

ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПОДТИПАМИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Проф. Т. С. МИЩЕНКО, Н. В. ОВСЯННИКОВА, В. В. ЛЕБЕДИНЕЦ*

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»,
* Центральная клиническая больница «Укрзалізниці», Харьков

Проведен сравнительный анализ факторов риска атеротромботического и других подтипов ишемического инсульта, выявлена достоверно бóльшая частота встречаемости при атеротромботическом инсульте таких факторов риска, как: курение, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе. Дана сравнительная характеристика клинических особенностей и тяжести различных подтипов ишемического инсульта в остром и восстановительном периодах заболевания.

Ключевые слова: ишемический инсульт, атеротромботический инсульт, атеросклероз, гипертоническая болезнь, факторы риска.

Проблема цереброваскулярных заболеваний и их наиболее тяжелой формы — мозгового инсульта — является одной из самых актуальных в современной медицине. Ежегодно от 100 до 120 тыс. жителей Украины впервые заболевают мозговым инсультом; 35,5% всех мозговых инсультов происходит у людей трудоспособного возраста. Вследствие этого заболевания ежегодно умирает от 35 до 45 тыс. жителей страны и 20 тысяч теряют трудоспособность [1]. В последние годы экспертами ВОЗ прогнозируется рост ишемических инсультов, обусловленный глобальным «постарением» населения планеты и распространением в популяции таких факторов риска, как артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, курение, сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе. В связи с этим возрастает значимость поиска дополнительных критериев диагностики, прогнозирования и возможной коррекции основных причин мозгового инсульта [1–3].

Среди всех видов инсульта наиболее распространены ишемические поражения головного мозга.

Одним из важнейших достижений в области ангионеврологии является концепция гетерогенности ишемического инсульта и выделение его подтипов [4].

Среди мозговых инсультов преобладают острые нарушения мозгового кровообращения, развившиеся вследствие атеросклеротического поражения сосудов головы. На долю атеротромботических инсультов приходится, по некоторым данным, от 34% до 75% [5, 6]. Многие аспекты церебрального атеросклероза не исследованы, существующие пробелы в знаниях не могут быть восполнены простым переносом данных, полученных в отношении коронарного атеросклероза, на патологию церебральных артерий и нуждаются в дальнейшем изучении [7, 8].

Исследование проблемы развития атеросклеротического процесса позволило расширить представление о механизмах возникновения заболевания. В настоящее время доминирующей является воспалительная теория атерогенеза [9, 10]. Если приоритетность этой теории сегодня не вызывает сомнений, то причины, приводящие к развитию хронического внутрисосудистого воспаления, до конца не выяснены. Обсуждается роль традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, которых в настоящее время насчитывается более 200.

С позиции клинициста существует серьезная необходимость в определении степени риска развития ишемического инсульта у конкретного больного для своевременного начала терапевтических мероприятий, возможно, для определения показаний к оперативному лечению.

Поэтому целью нашей работы было изучение факторов риска и клинических особенностей различных подтипов мозгового инсульта для разработки критериев прогноза и рекомендаций по вторичной профилактике.

Нами обследовано 98 больных в остром и восстановительном периодах ишемического инсульта. Наблюдение проводилось в динамике: через 3–6 мес и через 12 мес после острого эпизода.

Среди обследованных было 50 (51,02%) мужчин и 48 (48,97%) женщин в возрасте от 49 до 80 лет. Средний возраст больных составил $65,95 \pm 7,48$ года.

В возрастных группах от 49 до 59 лет и от 60 до 69 лет преобладали мужчины, в то время как в старшей возрастной группе (70 лет и более) количество женщин было больше (табл. 1).

Всем пациентам проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование. Диагноз инсульта и определение его подтипа проводились согласно критериям TOAST с помощью следующих

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу

Возраст больных	Мужчины		Женщины	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
49–59 лет	19	59,4	13	40,6
60–69 лет	16	55,2	13	44,8
70 лет и более	15	40,5	22	59,5

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости от пола и подтипа инсульта

Подтип инсульта	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Атеротромботический	29	55,3	23	48,8	52	53,1
Лакунарный	18	36	20	41,8	38	38,8
Кардиоэмболический	2	4	2	4,2	4	4,1
Криптогенный	1	2	3	6,3	4	4,1

Таблица 3

Распределение пациентов по возрастным группам в зависимости от подтипа инсульта

Подтип инсульта	Возрастная группа						Всего	
	40–59 лет		60–69 лет		70 лет и более			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Атеротромботический	16	50	17	58,6	20	54,1	52	53,1
Лакунарный	12	37,5	10	34,5	15	40,5	38	38,7
Кардиоэмболический	1	3,1	1	3,4	2	5,4	4	4,1
Криптогенный	3	9,4	1	3,4	—	—	4	4,1

методов исследования: клинико-неврологического, нейровизуализационного (КТ головного мозга), ультразвукового исследования магистральных артерий головы и шеи. Совокупность полученных в результате обследования данных позволила квалифицировать инсульт мозга как атеротромботический у 52 пациентов (53,1%), лакунарный инсульт диагностирован у 38 больных (38,8%), кардиоэмболический и криптогенный инсульт перенесли по 4 пациента (по 4,1%) (табл. 2).

Подтипы инсульта в возрастных группах также имели свои особенности: в каждой возрастной группе преобладали пациенты с атеротромботическим

инсультом; выявлено преобладание общего количества инсультов в старшей возрастной группе (табл. 3).

Исследуемые больные были разделены на 2 подгруппы: 1-я — с атеротромботическим инсультом; 2-я — с инсультом, вызванным другими механизмами (условно — неатеротромботическим), куда включены лакунарный, кардиоэмболический и криптогенный подтипы. Количество пациентов в 1-й подгруппе равнялось 52 (53,1%); 2-я подгруппа состояла из 46 человек (46,9%).

Представляло интерес изучение факторов риска развития ишемического инсульта у обследованных больных. В работе анализировались следующие факторы риска: артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия, ишемическая болезнь сердца, перенесенный инфаркт миокарда, сахарный диабет II типа, повторные инсульты, транзиторные ишемические атаки (ТИА), курение, гиподинамия, избыточная масса, злоупотребление алкоголем, наследственный анамнез.

Из 82 пациентов, страдающих артериальной гипертензией (83,95%), только 23 (28,04%) человека получали гипотензивную терапию, чаще в виде периодического приема ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов, диуретиков. Стабилизация АД отмечалась лишь у 3 пациентов.

Клинические проявления ишемической болезни сердца выявлены у 31 (32,1%) пациента. Одному из них произведено аортокоронарное шунтирование, 13 больных (13,27%) перенесли инфаркт миокарда, в среднем от 1,5 до 2 лет до развития острого нарушения мозгового кровообращения.

Особое внимание уделялось наличию в анамнезе больных инсультов и ТИА. Они предшествовали данному сосудистому событию у 19 человек (19,4%): 13 (13,3%) пациентов перенесли ишемический инсульт, 6 пациентов (6,1%) — ТИА. Ишемические инсульты наблюдались: у 2 (2%) пациентов — в двух каротидных бассейнах, у 7 (7,1%) пациентов — в одном каротидном бассейне, у 4 (4,1%) пациентов — в вертебробазиллярном бассейне. Из группы больных с повторным инсультом 9 человек было с атеротромботическим, 4 человека — с лакунарным характером процесса. У 4 (4,1%) пациентов были отмечены ранее ТИА в том же каротидном бассейне, что и настоящий инсульт; у 2 пациентов (2%) — в другом сосудистом бассейне.

Из числа обследованных больных курили 48 человек (48,98%). У большинства из них (44 человека (91,3%)) стаж табакокурения превысил 20 лет, 33 человека (70,3%) курили более 30 лет. Среднее значение длительности курения

составило $31,55 + 9,36$ года при разбросе показателя от одного года до 50 лет. Среднее значение индекса курильщика составило $280,95 + 136,85$ при минимальном и максимальном значениях 84 и 720 (то есть от 7 сигарет до 3 пачек в день). Пачку в день (индекс курильщика 240) выкурили 26 человек, больше пачки — 22.

Сведения о состоянии здоровья родственников получены от 87 больных. Отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям отмечена у 34: по одному сердечно-сосудистому событию в семье имели 22 человека, по 2 — 10 пациентов, по 3 — 2 пациента. Инфаркт миокарда у «молодых» родственников первой степени родства отметили 12 человек; артериальную недостаточность нижних конечностей — один пациент; инсульт — 18 пациентов (из них 5 человек — по 2 острых нарушения мозгового кровообращения в семье, один — по 3). У родственников 11 больных отмечалась артериальная гипертензия без развития сердечно-сосудистой катастрофы.

Анализ частоты встречаемости различных факторов риска показал, что в 1-й подгруппе больных чаще наблюдалась гиперхолестеринемия, сахарный диабет, острые нарушения мозгового кровообращения в анамнезе, достоверно больше было курящих пациентов, однако реже встречались больные с гипертонической болезнью. По остальным факторам риска подгруппы существенно не отличались (табл. 4).

У обследованных нами пациентов только один фактор риска встречался у 19 больных, у остальных было их сочетание: двух факторов риска — у 44 человек, трех — у 21 человека, четырех факторов риска — у 11 человек, пяти — у 3 человек. В среднем на одного пациента приходилось по $3,51 \pm 1,8$ факторов риска.

Из числа обследованных у 39,8% инсульт развился в левом каротидном бассейне, у 27,6% — в правом каротидном бассейне, у 32,7% — в области васкуляризации артерий вертебробазилярного бассейна.

Субъективные проявления заболевания у обследованных больных представлены в табл. 5.

Степень выраженности неврологического дефицита была оценена по сокращенному варианту Скандинавской неврологической шкалы инсульта (SCA) и составила в среднем $12,31 \pm 5,3$ балла с колебаниями индивидуальных значений от 6 до 20. Среди пациентов мужского пола этот показатель равнялся $11,58 \pm 6,4$, у женщин оценивался в $13,21 \pm 5,2$ балла; в подгруппе пациентов с атеротромботическим инсультом — $10,35 \pm 4,4$. У больных с инсультом, вызванным другими механизмами, этот показатель составил $16,7 \pm 7,6$ балла. По степени выраженности неврологических симптомов пациенты распределялись следующим образом: 8 пациентов (8,2%) с тяжелым мозговым инсультом (МИ), 61 пациент (62,2%) с МИ средней тяжести, 29 пациентов (29,6%) с легкой степенью выраженности МИ.

Таблица 4

Частота встречаемости факторов риска ишемического инсульта у пациентов с атеротромботическим инсультом и инсультом, вызванным другими механизмами

Фактор риска	Атеротромботический инсульт		Инсульт, вызванный другими механизмами		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Артериальная гипертензия	38	73,1	44	95,7	82	83,6
Гиперхолестеринемия	30	57,7	10	21,7	40	40,7
Ишемическая болезнь сердца	15	28,8	16	34,8	31	32,1
Инфаркт миокарда	7	13,5	6	13,0	13	13,3
Сахарный диабет	19	36,5	10	21,7	29	29,6
Повторные инсульты, ТИА	13	25,0	6	13,01	19	19,8
Курение	34	65,4	14	30,4	48	48,9
Избыточная масса тела	25	48,1	23	50,0	48	48,9
Гиподинамия	8	15,4	10	21,7	18	18,4
Злоупотребление алкоголем	11	21,2	13	28,3	24	24,49
Наследственный анамнез	18	34,6	16	34,8	34	29,58

Таблица 5

Субъективные проявления заболевания у обследованных больных

Жалобы больных	Абс. ч.	%
Слабость в правых или левых конечностях	75	82,4
Нарушение чувствительности	48	53,1
Расстройство речи	49	54,3
Осиплость, поперхивание	12	13,6
Нарушение зрения	15	16,7
Головная боль	42	46,8
Головокружение	31	34,7
Шаткость	17	18,3
Тошнота, рвота	26	28,6

Таблица 6

Распределение больных с атеротромботическим инсультом и инсультом, вызванным другими механизмами, в зависимости от степени тяжести (SCA)

Подтип инсульта	Степень тяжести МИ					
	легкая, 15–20 баллов		средняя, 9–14 баллов		тяжелая, 2–8 баллов	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Атеротромботический	10	34,5	35	57,4	7	87,5
Инсульт, вызванный другими механизмами	19	65,5	26	42,6	1	12,5

Таким образом, среди обследованных нами пациентов преобладали больные со средней и легкой степенью тяжести МИ. Количество больных с более выраженным неврологическим дефицитом было достоверно больше в подгруппе атеротромботического инсульта. На долю пациентов с этим подтипом ишемического инсульта приходилось 87,5% всех тяжелых инсультов, 57,4% инсультов средней тяжести, 34,5% легких инсультов (по

классификации SCA). Соответственно, на долю пациентов с инсультами, вызванными другими механизмами, приходилось следующее соотношение: 12,5% в подгруппе тяжелого инсульта, 42,6% в подгруппе с инсультом средней тяжести и большинство (65,5%) в подгруппе больных с легким инсультом (табл. 6).

Способность к самообслуживанию по шкале Бартела у большинства больных была высокой со средним значением показателя $61,58 \pm 2,12$ при максимально возможном значении — 100 баллов (размах показателя от 20 до 100 баллов). В группе пациентов с атеротромботическим инсультом средний балл по шкале Бартела равен $56,24 \pm 2,58$, в то время как в подгруппе пациентов с инсультом, вызванным другими механизмами, он достигает $67,81 \pm 2,44$ балла.

В остром периоде ишемического инсульта (табл. 7) у больных в неврологическом статусе преобладала следующая очаговая симптоматика: гемипарезы и гемиплегии контрлатеральных ишемическому очагу конечностей — у 87 пациентов (88,8%); нарушение мышечного тонуса преимущественно в виде повышения по спастическому типу в паретичных конечностях отмечалось у 68 (69,4%) пациентов; центральный парез мимической мускулатуры встречался у 37 больных (37,8%); расстройство чувствительности у обследованных

Таблица 7

Частота встречаемости клинических симптомов и синдромов у больных разной степени тяжести в остром периоде инсульта (SCA)

Клинические симптомы и синдромы	Степень тяжести МИ						Всего	
	легкая, 15–20 баллов		средняя, 9–14 баллов		тяжелая, 2–8 баллов			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Центральный парез мимической мускулатуры	19	65,5	20	32,8	8	100	37	37,8
Гемианопсия	1	3,4	5	8,2	5	62,5	11	11,2
Глазодвигательные нарушения	6	20,7	9	14,8	5	62,5	20	20,4
Псевдобульбарный синдром	—	—	12	19,8	4	50,0	16	16,3
Бульбарный синдром	—	—	8	13,1	3	37,5	11	11,2
Моторная афазия	5	17,2	11	18,0	3	37,5	19	19,4
Сенсорная афазия	—	—	3	4,9	—	—	3	3,1
Сенсомоторная афазия	2	6,9	5	8,2	3	37,5	10	10,2
Дизартрия	17	58,6	8	13,1	3	37,5	28	28,6
Контрлатеральный гемипарез	25	86,2	54	88,5	8	100	87	88,8
Гемигипестезия	20	69,1	17	27,9	6	75	43	43,9
Нарушения мышечного тонуса	19	65,5	41	67,2	8	100	68	69,4
Анозогнозия, аутопагнозия	—	—	10	16,4	3	37,5	13	13,3
Вестибуло-атактический синдром	26	89,7	6	9,8	—	—	32	32,7
Когнитивные нарушения	17	58,6	19	31,1	7	87,5	43	43,9

больных проявлялось преимущественно в виде гемигипестезии и отмечалось у 43 (43,9%) пациентов; гемианопсия — у 11 больных (11,2%); псевдобульбарный синдром встречался у 16 пациентов — 16,3%; бульбарные нарушения отмечены у 11 человек — 11,2%. При левополушарных очагах клиническая картина дополнялась частичной или тотальной моторной или сенсомоторной афазией — у 32 пациентов (32,7%). У больных, перенесших ишемический инсульт в правом полушарии, наблюдалась анозогнозия и аутопогнозия — 13 человек (13,3%). У 28 (28,6%) пациентов была корковая или псевдобульбарная дизартрия. При локализации очага ишемии в зоне васкуляризации артерий вертебро-базиллярного бассейна у больных регистрировались вестибуло-атактические нарушения разной степени выраженности (32 пациента — 32,7%).

При динамическом обследовании пациентов в восстановительном периоде инсульта (через 3–6 мес) выявлено уменьшение жалоб общемозгового характера (головных болей, головокружения), а также регресс (субъективно) двигательных и речевых расстройств. Однако участились жалобы, затрагивающие интеллектуально-мнестическую и эмоционально-волевую сферы.

Неврологическая симптоматика пациентов в постинсультном периоде также изменилась (табл. 8).

В клинической картине у пациентов в постинсультном периоде (как и в острой фазе процесса) преобладали двигательные нарушения в виде контрлатерального гемипареза — 59,2%, нарушения мышечного тонуса в виде повышения

его по спастическому типу в паретичных конечностях (51%). Реже отмечались нарушения чувствительности в виде гемигипестезии — 36,7%, в два раза реже наблюдался центральный парез мимической мускулатуры — 19,4%, у 28,6% пациентов сохранялись афатические нарушения (в виде элементов моторной и сенсомоторной афазии). У 15,3% пациентов отмечалась преимущественно псевдобульбарная дизартрия. У 6,1% пациентов наблюдался бульбарный, а у 16,3% пациентов — псевдобульбарный синдромы. Вестибуло-атактические нарушения выявлены у 26,5% больных.

Степень самообслуживания пациентов в позднем восстановительном периоде инсульта возросла. Так, индекс Бартеля в восстановительном периоде инсульта в среднем был равен $91,49 \pm 6,7$. При этом у пациентов с атеротромботическим инсультом он соответствовал $79,54 \pm 3,61$ балла, а у пациентов с инсультом, вызванным другими механизмами, составил $97,32 \pm 5,54$ балла ($p = 0,051$). Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина в подгруппе больных с атеротромботическим инсультом чаще соответствовала 2–3 баллам, а в подгруппе пациентов с другим подтипом инсульта (исключая атеротромботический) изменилась до 1–2 баллов.

Таким образом, при проведении сравнительного анализа факторов риска атеротромботического и других подтипов ишемического инсульта выявлена достоверно большая частота встречаемости при атеротромботическом инсульте таких факторов риска, как: курение (65,4%), гиперхолестеринемия (57%), сахарный диабет (36,5%), перенесенные ранее нарушения мозгового кровообращения (25%). Так же пациенты с атеротромботическим инсультом были существенно старше и среди них достоверно преобладали мужчины.

Установлено, что частота встречаемости артериальной гипертонии при атеротромботическом инсульте ниже, чем при инсультах, вызванных другими механизмами (73,1% и 95,7% соответственно).

В результате сравнения подгрупп с атеротромботическим инсультом и инсультом, вызванным другими механизмами, подтвердилась известная закономерность об относительной тяжести атеротромботического инсульта по сравнению с инсультами других подтипов: больные первой подгруппы имели меньший средний балл по шкале SCA, более низкую способность к самообслуживанию по шкале Бартеля, чем пациенты второй подгруппы. Выявленные различия характерны и для восстановительного периода инсульта.

Основные методы вторичной профилактики ишемического инсульта (к которым относится модификация факторов риска) должны включать и мероприятия, направленные на этиопатогенетическое звено наиболее тяжелого и распространенного его подтипа — атеротромботического инсульта.

Таблица 8

Частота встречаемости основных неврологических симптомов и синдромов у пациентов в постинсультном периоде

Клинические симптомы и синдромы	Количество пациентов	
	абс. ч.	%
Центральный парез мимической мускулатуры	19	19,4
Гемианопсия	2	2,0
Глазодвигательные нарушения	13	13,3
Псевдобульбарный синдром	16	16,3
Бульбарный синдром	6	6,1
Афатические нарушения	28	28,6
Дизартрия	15	15,3
Контрлатеральный гемипарез	58	59,2
Гемигипестезия	36	36,7
Нарушения мышечного тонуса	50	51,0
Вестибуло-атактический синдром	26	26,5

Литература

1. Мищенко Т. С. XVII Европейская конференция по проблеме инсульта: основные моменты и практические выводы // Здоров'я України.— 2008.— № 10.— С. 8–9.
2. Неврологические и параклинические факторы риска острого развития мозговых инсультов / В. М. Пашковский, В. К. Чернецкий, В. Н. Паляница и др. // Мат. I Нац. конгрессу «Инсульт та судинно-мозкові захворювання».— 2006.— С. 79.
3. Hugh S., Markus H. S., MacKinnon A. Asymptomatic embolization detected by Doppler ultrasound predicts stroke risk in symptomatic carotid artery stenosis // Stroke.— 2005.— Vol. 36, № 5.— P. 971–975.
4. Albanese M., Clarke W. Ensuring reliability of outcome measures in multicenter clinical trials of treatment for acute ischemic stroke: the program developed for the Trial of Org. 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) // Stroke.— 1994.— № 925.— P. 1746–1751.
5. Мищенко Т. С., Песоцкая Е. В. Патогенетические механизмы атеротромботического инсульта // Укр. вестн. психоневрологии.— 2007.— Т. 15, вып. 2 (51).— С. 21–23.
6. Lipoprotein (a) and ultrasonographically determined early atherosclerotic changes in the carotid and femoral artery / A. Sramek, J. H. Reiber, R. Baak, Pablo et al. // J. Thromb. Haemost.— 2008.— Vol. 1, № 2.— P. 374–379.
7. Диагностическая и лечебная тактика при ишемии головного мозга в сочетании с атеросклеротическим поражением коронарных артерий / Л. А. Дзяк, Н. А. Зорин, С. П. Григорук и др. // Мат. Всерос. науч.-практ. конференции «Поленовские чтения».— СПб., 2005.— С. 197.
8. Common carotid intima-media thickness and risk of acute myocardial infarction / M. L. Bots, D. E. Grobbee, A. Hofman et al. // Stroke.— 2005.— Vol. 36.— P. 762–765.
9. Системное воспаление у пациентов с ишемической болезнью сердца: взаимосвязь с клиническим течением и наличием факторов риска / М. И. Лутай, И. П. Голикова, С. И. Дзяк, В. А. Слободский // Укр. мед. часопис.— 2006.— № 2 (52).— С. 80–83.
10. Toll-like receptor 4 is involved in brain damage and inflammation after experimental stroke / J. R. Caso, J. M. Pradillo, O. Hurtado et al. // Circulation.— 2007.— Vol. 115.— P. 1599–1608.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ З РІЗНИМИ ПІДТИПАМИ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Т. С. МІЩЕНКО, Н. В. ОВСЯННІКОВА, В. В. ЛЕБЕДИНЕЦЬ

Проведено порівняльний аналіз факторів ризику атеротромботичного та інших підтипів ішемічного інсульту, виявлено достовірно більшу частоту при атеротромботичному інсульті таких факторів ризику, як: куріння, гіперхолестеринемія, цукровий діабет, гострі порушення мозкового кровообігу в анамнезі. Дано порівняльну характеристику клінічних особливостей та тяжкості різних підтипів ішемічного інсульту в гострому та відновлювальному періодах захворювання.

Ключові слова: ішемічний інсульт, атеротромботичний інсульт, атеросклероз, гіпертонічна хвороба, фактори ризику.

RISK FACTORS AND CLINICAL PECULIARITIES OF PATIENTS WITH VARIOUS SUBTYPES OF ISCHEMIC STROKE

T. S. MISCHENKO, N. V. OVSIANNIKOVA, V. V. LEBEDINETS

Risk factors of atherothrombotic and other subtypes of ischemic stroke were compared. Significantly higher incidence of such risk factors as smoking, hypercholesterolemia, diabetes mellitus and acute disorders of cerebral blood flow was revealed. The clinical peculiarities and severity of various subtypes of ischemic stroke in acute and restorative period of the disease were compared.

Key words: ischemic stroke, atherothrombotic stroke, atherosclerosis, hypertension disease, risk factors.

Поступила 31.05.2011