лечения достоверных изменений внимания не наблюдалось. Через 2 месяца от начала приема препарата Энтроп в первой группе пациентов у 15 (88 %) при анализе результатов корректурной пробы выявлено повышение концентрации и стойкости внимания. Согласно теста по таблицам Шульте у 12 (70,5 %) пациентов первой группы отмечалось повышение эффективности труда, коэффициента вработываемости и психической стойкости. Во второй группе пациентов результаты исследования функции внимания были следующие: у 8 (61,5 %) пациентов улучшились результаты корректурной пробы, тогда как эффективность труда, коэффициент вработываемости и психическая стойкость повысились только у 6 (46 %) пациентов.

Также произошли изменения и в соматическом статусе пациентов: за время лечения у пациентов обеих групп практически полностью исчезли признаки астении (общая слабость, разбитость, дневная сонливость, субъективное снижение концентрации внимания, раздражительность, снижение настроения, физической и умственной работы). Достоверное уменьшение жалоб отмечалось через 2 месяца от начала приема препарата. Выявленные изменения в жалобах пациентов отражены в таблице.

Динамика субъективных ощущений пациентов обеих группы

Жалобы	Пациенты первой группы		Пациенты второй группы	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Общая слабость	17	0	13	2
Нарушение ночного сна	12	2	4	4
Разбитость	7	1	12	3
Снижение концентрации внимания	17	3	10	4
Раздражительность	3	1	11	9
Снижение физической и умственной работы	14	2	13	2
Дневная сонливость	8	0	11	0

Причем обращает на себя внимание тот факт, что в группе пациентов с перенесенной черепно-мозговой травмы после лечения Энтропом практически не наблюдалось изменения общего психоэмоционального фона, что, видимо, связано с развитием депрессивных нарушений, требующих назначения антидепрессантных препаратов.

При исследовании функции вегетативной нервной системы были выявлены признаки вегетативной дистонии у всех пациентов обеих групп. Тонус парасимпатической нервной системы преобладал у 12 (70,6 %) пациентов первой группы и 9 (69,2 %) пациентов второй группы. Среди жалоб отмечались перепады АД, потливость, синкопальные пароксизмы, склонность

к аллергическим реакциям. У 14 (82,3 %) пациентов первой группы через 2 месяца от начала приема препарата отмечалась стабилизация деятельности вегетативной нервной системы (согласно субъективных ощущений, исследования ортоклиностагической пробы и пробы Даныни — Ашнера). Во второй группе положительные изменения отмечались только у половины пациентов в конце курса лечения.

При анализе реоэнцефалографии у большинства пациентов первой группы отмечалось нарушение кровенаполнения в бассейнах позвоночной и внутренней сонной артерии, снижение тонуса мелких артерий, артериол и венул, нарушение венозного оттока. Достоверных различий в данных реоэнцефалографии в обеих группах пациентов не наблюдалось. Через месяц после начала приема препарата мы не наблюдали достоверной динамики РЭГ. Через 2 месяца у 13 (76,5 %) пациентов первой группы и 10 пациентов (76,9 %) второй группы отмечались нормализация тонуса мелких сосудов и улучшение кровенаполнения головного мозга. Положительного влияния на венозный отток из мозга под воздействием препарата Энтроп нами отмечено не было.

При обследовании молодых пациентов после перенесенной нейроинфекции и черепно-мозговой травмы, несмотря на наличие жалоб в основном на проблемы с памятью, мы выявили отсутствие нарушения запоминания на фоне явных признаков нарушения внимания. При применении у этих категорий пациентов ноотропного препарата Энтроп в дозе 150 мг в сутки в течение 2 месяцев мы отметили достоверное улучшение запоминания по сравнению с исходными данными; нормализацию внимания, тонуса вегетативной нервной системы и микроциркуляции головного мозга. Лучшие результаты достигнуты у пациентов после перенесенной нейроинфекции, что, видимо, свидетельствует о преобладании функциональных нарушений над структурными в коре головного мозга у пациентов этой группы в сравнении с последствиями перенесенных черепно-мозговых травм.

Отмечено, что достоверные изменения когнитивных функций мозга, а также деятельности вегетативной нервной системы наступают только через 2 месяца от начала приема препарата Энтроп, что требует соблюдения рекомендованной в инструкции длительности курса приема.

Таким образом, с учетом положительного влияния на интегративные функции, а также микроциркуляцию головного мозга, можно рекомендовать Энтроп как препарат с ноотропным и церебропротективным действием для лечения пациентов после перенесенных нейроинфекций и черепно-мозговых травм курсом не менее 2 месяцев в дозе 150 мг в сутки.

Список литературы

1. Белова О. В. Общая психодиагностика: методические указания. — Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996.
2. Альманах психологических тестов. — М., 1995. — С. 107—111.
3. Заболевания вегетативной нервной системы / Под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицина, 1991. — С. 39—84.
4. Машковский М. Д. Лекарственные средства: в 2 т. Т. 1. — М.: ООО «Изд-во Новая волна», 2000. — С. 111—120.

Надійшла до редакції 07.02.2008 р.

*Н. Н. Грицай, Н. А. Кобзиста,
Г. Я. Силенко, А. Н. Мартиненко*

Вплив ноотропного препарату Ентроп на когнітивні функції мозку пацієнтів, що перенесли нейроінфекцію або черепно-мозкову травму

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

У статті викладено результати дослідження когнітивних функцій у пацієнтів після перенесених нейроінфекцій або черепно-мозкових травм. Виявлено відсутність змін пам'яті за наявності ознак порушення уваги. Показаний позитивний вплив на інтегративні функції мозку, функцію вегетативної нервової системи і мікроциркуляцію мозку у цих пацієнтів ноотропного препарату Ентроп після 2 місяців курсу прийому в дозі 150 мг на добу.

*N. N. Grytsay, N. A. Kobzyska,
G. Ya. Sylenko, A. N. Martynenko*

An influence of a nootropic medication Entrop on brain cognitive function of patients after neuroinfection or craniocerebral injury

Ukrainian medical Stomatological Academy (Poltava)

In the article results of investigations of cognitive functions in patients after neuroinfections or craniocerebral injury. It was found an absence of memory changes, will signs of disorders of attention were presented. It was demonstrated a positive effect of nootropic medication Entrop on integrative brain functions, functions of autonomous nerve system, and brain microcirculation in these patients after bimonthly course in the dose of 150 mg per day.

УДК 616.831-005:616.13-005.6

И. А. Лапшина

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТЕРОТРОМБОЗА

В настоящее время атеротромбоз рассматривается как генерализованный процесс, при котором имеет место поражение нескольких сосудистых бассейнов [4, 7]. Клинически атеротромбоз проявляется: со стороны головного мозга — транзиторными ишемическими атаками и ишемическим инсультом; со стороны сердца — стабильной и нестабильной стенокардией, инфарктом миокарда; со стороны периферических сосудов — перемежающейся хромотой с последующим развитием гангрены и некроза [8].

Как правило, один и тот же больной имеет проявления атеротромбоза более чем в одном сосудистом бассейне.

Основная медико-социальная значимость проблемы атеротромбоза состоит в том, что каждое сосудистое событие повышает риск развития другого сосудистого события [5, 10, 12, 13, 16].

Для оценки прогноза течения ЦВЗ при атеротромбозе представляло интерес провести динамическое наблюдение за пациентами с различными проявлениями атеротромбоза, с регистрацией их сердечно-сосудистых событий.

Целью данной работы явилось провести динамическое наблюдение в течение 2-х лет за пациентами с мозговым инсультом (МИ) и транзиторными ишемическими атаками (ТИА) атеротромботического генеза.

В работе были использованы следующие методы исследования: клиничко-неврологический; психодиагностический; компьютерная томография головного мозга; ультразвуковое дуплексное сканирование магистральных артерий шеи; статистические.

Под нашим наблюдением на протяжении 2-х лет находилось 30 пациентов (20 мужчин и 10 женщин) с церебральными проявлениями атеротромбоза, в возрасте от 55 до 77 лет.

Из этого числа пациентов у 20 человек (14 мужчин и 6 женщин) в анамнезе был ишемический атеротромботический МИ давностью от 1 суток до 1 года. У 10 человек (6 мужчин, 4 женщины) диагностировали ТИА, давностью от 8 дней до 1 года.

У 14 (70 %) больных развитию МИ предшествовали ТИА: у 8 (40 %) пациентов была одна ТИА, у 4 (20,0 %) больных — две, у 2 (10 %) больных — три и более ТИА. Как правило, ТИА были в том же бассейне, где в последующем развивался МИ. У 5 больных (25 %) МИ предшествовал инфаркт миокарда. 6 пациентов, которые перенесли МИ, страдали перемежающейся хромотой. 2 больных, которые перенесли ТИА, страдали заболеваниями периферических сосудов нижних конечностей.

Обращали на себя внимание следующие факторы риска атеротромбоза, которые наблюдались у пациентов: артериальная гипертензия — 29 больных (96,6 %), повышение общего холестерина — 12 больных (40,0 %), сахарный диабет 2 типа — 8 пациентов (26,6 %), абдоминальный тип ожирения — 7 больных (23,3 %), курение — 4 больных (13,3 %), злоупотребление алкоголем — 1 больной (1,3 %), сонное апноэ — у 1 больного (1,3 %), мигрень — 2 больных (2,6 %).

При офтальмологическом обследовании у 100 % больных отмечались изменения в виде гипертонической, атеросклеротической или смешанной (гипертонической и атеросклеротической) ангиопатии сосудов сетчатки.

По данным дуплексного ультразвукового сканирования сонных артерий на шее у всех пациентов отмечались атеросклеротические изменения со стороны сосудистой стенки, в виде утолщения комплекса интима-медиа сонных артерий, утраты дифференциации сосудистой стенки на слои, наличие атеросклеротических бляшек.

На протяжении 2-х лет следили за основными клиническими проявлениями заболевания, развитием неврологическим симптомами и синдромов, наблюдали за осложнениями основного заболевания. На каждом этапе наблюдения всем пациентам проводилось тщательное клиничко-неврологическое обследование, которое включало изучение жалоб, анамнеза и неврологического статуса больных. У 20 пациентов с перенесенным МИ на каждом этапе наблюдения оценивали

функциональное состояние и способность к самообслуживанию с помощью индекса Бартеля, а также степень инвалидизации по шкале Ренкина.

После 1 этапа, в процессе наблюдения, все пациенты были распределены на 2 группы.

Пациенты 1 группы (16 больных) — 11 из них перенесли МИ, 5 — ТИА, постоянно принимали препараты, которые направлены на предотвращение атеротромботических событий — аспирин 100 мг, или клопидогрель 75 мг, или агренокс (аспирин 25 мг + дипиридамомл медленного высвобождения 200 мг). Пациенты этой группы контролировали цифры артериального давления (АД), систематически принимали антигипертензивные препараты (ингибиторы АПФ, β -блокаторы, диуретики и др.), ноотропные препараты, гиполипидемические препараты. У них контролировали уровни общего холестерина, триглицеридов.

Пациенты 2 группы (14 больных), 9 из них перенесли МИ, 5 — ТИА, антиагрегантную терапию принимали не регулярно или не принимали ее вообще, АД контролировали не систематически, антигипертензивные препараты принимали эпизодически, не контролировали уровни холестерина и триглицеридов.

Динамическое наблюдение за больными позволило сделать следующие выводы: в динамике, через 2 года наблюдения, у больных 1 группы, которые контролировали цифры АД и систематически принимали антигипертензивные препараты, антиагрегантную и гиполипидемическую терапию, такие церебральные неврологические симптомы как головная боль, головокружение, нестабильность цифр АД, шаткость при ходьбе, нарушение речи были значительно менее выраженными, как качественно, так и количественно, в сравнении с пациентами 2 группы.

Индекс Бартеля у пациентов 1 группы через 2 года наблюдения был в пределах $80,3 \pm 2,5$, у пациентов 2 группы — $78,3 \pm 2,8$. У пациентов 1 группы он возрос по сравнению с первым этапом на 24,9 балла, у пациентов 2 группы — на 22,9 балла.

По шкале Ренкина уровень инвалидизации на первом этапе наблюдения у больных с МИ составил $3,4 \pm 0,2$ балла. Через 2 года наблюдения этот показатель составил у пациентов 1 группы $2,0 \pm 0,3$, у пациентов 2 группы — $2,2 \pm 0,3$.

Таким образом, на протяжении всего периода наблюдения у пациентов обеих групп отмечались улучшение их функционального состояния и уменьшение степени их инвалидизации, что характеризовалось уменьшением баллов по шкале Ренкина и увеличением показателей по индексу Бартеля, однако у пациентов 1 группы они были более выраженными.

На протяжении двухлетнего наблюдения ни у одного из пациентов 1 группы не было зафиксировано повторных острых сосудистых нарушений атеротромботического генеза, в то время как у 5 пациентов (35,7 %) 2 группы (2 мужчины и 3 женщины) были зафиксированы повторные острые сосудистые нарушения атеротромботического генеза: у 4 больных (28,6 %) развился повторный мозговой инсульт, у 1 пациента (7,1 %) — инфаркт миокарда. Сердечно-сосудистые эпизоды развились у тех больных, у которых было два и более факторов риска, чаще всего это была АГ, сахарный диабет, курение, абдоминальный тип ожирения.

Также следует отметить, что существенное влияние на развитие повторных сердечно-сосудистых эпизодов оказывают лечебные мероприятия, проводимые в рамках вторичной профилактики.

Наше исследование, проведенное на группе из 30 больных, показало, что назначение адекватной медикаментозной терапии (антиагреганты, гиполипидемические и антигипертензивные препараты), влияет на частоту развития сердечно-сосудистых осложнений, что в свою очередь свидетельствует о необходимости разработки лечебно-профилактических мероприятий, направленных на уменьшение риска развития повторных МИ и других сердечно-сосудистых заболеваний атеротромботического генеза.

Пациенты с атеротромбозом должны находиться под систематическим динамическим наблюдением врачей.

Необходим контроль факторов риска атеротромбоза. В первую очередь необходимо контролировать и корректировать АД, регулярно принимать медикаментозные препараты, направленные на его нормализацию, обязательны изменение образа жизни, отказ от курения, прием гиполипидемических препаратов (статинов). Пациенты систематически должны принимать антиагрегантную терапию, а в ряде случаев, при наличии гемодинамически значимого стенозирования сонных артерий и нестабильных или осложненных атеросклеротических бляшек, необходимо проведение каротидной эндартерэктомии или ангиопластики.

Список литературы

1. Виленский Б. С., Тупицын Ю. Я., Широков Е. А. и др. Осложнения ишемического инсульта // Материалы VIII Всероссийского съезда неврологов. — Казань, 2001. — С. 212.
2. Волошин П. В., Мищенко Т. С. Профилактика мозгового инсульта // Здоров'я України, № 5, 2002. — С. 12—15.
3. Гусев Е. И., Шимрич Г., Хаас А. и др. Результаты 3-летнего катамнестического наблюдения за больными ишемическим инсультом // Неврологический журнал. — 2002. — № 5. — С. 10—14.
4. Запровальная О. Е., Гунько И. Н. Атеросклероз и атеротромбоз: новое в патогенезе, клинике, лечении // Здоров'я України. — 2002. — № 2. — С. 16.
5. Зозуля І. С., Гончарук О. М., Чернігова О. А. и др. Ішемії мозку, обумовлені подовженням та перегибами сонних артерій // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 2(31). — С. 42—43.
6. Кулебрас А. Инсульт — острое заболевание, которое можно предотвратить // Цереброваскулярная патология и инсульт: Материалы II Российского международного конгресса. — М.: Медиа Сфера, 2007. — С. 74—75.
7. Мищенко Т. С. Атеротромбоз: проблема остается, пути решения совершенствуются // Здоров'я України. — 2006. — № 1—2. — С. 5.
8. Мищенко Т. С., Песоцкая Е. В. Патогенетические механизмы атеротромботического инсульта // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 2 (51). — С. 21—23.
9. Сухоруков В. И., Лебединец В. В., Мищенко В. Н. Динамика когнитивных нарушений у больных, перенесших ишемический инсульт // Там же. — 2002. — Т. 10, вип. 1(30) (додаток). — С. 129.
10. Хачински В. Роль невролога в решении проблемы инсульта: прошлое, настоящее и будущее // Журнал неврологии и психиатрии, Приложение «Инсульт». — 2003. — Вып. 9. — С. 30—35.
11. Giles M. F., Rothwell P. M. Prediction and prevention of stroke after transient ischemic attack in the short and long term // Expert Rev Neurotherapeutics. — 2006. — Vol. 6. — P. 381—395.
12. Early Supported Discharge of Patients with Acute Stroke. A Randomised Controlled Trial / E. Bautz-Holter, U. Sveen, T. Bruun Wyller, J. Rygh // Cerebrovascular Disease Official Journal of the

European Stroke Council — 9th European Stroke Conference, Vienna, Austria, May 24—27, 2000. Abstracts. — P. 61.

13. Functional prognosis after stroke / S. Giaquinto, S. Buzzelli, L. Di Francesco et al. // *Cerebrovascular Disease Official Journal of the European Stroke Council 8th European Stroke Conference, Venice, Italy, April 7—10, 1999. Abstracts.* — P. 27.

14. Hoehstenbaeh J. B., den Otter R., Mulder T. W. Cognitive recovery after stroke: a 2-year follow-up // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* — 2003. — V. 84(10). — P. 1499—1504.

15. Klimkowicz-Mrowiec A., Dziedzic T., Slowik A., Szczudlik A. Predictors of post-stroke dementia: Results of a hospital-based study in Poland // *Cerebrovasc. Dis.* — 2005. — V. 19 (Suppl 2). — P. 1—159.

16. Sacco R. Risk factors of TIA and TIA as a risk factor for stroke // *Neurology.* — 2004. — Vol. 62. — № 8 (Suppl. 6). — S.7—S.11.

Надійшла до редакції 10.03.2008 р.

I. О. Лапшина

Катамнестичні спостереження за хворими з церебральними проявами атеротромбозу

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Мета роботи полягала в проведенні динамічного спостереження на протязі 2-х років за хворими з мозковим інсультом і транзиторними ішемічними атаками атеротромботичного генезу. Під спостереженням знаходилося 30 пацієнтів (20 чоловіків та 10 жінок) з церебральними проявами атеротромбозу, у віці від 55 до 77 років. Застосовували наступні методи дослідження: клініко-неврологічний, комп'ютерна томографія головного мозку, ультразвукове дуплексне сканування магістральних артерій шиї, статистичний.

Проведене дослідження показало, що лікувальні заходи, які проводяться в рамках вторинної профілактики атеротромбозу, мають істотний вплив на розвиток повторних серцево-судинних епізодів. Пацієнти з атеротромбозом повинні знаходитися під систематичним динамічним спостереженням лікарів. Необхідно контролювати фактори ризику атеротромбозу: контроль і корекція артеріального тиску, регулярний прийом антигіпертензивних препаратів, зміна образу життя, відмова від куріння, прийом гіполіпідемічних препаратів. Пацієнти повинні систематично приймати антиагрегантну терапію, а у деяких випадках, при наявності гемодинамічно значимого стенозування сонних артерій і нестабільних або ускладнених атеросклеротичних бляшок необхідне проведення каротидної ендартеректомії або ангіопластики.

I. A. Lapshina

Catamnestic observations under patients with cerebral manifestations of atherotrombosis

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

The purpose of the given work was to lead dynamic supervision in current of 2th-years for patients with cerebral manifestations of atherotrombosis. Under our observation during 2th-years there were 30 patients (20 men and 10 women) with cerebral manifestations of atherotrombosis in age from 55 to 77 years old. Methods of investigation: clinical-neurological, CT, ultrasound (ultrasonic full-duplex scanning of main arteries of neck), statistical methods.

Our research has shown, that the essential influence on development of repeated cardiovascular episodes is rendered with the medical actions spent within the limits of secondary preventive maintenance atherotrombosis. Patients with atherotrombosis should be under the regular dynamic supervision of doctors. The control of risk factors of atherotrombosis is necessary: it is necessary to control and correction the arteriotony, to use the medical drugs regularly directed on its normalization, change the way of life, refuse to smoking, to use hypolipidemic drugs. Patients should accept antiagregant therapy regularly, and in some cases, at presence the hemodynamics stenosis of carotids arteries and astable it is necessary to carry out the carotid endarterectomy or angioplasty.