

ния симптомов при заболеваниях, сопровождающихся цереброваскулярной недостаточностью. Например, при забывчивости, нарушении координации. При болезнях органов зрения, спровоцированных сосудистыми изменениями, такими как атеросклероз, а также сжатием капилляров, изменениями в желтом пятне, закупорке сосудов, возвратная глаукома. При терапии тугоухости, связанной с нарушениями сосудистой сети, возрастными изменениями, появлением посторонних звуков в ушах, других нарушениях слухового аппарата. При нарушениях вегетативной системы во время менопаузы.

Обычная начальная суточная доза Кавинтона 20 мг (2 ампулы) в 400 мл инфузионного раствора. В зависимости от переносимости в течение 2-3 дней дозу можно увеличить не более чем на 1 мг/кг/день. Средняя суточная доза при массе тела 70 кг – 50 мг. При заболеваниях печени и почек коррекции дозы не требуется.

Суточная доза Кавинтона форте 30 мг (по 1 таблетке 3 раза в день по 10 мг). Максимальная суточная доза 60 мг (по 2 таблетки 3 раза в день). Курс лечения 3 месяца. Терапевтический эффект развивается приблизительно через неделю с начала приема препарата. Для достижения полного терапевтического эффекта требуется три месяца. При заболеваниях почек и печени препарат назначают в обычной дозе, отсутствие кумуляции позволяет проводить длительные курсы лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мищенко Т.С., Мищенко В.Н. Исходы инсульта // Неврологическое обозрение. – 2007. – №1 (2)
- 2 Сашина М.Б., Кадыков А.С., Черникова Л.А. По-

стинсультные болевые синдромы// Неврологическое обозрение, (2) 2007. – №1

3 Чуканова Е.И. Эффективность Кавинтона в лечении пациентов с хронической недостаточностью мозгового кровообращения. Журнал неврологии и психиатрии. – 2010. – №12

4 Инструкция по применению Кавинтона и Кавинтона форте

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Қ.Қ. ҚАЙМАҚОВ

№3 Атырау қалалық емханасы

ИШЕМИЯЛЫҚ САЛДЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН АҒЫМЫ, СЕБЕПТІ ФАКТРЛАРЫ. КАВИНТОН ДӘРІСІНІҢ САЛ АУЫРУЫН ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНЫЛУЫ

Мақала №3 Атырау қалалық емханасында соңғы 3 жыл ішінде сал ауруымен емделгендер арасында салыстырмалы бақылау қорытындысына негізделіп, сал ауыруын кавинтон дәрісімен емдеп және оның әкелген пайдасы туралы ұсынылған.

S U M M A R Y

K.K. KAIMAKOV

Atyrau city clinic №3

CAUSATIVE FACTORS, COURSE AND OUTCOMES OF ISCHEMIC STROKE. CAVINTON DRUG APPLICATION FOR THE TREATMENT OF ISCHEMIC STROKE

Article based on a comparative evaluation of the results from analyzes of the treated patients cerebrovascular disease last three years of Atyrau city clinic № 3, the use and benefits of the drug for the treatment of stroke Cavinton.

УДК 616.831-005.4(574.5)

С.К. ЕРКЕБАЕВА

Международный Казахско-Турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Шымкент

АНАЛИЗ СТАЦИОНАРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА ИНСУЛЬТОВ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

В данной статье представлены результаты анализа частоты инсультов в стационарах неврологического профиля, развившихся у жителей г. Шымкента и области за 2010 и 2011 гг.

Ключевые слова: инсульт, эпидемиология, профилактика.

В настоящее время инсульт является наиболее частым угрожающим жизни неврологическим заболеванием и важнейшей причиной инвалидности во всем мире. Всемирная организация здравоохранения и Всемирная федерация инсульта на Всемирном конгрессе по проблемам инсульта (2004, Канада, Ванкувер) обратились с воззванием к мировой общественности, в котором инсульт объявлен глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. Большая медико-социальная значимость проблемы сосудистых заболеваний мозга определяется их значительной долей в структуре заболеваемости и смертности населения, высокими показателями временной нетрудоспособности и первичной стойкой инвалидности [2, 5]. По данным Всемирной организации по борьбе с инсультом у каждого шестого жителя Земли в течение жизни развивается инсульт, таким образом около 17% населения земного шара заболевают инсультом.

В России заболеваемость инсультом неуклонно возрастает, а смертность от него занимает второе место в структуре общей смертности населения, уступая только

коронарной патологии. Ежегодно в мире умирают от инсульта 4,6 миллиона человек, три четверти из них – жители развитых стран. Показатели летальности при инсульте варьируют в разных регионах, составляя в среднем 40% [4].

Несмотря на определенные успехи в лечении инсульта, в первую очередь ишемического, для снижения заболеваемости и смертности необходимы профилактические меры. Осуществление стратегии высокого риска для уменьшения вероятности инсульта требует выявления и лечения лиц, имеющих повышенную угрозу развития цереброваскулярных заболеваний [6, 7]. Пути решения проблемы могут быть различными в зависимости от некоторых местных климато-географических особенностей региона.

Наиболее эффективным методом является проведение в каждом городе мониторинга собственных тенденций в отношении климата в динамике по времени для того, чтобы определить круг эффективных мер, усовершенствовать их и расширить масштабы их применения. Особое значение приобретает достоверная информация об эпидемиологических показателях инсультов, позволяющая адекватно планировать объем оказания медицинской

помощи населению, оценить эффективность профилактических мероприятий [8, 9].

Одним из самых крупных регионов Казахстана является Южно-Казахстанская область (ЮКО), где проживает 2,46 млн. человек, который по численности населения занимает первое место в Казахстане. Южно-Казахстанская область, являясь одной из самых густонаселенных областей страны, уникальна в своем роде, имея богатейшую историю, этот регион с самой высокой рождаемостью в стране 75,967 тыс в год (2010 г.), эта область занимает первое место по количеству многодетных семей – 160 тыс. (2011 г.). ЮКО населяет много этносов, но коренное казахское население здесь превышает по численности и составляет 1,706 млн. человек (занимает первое место по Казахстану), с преобладанием сельского населения (1,497 млн.) над городским (972,1 тыс.) [1, 3].

Цель исследования – изучение клинико-эпидемиологических характеристик и факторов риска мозговых инсультов (МИ) в Южно-Казахстанской области.

Материал и методы

Представлены результаты анализа частоты инсультов в стационарах неврологического профиля, развившихся у жителей г. Шымкента и области за 2010 и 2011 гг. Использовались данные ЮКОФ РГП РЦРЗ за 2010 и 2011 гг., которые поступали из стационаров города и области в виде статистических карт. Изучалась электронная база данных, которая включала все возникшие острые нарушения мозгового кровообращения, их исходы, гендерные различия, возраст помесечно.

Результаты и обсуждение

В неврологических стационарах ЮКО за 2010 г. зарегистрировано 3125, за 2011 г. – 3328 случаев мозговых инсультов. Статистический анализ данных показал, что стандартизованный показатель (СП) мозгового инсульта в 2010 году составил $12,5 \pm 0,12$, в 2011 г. – $13,312 \pm 0,13$. Показатель смертности в стационарах в 2010 г. от геморрагического инсульта составил $1,00 \pm 0,09$, от ИИ – $0,76 \pm 0,06$. В 2011 году СП смертности от ГИ – $0,9 \pm 0,082$, от ишемического – $0,57 \pm 0,049$.

Таким образом, можно отметить некоторый рост количества ишемических инсультов в 2011 году, а также снижение смертности в неврологических стационарах от инсультов (рис. 1, 2).

Изучена заболеваемость различными типами инсультов у мужчин и женщин, достоверно значимые различия в показателях между подвыборками с преобладанием у мужчин выявлены при ишемическом и геморрагическом инсульте.

Стандартизованный показатель ишемического инсульта в ЮКО за 2010 год составил $12,72 \pm 1,28$ на 10 000 городского населения в стационарах Шымкента (у мужчин – $14,94 \pm 1,39$, у женщин – $10,74 \pm 1,16$), $5,99 \pm 0,42$ на 10 000 сельского населения (у мужчин – $6,61 \pm 0,53$, у женщин – $5,40 \pm 0,39$). В 2011 г. СП ИИ составил $15,15 \pm 1,46$ на 10 000 городских жителей (у мужчин

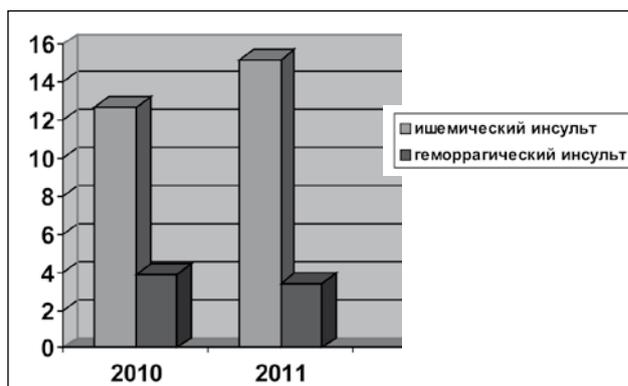


Рисунок 1 – Заболеваемость инсультами в 2010-2011 годах (стандартизованные показатели на 1 тыс. населения)

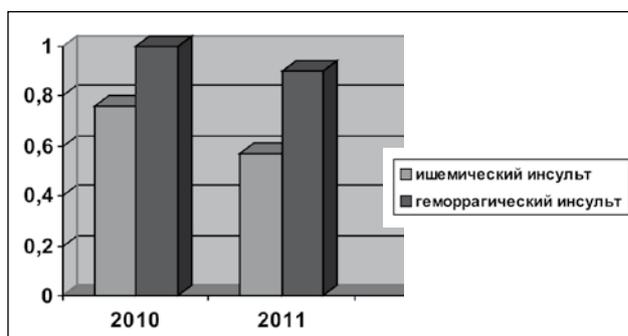


Рисунок 2 – Смертность от инсультов на 10 000 населения за 2010-2011 годах

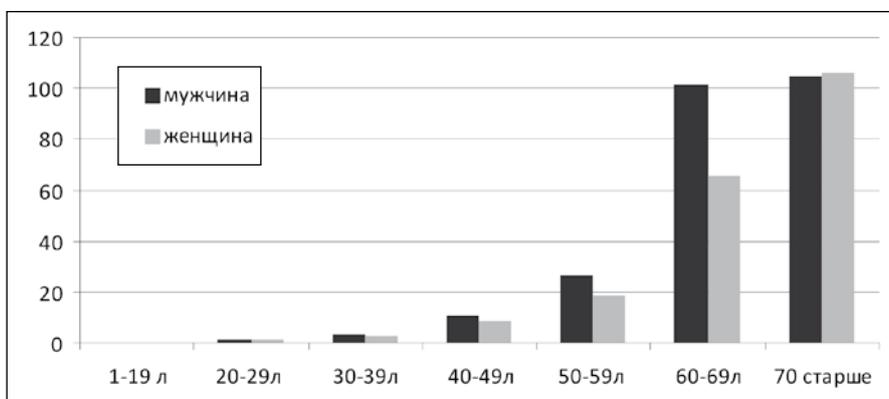


Рисунок 3 – Заболеваемость ишемическим инсультом в зависимости от возраста (стандартизованные показатели на 10 тыс. населения)

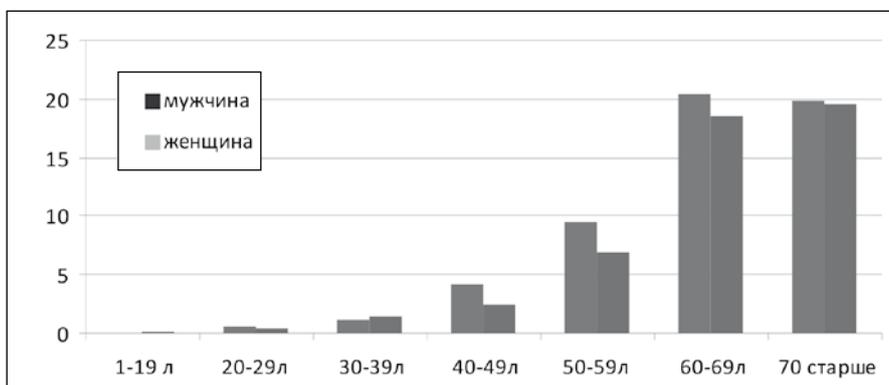


Рисунок 4 – Заболеваемость геморрагическим инсультом в зависимости от возраста (стандартизованные показатели на 10 тыс. населения)

-17,00±1,63, у женщин -13,51±1,32; $p < 0,05$), 7,47±0,65 на 10000 сельского населения (у мужчин - 8,18±0,78, у женщин -6,7±0,54).

Стандартизованный показатель геморрагического инсульта за 2010 год в городских стационарах неврологического профиля, включая нейрососудистые отделения равнялся 3,86±0,34 на 10 000 городского населения (у мужчин - 4,58±0,39, у женщин - 3,20±0,27); в сельской популяции показатель равнялся 2,41±0,23 (у мужчин - 2,74±0,25, у женщин - 2,11±0,19). В 2011 году стандартизованный показатель геморрагического инсульта составил 3,44±0,32 на 10 000 населения (у мужчин - 4,40±0,30, у женщин - 3,16±0,24); в сельской популяции он равнялся 2,44±0,23 (у мужчин - 2,62±0,19, у женщин - 2,29±0,20)

С увеличением возраста отмечается нарастание частоты мозговых инсультов с преобладанием у мужчин. После 40 лет количество инсультов возрастает вдвое или даже втрое и больше каждое десятилетие, достигая максимума в возрастной группе старше 69 лет (рис. 3.)

Стандартизованные показатели заболеваемости также увеличиваются в 1,3-1,5 раза, а в возрастных группах старше 50 лет они возрастают в 2-3 и более раз по сравнению с предыдущим десятилетием. Эта закономерность согласуется с данными ранее проведенных регистров [1, 10, 15]. Рост заболеваемости инсультами с увеличением возраста больных согласуется с данными других исследований по проблеме МИ [1, 3, 7, 10] и обусловлен увеличением значимости сердечно-сосудистых факторов риска.

Значительное увеличение заболеваемости приходится на самый продуктивный период жизни. Например, в 2010 г., когда точность диагностики стала достаточно высокой, прослежено увеличение данного показателя в группе 40-49 лет по сравнению с предыдущей в 3,2 раза, а в следующей возрастной группе еще в 2,9 раза, в целом увеличение составило 9,3 раза в возрасте 50-59 лет по сравнению с возрастной группой 30-39 лет.

Установлено, что в структуре мозговых инсультов в обследованной когорте преобладают ишемические инсульты. Это согласуется с результатами большинства

аналогичных популяционных исследований и совпадает с общероссийскими [1] и региональными российскими показателями [3, 10]. В исследованной популяции геморрагические формы МИ имеют меньший удельный вес. Уровень заболеваемости кровоизлиянием в мозг сопоставим в разных возрастных группах. Значительное увеличение заболеваемости наблюдается в возрасте 40-49 лет (в 2 раза), нарастая в каждой следующей возрастной группе 2-3 раза как у мужчин, так и у женщин.

Большой интерес вызывает изучение региональных особенностей развития и протекания мозгового инсульта на юге Казахстана в связи с активным развитием региона, имеющего особые климатические условия, что влечёт перемещение больших людских ресурсов. С целью оценки влияния погодных условий на частоту развития мозгового инсульта нами проведен анализ ежемесячного количества инсультов в течение года.

В результате изучения помесячных внутrigодовых распределений частоты инсультов выявлены месяцы с наибольшими и наименьшими значениями стандартизованного показателя инсультов в стационарах области (рис. 5, 6, 7, 8).

Из данных, представленных на рисунках, видно, что минимальные значения ишемического инсульта наблюдаются у женщин в двух месяцах, в январе и мае, у мужчин также в январе, а максимальные у мужчин в декабре, мае, у женщин также в декабре и марте. При геморрагическом инсульте минимальные значения показателя прослеживались в сентябре и октябре у мужчин, в августе и июне у женщин. Анализ частоты развития мозговых инсультов в разные сезоны года показал, что наибольшее количество инсультов развивается в переходные периоды (межсезонье) - осенне-зимнее и зимне-весеннее. Наименее благоприятными являются февраль и август при ишемическом инсульте, при геморрагическом инсульте - январь и декабрь. В эти месяцы наблюдалось наибольшее количество смертей в результате инсультов.

Таким образом, можно полагать, что февраль и август являются наименее «благоприятными» в отношении частоты летальных исходов мозгового инсульта у жителей ЮКО.

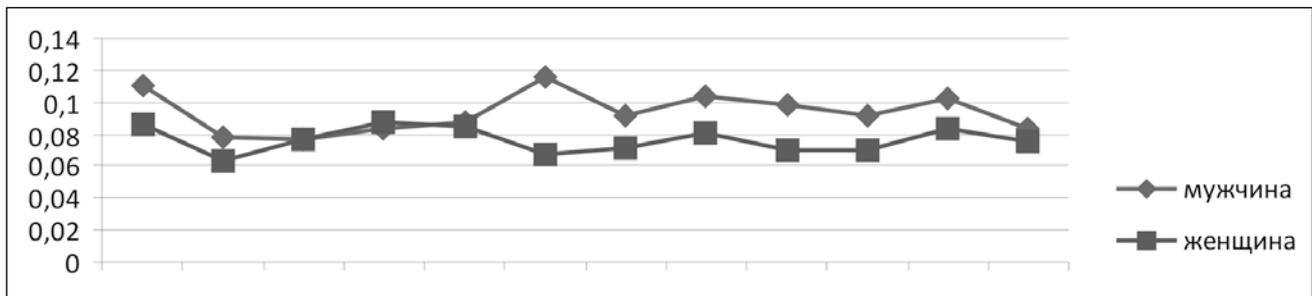


Рисунок 5 – Заболеваемость ишемическими инсультами по месяцам и сезонам за 2011 г.

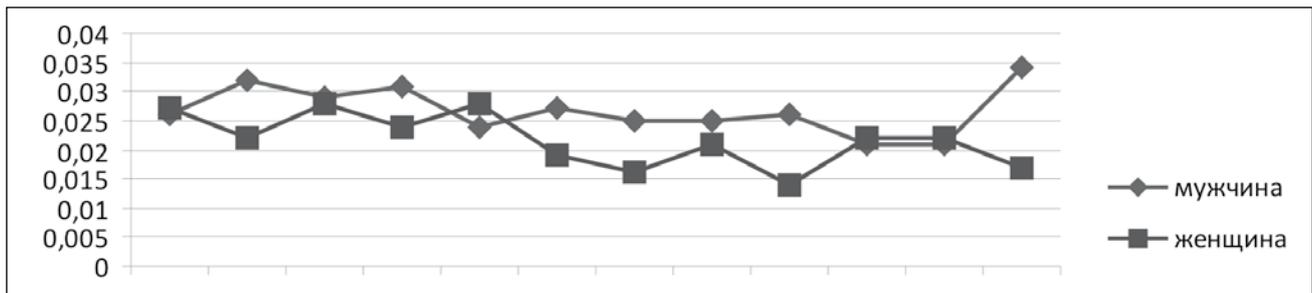


Рисунок 6 – Заболеваемость геморрагическими инсультами по месяцам и сезонам за 2011 г.

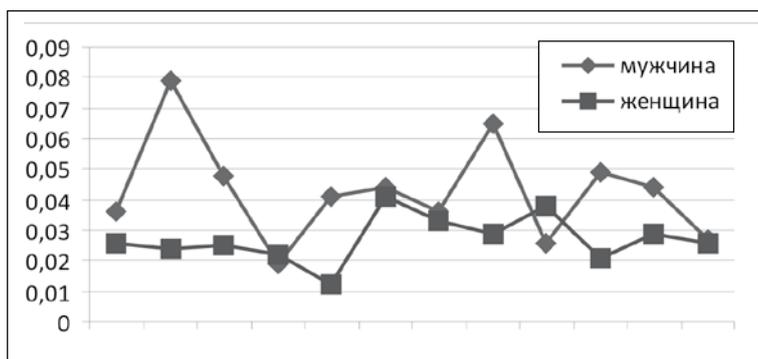


Рисунок 7 – Помесячная частота летальных исходов ишемического инсульта за 2011 г.

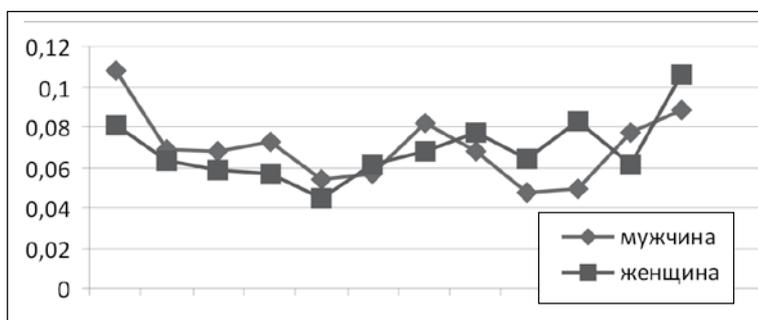


Рисунок 8 – Помесячная частота летальных исходов геморрагического инсульта за 2011 г.

Для профилактики мозгового инсульта важно определить, кто находится в группе риска. Это необходимо для того, чтобы скорректировать выявленные факторы риска путем изменения образа жизни и предупреждающим лечением. Важно добиться эффективности принятых мер. Степень риска возникновения этого заболевания можно выяснить на основании анализа факторов риска инсульта, при этом выявлено, что более чем в 90% инсультов у больных выявлялась артериальная гипертония 3 степени.

Основными факторами риска в результате нашего исследования следует считать наследственное предрасположение (63,1%), психоэмоциональное перенапряжение (55,3%), нерегулярный отдых (87,5%) и нерациональное питание (54,9%). Необходимо отметить, что частота артериальной гипертонии и транзиторной ишемической атаки имеет тенденцию появления у лиц более молодого возраста (до 40 лет – 24,2%).

В ходе проведенного исследования выявилось, что в большинстве случаев у каждого из обследованных больных обнаружилось разное количество факторов риска. С наибольшей частотой встречалось сочетание таких факторов, как наследственная отягощенность по сердечно-сосудистым заболеваниям (ИБС и нарушение мозгового кровообращения), недостаточная физическая активность, психоэмоциональное перенапряжение, нерегулярный отдых, избыточная масса тела. Сочетание более 4 факторов риска отмечено в 61,66%. Необходимо отметить, что в значительном большинстве случаев выявилась комбинация 5-6 факторов риска.

Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют о неравнозначной роли отдельных факторов риска и их комбинаций, способствующих развитию цереброваскулярных заболеваний, имеющих, вероятнее всего, неблагоприятные прогностические значения.

Выводы

1. Отмечены некоторый рост количества ишемических

инсультов в 2011 году и снижение смертности в неврологических стационарах от инсультов.

2. Значительное увеличение заболеваемости приходится на самый продуктивный период жизни.

3. С увеличением возраста отмечается нарастание частоты мозговых инсультов с преобладанием у мужчин.

4. Установлена помесечная и сезонная зависимость частоты распространения инсультов. Наименее благоприятными являются февраль и август при ишемическом инсульте, при геморрагическом – январь и декабрь.

5. Основными факторами риска инсультов являются артериальная гипертония, наследственное предрасположение, психоэмоциональное перенапряжение, нерегулярный отдых и нерациональное питание.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Абсеитова С.Р. Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Южно-Казахстанской области // Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – 2007. – Т. 1, Ч. 1. – С. 21-23
 2 Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Инсульт: Прил. к журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2003. – Вып. 8. – С. 4-9
 3 Жусупова А.С. Инсульт – глобальная проблема отечественной неврологии // Журн. Человек и Лекарство – Казахстан. – 2011. – Вып. 3. – С. 6-9
 4 Оганов Р.Г. Факторы риска и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // Качество жизни. Медицина. – 2003. – № 2. – С. 10-15
 5 Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В. Вторичная профилактика инсульта. М.: ПАГРИ, 2002. – 118 с.
 6 Скворцова В.И. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта // Качество жизни. Медицина. 2004. – № 4(7). – С. 10-12
 7 Feigin V.J.L., Lawes C.M.M., Bennett D.A., Anderson C.S. Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century // Lancet Neurol. – 2003. – Vol. 2. – P. 43
 8 Goldstein L.B., Adams R., Becker K. et al. Primary Prevention of Ischemic Stroke. A Statement for Healthcare Professionals From the Stroke Council of the American Heart Association // Circulation. 2001. № 103. P. 163–182
 9 Kaste M., Fogelholm R., Rissanen A. Economic burden of stroke and evaluation of new therapies // Publ. Hlth. 1998. № 112. P. 103–112

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

С.К. ЕРКЕБАЕВА

Қ.А. Яссауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Шымкент қ.

ОҚО ИНСУЛЬТТАРДЫҢ ТАРАЛУЫНЫҢ ЖӘНЕ ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫНЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІН СТАЦИОНАРЛЫҚ ТАЛДАУ

Қазіргі кезде инсульттар әлемдегі адам өміріне ең жиі қауіп төндіретін жүйке жүйесінің ауруы және мүгедектіктің маңызды себебі болып табылады.

Зерттеудің мақсаты – Оңтүстік Қазақстан облысындағы ми инсульттарының (МИ) клиникалық-эпидемиологиялық сипаттамалары мен қатер факторларын зерттеу болып табылады.

Осы жұмыста 2010 және 2011 ж.ж. Шымкент қаласының және облысының тұрғындары арасында кең таралған,

стационарлық неврологиялық саладағы инсульттардың жиілігін талдау нәтижелері көрсетілген.

Жас мөлшерінің ұлғаюына байланысты, еркектер арасында ми инсульттарының жиілігінің өсуі байқалып отыр, 40 жастан кейін инсульттардың саны екі есе немесе үш есе өседі және 69 жастан асқан жас ерекшелік тобынада максимумға жетіп, әр он жылдық сайын өсіп отырады.

Осылайша, 2011 жылы ишемиялық инсульттар санының біршама өскені және неврологиялық стационарлардағы инсульттан болатын өлімнің азаюы байқалды, аурудың көбеюі, өмірдің ең өнімді шағында болатыны байқалды және адамның жасы ұлғайған сайын, милық инсульттардың да жиілігі арта түседі, ол әсіресе еркектер арасында басымдылыққа ие.

SUMMARY

S.K. YERKEBAYEVA

Kh. A. Yasavi International Kazakh-Turkish University, Shymkent c.

ANALYSIS OF HOSPITAL DATA ON INCIDENCE AND RISK FACTORS OF STROKES IN SOUTH KAZAKHSTAN REGION

At present, stroke is the most common life-threatening neurological disease and a major cause of disability in the world.

The aim of the study is to investigate the clinical and epidemiological characteristics and risk factors of cerebral strokes (CS) in the South-Kazakhstan region.

This work presents the results of the analysis of stroke incidence in neurological in-patient departments, developed in the residents of Shymkent and the South-Kazakhstan region for 2010 and 2011.

The rise in the incidence of stroke is noted with the increase of age and with the predominance in men. After the age of 40 years, the number of strokes increases by 2 or even 3 times and more every decade, reaching the peak in the age group over 69 years.

Thus, some increase in the number of ischemic strokes in 2011 and decrease in stroke mortality in neurological in-patient departments is noted; it is observed that a significant increase in the incidence falls on the most productive period of life, and the rise in the incidence of cerebral strokes is noted with the increase in age and with the predominance in men.

УДК 616.1-053.9:616.831-005

Г.Г. БЕДЕЛЬБАЕВА, Ж.М. НУРМАХАНОВА, С.А. МУХАМБЕТЬЯРОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ И КАРДИАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

С целью выявления взаимосвязи цереброваскулярного анамнеза и выраженности кардиальной патологии у пациентов пожилого возраста использованы ЭКГ, данные эхокардиографии и суточного холтеровского мониторирования ЭКГ. Установлено, что среди пациентов с отягощенным цереброваскулярным анамнезом чаще встречаются случаи перенесенного инфаркта миокарда, стабильной стенокардии напряжения, частой наджелудочковой и желудочковой экстрасистолии и фибрилляции предсердий.

Ключевые слова: цереброваскулярный анамнез, кардиальная патология, пожилые пациенты.

Развитие методов диагностики кардиологических и неврологических заболеваний позволило установить тот факт, что целый ряд заболеваний сердца длительное время может протекать бессимптомно и проявляться инсультом [1, 2, 3, 4]. Известно, что у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) происходит снижение фракции выброса левого желудочка (ЛЖ) в ответ на острую очаговую церебральную ишемию [5]. По данным американских авторов, постинсультная кардиальная недостаточность сопряжена с увеличением риска сердечных аритмий и внезапной коронарной смерти при наличии ИБС, особенно у лиц пожилого возраста [6].

Цель исследования – выявление взаимосвязи цереброваскулярной и кардиальной патологии у пожилых больных.

Материал и методы

Обследовано 102 пациента мужского пола от 60 до 75 лет, которые были стратифицированы на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия нарушений мозгового кровообращения (НМК) по ишемическому типу в анамнезе: 1-я группа – пациенты с отягощенным цереброваскулярным анамнезом, 2-я – с неотягощенным. Критериями включения в исследование являлись наличие результатов ЭКГ, данных эхокардиографии и суточного холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ. При эхокардиографическом исследовании учитывались следующие показатели: ударный объем (УО), минутный (МО), состояние глобальной сократимости по величине фракции выброса

(ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и локальной сократимости по наличию зон а- и гипокинезии. Критерием нарушения глобальной сократимости миокарда (систолическая дисфункция) считали наличие у больного ФВ ЛЖ менее 45%. При суточном ХМ учитывалось наличие экстрасистолии, пароксизмальной наджелудочковой и желудочковой тахикардии, фибрилляции предсердий. Статистическую обработку результатов производили по программе SPSS 15.0. Результаты считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациентов 1-й группы составлял $65,2 \pm 3$ года, 2-й – $62,4 \pm 3$ года. Наличие в анамнезе цереброваскулярных нарушений по ишемическому типу выявлено у 44,5% пациентов, отсутствие – у 55,5%. Обнаружено статистически значимое преобладание случаев инфаркта миокарда у пациентов с отягощенным цереброваскулярным анамнезом ($p < 0,01$). Стенокардия напряжения II функционального класса и выше диагностирована у 69,3% пациентов без цереброваскулярных нарушений по ишемическому типу и у 96,3% с отягощенным цереброваскулярным анамнезом и преобладанием случаев стенокардии напряжения ($p < 0,01$). У пациентов с эпизодами церебральной ишемии в анамнезе нарушения ритма сердца выявлялись чаще, чем у больных с неотягощенным цереброваскулярным анамнезом.

При анализе основных видов нарушения ритма в группе с отягощенным и неотягощенным цереброваскулярным