

УДК 616.831-005.1(470.13)

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

Т.А. ЕЛКИНА*, А.С. ОСЕТРОВ**

*Коми республиканская больница, г. Сыктывкар

**Ижевская государственная медицинская академия, г.Ижевск
elkapalka1969@mail.ru

Проведено комплексное обследование 117 больных (жителей Республики Коми) в остром периоде ишемического инсульта (ИИ) с применением методов нейровизуализации, клинических оценочных, нейропсихологических шкал.

Ключевые слова: ишемический инсульт, острый период, Республика Коми, когнитивные нарушения

T.A. ELKINA, A.S. OSETRV. CLINICAL CHARACTERISTICS OF ISCHEMIC STROKE IN INHABITANTS OF THE KOMI REPUBLIC

Complex examination of 117 patients (inhabitants of the Komi Republic) at acute ischemic stroke with application of methods of neurovizualization, clinical estimation, neuropsychological scales was carried out.

Key words: ischemic stroke, acute period, the Komi Republic, cognitive disturbances

На протяжении последних десятилетий проблема мозговых инсультов (МИ), в силу своей научной, социальной и экономической значимости, является одной из важнейших проблем в клинической медицине [1–3].

Неблагоприятные климатогеографические условия для проживания и повседневной жизнедеятельности человека, в т.ч. в Республике Коми, являются факторами риска для возникновения cerebrovasкулярных заболеваний (в т.ч. ИИ). От особенностей протекания острого периода ИИ (первые три недели) в немалой степени зависят ближайшие и отдаленные постинсультные медико-социальные исходы [4].

В литературе имеются лишь единичные сведения об особенностях клинического течения острого периода ИИ больных в Республике Коми [5, 6], поэтому целью нашей работы явилось изучение клинических, параклинических, нейропсихологических характеристик, а также функциональной жизнедеятельности в остром периоде ИИ в Республике Коми, определение степени социально-трудовой адаптации больных, перенесших ИИ, для обоснования дифференцированного подхода к лечению, прогнозированию исходов острого периода ИИ, созданию индивидуальных реабилитационных программ.

Материал и методы исследования

Было обследовано 117 больных (жителей Республики Коми) в остром периоде ИИ, находившихся на стационарном лечении в Коми республиканской больнице (г. Сыктывкар), среди них: 69 мужчин и 48 женщин в возрасте от 31 до 86 лет

(средний возраст $58,5 \pm 10,2$ года), 106 (90,6%) больных с ИИ являлись жителями южных районов территории Республики Коми и 11 (9,4%) – жителями северных районов. Впервые развившийся ИИ установлен у 80 (68,4%) больных, а у 37 (31,6%) диагностирован повторный ИИ. Транзиторные ишемические атаки (ТИА) в анамнезе имелись у 42 (35,9%) человек. В первые 3 час. дебюта ИИ госпитализировано 29 (24,8%) больных, в интервале от 3 до 6 час. – 43 (36,8%), от 6 до 24 час. – 34 (29,0%), более 24 час. – 11 (9,4%) пациентов. Критериями включения больных в исследование являлись: ишемический инсульт (впервые диагностированный или повторный, в случае документально подтвержденного первого инсульта и сохранения способности к самообслуживанию и наличия незначительного неврологического дефекта после первого инсульта), острый период, отсутствие заболеваний, за счет которых могло быть обусловлено клиническое ухудшение состояния больного и появление неврологической симптоматики, способность к выполнению локомоторных функций и психологических тестов, согласие больного на участие в клиническом исследовании. Все пациенты в момент обследования находились в сознании, в стабильно тяжелом или среднетяжелом состоянии, не имели критических нарушений функций жизненно-важных органов и были доступны вербальному контакту. Исследование проводилось с согласия больных и не противоречило общепринятым этическим нормам.

Больным с ИИ был проведен комплекс обследования: КТ (на рентгеновском компьютерном томографе со спиральным сканированием «Toshiba Aquillion 128», Toshiba, Япония), МРТ головного

мозга, МР - ангиография (на томографе «Philips Ingenia» 1,5 T, Philips Healthcare, Нидерланды), дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, транскраниальное дуплексное сканирование (при помощи УЗ-сканера «Logiq P6», General Electric Healthcare, Китай), ЭКГ, трансторакальная эхокардиоскопия, ЭКГ-холтеровское мониторирование, исследование глазного дна, общеклинические и биохимические исследования, а также применялись клинические оценочные шкалы: NIHSS, шкала Orgogozo, Скандинавская шкала, шкала Гусева и Скворцовой, шкала повседневной жизнедеятельности Бартела. Оценка по клиническим шкалам производилась дважды: в острейший период (первые три дня дебюта ИИ), а также на 21-й день от начала заболевания (к окончанию острого периода ИИ). При нейропсихологическом обследовании больных с ИИ применялись краткая шкала оценки психического статуса (тест MMSE), диагностика депрессии по МКБ – 10, шкала депрессии Цунга, шкала качества ночного сна (по Я.И. Левину). При согласии пациента на осмотр психиатра проводилась консультация психиатра. Статистический анализ полученных в ходе исследования результатов проводился в специализированных приложениях: Statistica 6.0, Microsoft® Office Excel 2003 и согласно методикам, применяемым в медико-биологической статистике (за достоверные принимались различия при $p < 0,05$), также проводился корреляционный анализ.

Результаты и обсуждение

Дебют ИИ у большинства больных происходил на фоне сохраненного сознания (92,4%) и повышения АД (88,9%). В дебюте ИИ у всех 117 (100%) больных определялась пирамидная симптоматика. При этом в 22 (18,9%) случаях наблюдений она не вызвала нарушение двигательной функции и проявлялась в виде одностороннего центрального пареза мышц лица и языка, изолированно или в сочетании с одно- или двусторонним повышением глубоких рефлексов, снижением брюшных рефлексов, отдельными патологическими стопными знаками и/или рефлексом орального автоматизма.

Всем 117 пациентам с ИИ проводились нейровизуализационные исследования (КТ, МРТ головного мозга). По характеру изменений, выявленных на КТ, больные были разделены на две подгруппы: первая подгруппа – 70 пациентов (59,8%) с наличием очаговых изменений на КТ (в виде очагов пониженной плотности в веществе мозга, снижения четкости границы между белым и серым веществом, нечеткости границ коры и базальных ганглиев и др.) и вторая подгруппа – 47 пациентов (40,2%), у которых на момент исследования очаговых изменений на КТ выявлено не было, причем у 70 пациентов первой подгруппы у 10 (8,5%), кроме того, были зарегистрированы кистозно-глиозные изменения вещества головного мозга. При МРТ-исследовании, проведенных полипозиционно в режимах VE и VS в T1, T2 ВИ, FLAIR, DWI через 24 – 72 час. от момента поступления больного в стационар;

очаговые изменения в виде гипоинтенсивной на T1 ВИ и гиперинтенсивной на T2 ВИ зоны ишемии, а также патологические изменения на DWI отмечены у всех 117 (100%) больных. Выявлено инфарктов у больных с ИИ: у 21 – обширные, у 39 – большие, у 44 – средние, у 13 – малые. Атрофические изменения со стороны вещества мозга отмечены у 50 (42,7%) обследованных, а признаки внутренней и/или наружной гидроцефалии у 87 (74,4%) пациентов; корково-подкорковые очаги – в 69 (59,0%) наблюдений; наличие кистозно-глиозных изменений со стороны вещества мозга зарегистрировано в 10 (8,5%) случаев. Инфаркт мозга чаще имел локализацию в теменной доле (29,1%) и / или в подкорковых структурах (33,3%), реже – в лобной (13,7%), височной (12,0%) или затылочной (9,4%) долях; МР – ангиография в диагностическом плане произведена у 21 (17,9%) больному с ИИ, у 8 – отсутствие сигнала от артерии (отсутствие «эффекта потока» на T2 ВИ, гиперинтенсивный сосудистый сигнал в FLAIR-режиме), у 2 (9,5%) – вариант развития сосудов головного мозга в виде разомкнутого Виллизиева круга с аплазией задних соединительных артерий. Также проведенный сравнительный анализ тяжести инсульта и выраженности неврологического дефицита (по клиническим оценочным шкалам) и размеров инфарктов мозга показал следующие результаты: обширные или массивные инфаркты: шкала NIHSS $22,8 \pm 0,1$; шкала Orgogozo $23,6 \pm 0,7$; Скандинавская шкала $16,3 \pm 0,8$; шкала Гусева и Скворцовой $18,5 \pm 0,3$ – соответствуют тяжелому инульту (по критериям Х. А. Расуловой); большие инфаркты: шкала NIHSS $13,5 \pm 0,3$; шкала Orgogozo $46,8 \pm 0,4$; Скандинавская шкала $31,4 \pm 0,6$; шкала Гусева и Скворцовой $29,8 \pm 0,7$ – соответствуют тяжелому инульту; средние инфаркты: шкала NIHSS $9,3 \pm 0,3$; шкала Orgogozo $51,6 \pm 0,4$; Скандинавская шкала $39,3 \pm 0,7$; шкала Гусева и Скворцовой $33,4 \pm 0,4$ – соответствуют пограничным значениям между тяжелым и среднетяжелым инультом; малые инфаркты: шкала NIHSS $5,7 \pm 0,4$; шкала Orgogozo $58,4 \pm 0,5$; Скандинавская шкала $37,5 \pm 0,5$; шкала Гусева и Скворцовой $32,8 \pm 0,6$ – среднетяжелому инульту.

Получены достоверные различия ($p < 0,05$) по результатам оценочных шкал, а также при оценке жалоб и неврологического статуса между обширными и малыми инфарктами: у больных с ИИ с обширными инфарктами частота представленности основных жалоб, а также таких неврологических симптомов, как центральный гемипарез, нарушение высших корковых функций достоверно выше, чем у больных с ИИ с малыми инфарктами. У больных с обширными и большими инфарктами (по результатам МРТ) также достоверно чаще ($p < 0,05$) выявляются когнитивные нарушения по сравнению с больными, имеющими малые и средние очаги поражения.

Проведение корреляционного анализа по клиническим шкалам с данными нейровизуализации (МРТ) выявило, что показатель по шкале NIHSS имеет сильную прямую корреляцию с наличием обширного поражения мозга (коэффициент корреляции 0,95); умеренную прямую корреляцию с на-

личием атрофических изменений в веществе головного мозга; локализацией очага в теменной доле (соответственно, коэффициенты корреляции: 0,68 и 0,45). По шкале Orgogozo определяется сильная обратная корреляция: с наличием обширного поражения (коэффициент корреляции: -0,95); умеренная обратная корреляция – с наличием атрофических изменений в веществе головного мозга (коэффициент корреляции: -0,68), по Скандинавской шкале отмечается сильная обратная корреляция – с атрофическими изменениями в веществе головного мозга (коэффициент корреляции: -0,78); следовательно, по результатам наших исследований, более выраженному неврологическому дефициту соответствуют наличие обширного инфаркта мозга, атрофических изменений в веществе головного мозга (шкалы NIHSS, Orgogozo, Скандинавская) и локализация очага в теменной доле (шкала NIHSS).

У всех больных в остром периоде ИИ состояние церебральной гемодинамики оценивалось с помощью алгоритма комплексного ультразвукового исследования: дуплексного сканирования брахицефальных артерий, а также транскраниального дуплексного сканирования линейными датчиками 7,5 и 2,5 МГц, оценивали структурные характеристики сосуда, систолическую скорость (Vps, см/с) в СМА, ПМА, ЗМА, ПА (V4), ОА, усредненную во времени максимальную скорость (TAMX), индекс резистивности (Ri). Патологические изменения со стороны брахицефальных артерий при дуплексном сканировании определялись у 117 (100%) больных с ИИ, при этом преобладали указания: на двустороннее поражение сонных артерий атеросклеротического характера (91,5%), признаки стенозирующего атеросклероза экстракраниальных артерий (75,2%), утолщение сонных артерий (91,5%) и повышение эхогенности комплекса «интима-медиа» («внутренняя оболочка-средняя оболочка») сонных артерий (91,5%). Реже выявлялись признаки гомогенной (57,3%) или гетерогенной (18,8%) атеросклеротических бляшек, «симптомной» бляшки (23,9%), извитости сонных (35,0%) и/или позвоночных (29,1%) артерий, малого диаметра (23,1%) и/или гипоплазии одной из ПА (6,8%), пристеночного тромбообразования в ВСА (13,7%). Реконструктивное оперативное лечение на магистральных сосудах, по результатам дуплексного сканирования брахицефальных артерий, показано в 21 (17,9%) случае.

Выводы

– Острейший период ИИ больных в Республике Коми клинически и по шкале NIHSS характеризуется средней степенью тяжести, превалированием (по данным МРТ) ишемических очагов средних и больших размеров, снижением скоростных показателей кровотока в каротидном и вертебрально-базиллярном бассейнах на фоне атеросклеротического поражения БЦА (по данным ДС БЦА и ТКДС), преобладанием умеренно выраженных неврологических расстройств (по оценочным шкалам Orgogozo, Скандинавской, Гусева и Скворцовой), уме-

ренных когнитивных нарушений (по тесту MMSE), легкой или умеренной депрессии (по шкале Цунга), инсомнии (по шкале качества ночного сна), умеренной инвалидизацией (по шкале функциональной жизнедеятельности Бартела);

– К концу острого периода ИИ сохраняется средняя степень тяжести инсульта по шкале NIHSS со снижением частоты субъективных жалоб у больных, тенденцией к регрессу очаговой органической неврологической симптоматики, преобладанием незначительно выраженных неврологических нарушений (по оценочным шкалам Orgogozo, Скандинавской, Гусева и Скворцовой), незначительных когнитивных нарушений (по тесту MMSE), минимальному ограничению в функциональной жизнедеятельности (по шкале Бартела);

– Показатель тяжести инсульта по шкале NIHSS имеет сильную прямую корреляцию с возрастом больных, наличием обширного поражения головного мозга, умеренную прямую корреляцию с наличием атрофических изменений в веществе головного мозга, локализацией очага в теменной доле (по данным нейровизуализации); по шкале Orgogozo определяется сильная обратная корреляция: с возрастом больных, наличием обширного поражения головного мозга, умеренная обратная корреляция – с наличием атрофических изменений в веществе головного мозга (по данным нейровизуализации); по Скандинавской шкале отмечается сильная обратная корреляция – с атрофическими изменениями в веществе головного мозга, следовательно, более тяжелый инсульт с выраженными неврологическими проявлениями наблюдается при обширном поражении головного мозга, наличии атрофических изменений в головном мозге, локализации ишемического очага в теменной доле (по данным нейровизуализации) у пациентов старшей возрастной группы;

– По шкале Гусева и Скворцовой выявляется умеренная отрицательная корреляция с уровнем депрессии по шкале Цунга, следовательно, при более выраженных изменениях в неврологическом статусе у больных с ИИ возможно развитие более тяжелой депрессии;

– В остром периоде ИИ в Республике Коми депрессивные расстройства отмечаются у 50% пациентов и более, а инсомнические нарушения – более чем в 60% наблюдений.

Таким образом, результаты о представленности депрессии у больных в остром периоде ИИ в Республике Коми близки к данным В.И. Скворцовой и соавт. [3], отметивших наличие депрессии в остром периоде ИИ в 48% случаев в Московской популяции. В то же время, они заметно выше соответствующих показателей в зарубежной литературе [7, 8], что, возможно, отражает влияние социальной составляющей в возникновении реактивной депрессии у больных в остром периоде ИИ.

Полученные нами результаты следует учитывать при планировании и проведении комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий, вторичной профилактике у больных ИИ в Республике Коми.

Литература

1. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных действий // Журнал неврологии и психиатр., 2007. № 8. С. 4–10.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Журн. Неврологии и психиатр. Приложение «Инсульт» 2002. Вып. 5. С. 4–9.
3. Гусев Е.И., Гехт А.Б., Боголепова А.Н., Сорочкина И.Б. Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт // Журн. неврологии и психиатр. Приложение «Инсульт», 2001. Вып. 3. С. 28–31.
4. Маркин С.П. Реабилитация больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Журнал неврологии и психиатр. Приложение «Инсульт». 2010. №12. С. 41–45.
5. Заславский А. С., Пенина Г. О., Шучалин О.Г. Характеристика инсульта по данным ГУ РК «Коми республиканская больница» / Неотложные состояния в неврологии: труды Национального конгресса «Неотложные состояния в неврологии» / Под ред. З.А.Суслиной, М.А. Пирадова (Москва, 2-3 декабря 2009 г.). М., 2009. С. 307.
6. Сахаров В.Ю. Когнитивные нарушения у больных ишемическим инсультом // «Сосудистая патология нервной системы»: материалы IX Всероссийского съезда неврологов (Ярославль, 29 мая – 2 июня 2006 г.). Ярославль, 2006. С. 62.
7. Berg A., Palomaki H., Lehtihalmes M et al. Poststroke depression in acute phase after stroke// Cerebrovasc. Dis. 2001. Vol. 12. N. 1. P. 14–20.
8. Ramasubbu R., Robinson R.G., Flint A.J. et al. Functional impairment associated with acute poststroke depression: the Stroke Data Bank Study // J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci. 1998. Vol. 10. N.1. P. 26–33.

References

1. E.I.Gusev, V.I.Skvortsova, L.V.Stakhovskaya. A stroke problem in the Russian Federation: time of active actions// Zhurnal nevrologii i psikiatr., 2007. No. 8. P. 4-10/ (in Russian)
2. E.I.Gusev, V.I.Skvortsova, L.V.Stakhovskaya. Epidemiology of stroke in Russia// Zhurnal nevrologii i psikiatr. Prilozhenie "Insult". 2002. Issue 5. P. 4-9. (in Russian)
3. E.I.Gusev, A.B.Gekhht, A.N.Bogolepova, I.B.Sorochkina. Peculiarities of depressive syndrome in patients who have had an ischemic stroke// Zhurnal nevrologii i psikiatr. Prilozhenie "Insult". 2001. Issue 3. P. 28-31. (in Russian)
4. S.P.Markin. Rehabilitation of patients with acute stroke// Zhurnal nevrologii i psikiatr. Insult. 2010. No. 12. P. 41-45. (in Russian)
5. A.S.Zaslavsky, G.O.Penina, O.G.Shuchalin. The characteristic of a stroke according to "Komi republican hospital"// Urgent conditions in neurology: trudy Natsionalnogo kongressa "Neotlozhniye sostoyaniya v nevrologii/ Ed. Z.A.Suslina, M.A.Piradov (Moscow, December 2-3, 2009). M., 2009. P. 307. (in Russian)
6. V.Yu.Sakharov. Cognitive disturbances in patients with ischemic stroke// "Sosudistaya patologiya nervnoi sistemy": materialy IX Vserossiiskogo s'ezda nevrologov (Yaroslavl, May 29 – June 2, 2006). Yaroslavl, 2006. P. 62 (in Russian)
7. A.Berg, H.Palomaki, M.Lehtihalmes et al. Post-stroke depression in acute phase after stroke// Cerebrovasc. Dis. 2001. Vol. 12. No. 1. P. 14-20.
8. R.Ramasubbu, R.G.Robinson, A.J.Flint et al. Functional impairment associated with acute poststroke depression: the Stroke Data Bank Study// J. Neuropsychiatry. Clin. Neurosci. – 1998. Vol. 10. No. 1. P. 26-33.

Статья поступила в редакцию 31.06.2013.