

© Т.А.Елкина, Г.О.Пенина, 2005.

Т.А.Елкина, Г.О.Пенина

ХАРАКТЕРИСТИКА ИШЕМИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ У ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КОМИ

*ГУ РК «Коми республиканская больница», Коми филиал КГМА
Сыктывкар, Россия*

Аннотация

В условиях реанимационного и неврологического отделений методом сплошного исследования нами были изучены данные обо всех пациентах, госпитализировавшихся в стационар по поводу ишемического инсульта в течение 2005 года. Группа обследованных пациентов включала 33 человека, обоюбого пола (20 мужчин, 13 женщин) в возрасте от 31 до 77 лет. Выраженность неврологического дефицита у пациентов зависит не только от размеров, но и от локализации очага ишемии. В большинстве рассматриваемых случаев (79%) причиной инсульта, было атеросклеротическое поражение сосудов. Выраженность депрессии зависит от степени неврологического дефицита, но ее формирование возможно только при достаточно сохранных когнитивных функциях.

Ключевые слова: ишемический инсульт, депрессия, когнитивный дефицит, атеросклероз, Республика Коми.

Заболевания сердечно-сосудистой системы занимают первое место среди причин смертности, опережая смерть от аварий и рака в индустриально-развитых странах. В возрасте до 45 лет частота составляет 0,3%, в 45-65 свыше 8% и старше 65 лет - от 20% и выше (пятая часть). Ежегодная частота инфаркта мозга составляет 2,7% (для мужчин) и 2,1% (для женщин) [2, 4]. В последнее время отмечается бурное развитие знаний об инсультах: внедряются безопасные и высоко информативные методики исследования сосудов мозга, широко изучаются новые методы лечения. При этом необходимо учитывать, что госпитализируются, в основном, пациенты с тяжелым течением инсульта, поэтому часть больных с небольшими корковыми и стволовыми инфарктами не попадают в стационар, а некоторые из них и вовсе «выпадают» из поля зрения неврологов [2, 6].

Целью настоящей работы было исследование особенностей клинического течения ишемического инсульта у жителей Республики Коми. Ранее подобное исследование в республике не проводилось. В течение последних пяти лет в республиканском неврологическом отделении находилось на лечении не менее двухсот пациентов с диагнозом острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу, из них не менее 15% - с повторным ишемическим ОНМК.

В условиях реанимационного и неврологического отделений Коми республиканской больницы методом сплошного исследования нами были изучены данные обо всех пациентах, госпитализировавшихся в стационар по поводу ишемического инсульта в течение 2005 года. Мы оценивали степень неврологического дефицита в зависимости от размеров и локализации очага поражения, а также выраженность депрессии, когнитивных расстройств у данной группы больных. Наряду с обычным неврологическим обследованием для объективизации оценки неврологического дефицита нами использовались стандартные оценочные шкалы: Скандинавская шкала (Skandinavian Stroke Group, 1985 г.), шкала Orgogozo J. M., шкала NIH (Adams H. P., Biller J., 1989 г.), шкала Bartel D. W., 1965 г. [2, 7]. Выраженность когнитивных нарушений оценивалась по краткой шкале оценки психического статуса (mini-mental) [3, 8]. Выраженность депрессии - по стандартным шкалам (опросник CES-D) [1]. Пациентам проводились общие клинические исследования, изучались их биохимические показатели и липидный профиль. Всем больным

проводилась магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, части из них - МРТ - ангиография сосудов головного мозга. Для оценки кровотока также использовалось ультразвуковое доплерографическое исследование сосудов головы и шеи [5, 6].

Группа обследованных пациентов включала 33 человека, обоюбого пола (20 мужчин, 13 женщин) в возрасте от 31 до 77 лет. В 28-ми случаях диагноз острого нарушения мозгового кровообращения был установлен сразу же, и лечение было начато в первые часы. В 4-х случаях диагноз был выставлен ретроспективно, и лечение было начато позже (через 14 дней). У 10-ти человек острое нарушение мозгового кровообращения ишемического типа было зафиксировано в вертебробазиллярном бассейне, у 10-ти - в бассейне средней мозговой артерии слева, у 11-ти - в бассейне средней мозговой артерии справа. В 2-х случаях визуализировать очаг не удалось, диагноз был установлен клинически.

Число баллов, набранных пациентами при балльной оценке по Скандинавской шкале, составило от 8-ми до 60-ти, в большинстве случаев - у 67% больных - 30 баллов и выше при норме 60, что соответствует умеренному неврологическому дефициту. Эти результаты подтверждаются также данными исследования состояния пациентов при помощи других шкал. Так, при оценке по шкале Orgogozo J. M. общее число баллов, набранных пациентами, колебалось от 10 до 80 баллов, в среднем составляя 47 баллов. Балльная оценка по шкале NIH дала колебания от 3 до 17 баллов, а исследование по шкале Bartel D. W., 1965 г. - от 25 до 100 баллов, при этом 14 из 33-х больных (45%) набрали более 70-ти баллов.

Изучение когнитивных нарушений при помощи краткой шкалы оценки психического статуса показало, что общее число набранных баллов колеблется у пациентов в широких пределах от 0 до 28-ми баллов (при этом меньший балл соответствует более грубым когнитивным нарушениям), составляя, в среднем, 18 баллов. Исследование депрессии по шкале CES-D выявило у 5-ти больных признаки умеренной депрессии, у двух пациенток - тяжелой. При этом все больные с депрессиями имели высокий балл по шкале оценки психического статуса

Изучение результатов биохимических исследований показало, что нарушения липидного обмена выявлялись только у 12-ти пациентов (36% обследованных), при

этом наиболее часто встречались 2а и 2б типы дислипидемии. Интересно, что по результатам ультразвукового доплерографического исследования, выполненного 24-м пациентам, признаки атеросклеротического поражения артерий, питающих головной мозг, были обнаружены у 19-ти пациентов (79%). Из них признаки выраженного поражения артерий были выявлены у 25%, признаки умеренного поражения артерий – у 50%, в остальных случаях отмечено начальное поражение экстракраниальных артерий. Кроме того, у 13-ти пациентов (39%) выявлена патологическая извитость позвоночных артерий. Ни у одного больного не было выявлено гемодинамически значимой окклюзии внутренней сонной артерии, хотя в 12-ти случаях была обнаружена «симптомная» гетерогенная бляшка в гомолатеральной внутренней сонной артерии (вероятнее всего, инсульт у этих больных протекал по типу атероземболии). При электроэнцефалографии, произведенной 21-му больному, у 13-ти пациентов (62%) зарегистрированы изменения, выражающиеся в диффузной дезорганизации биоритмики мозга, уплощении или отсутствии альфа-ритма. Использование нейровизуализации (магнитно-резонансная томография) выявило патологию у 31 пациента. При этом у 21-го больного (64%) выявлено диффузно-очаговое поражение головного мозга, у 25-ти пациентов (75%) были отмечены признаки гидроцефалии, у 15-ти из них - признаки атрофии вещества головного мозга. Также у 12-ти обследованных (36%) выявлено крупноочаговое поражение вещества головного мозга, причем размеры очагов варьировали от 30х40 мм до 90х68 мм.

Сопоставление результатов балльного исследования с данными нейровизуализации показывает, что грубые когнитивные нарушения наблюдались нами, в основном, у больных с явлениями атрофии вещества головного мозга (по данным МРТ), а также у лиц с обширным очаговым поражением. Так, у обследованного нами больного с обширным (по результатам МРТ) очагом в левой височной и теменной областях доминантного полушария был отмечен выраженный когнитивный дефицит (дезоринтирован в пространстве, собственной личности, имеются речевые нарушения, расстроено внимание). Когнитивные нарушения у этого пациента не сопровождалась выраженными неврологическими расстройствами (нами отмечены только легкие чувствительные нарушения, не было выявлено парезов, больной имел высокий балл по Скандинавской и др. шкалам). Вероятно, в данном случае большее значение имела локализация, а не размеры очага.

Сопоставление клинических данных и результатов нейровизуализации с результатами оценки депрессии по шкале CES-D свидетельствует о том, что вероятно, выраженность неврологического дефекта и влияет на выраженность депрессии. Так, больная с тяжелой, по результатам балльной оценки, депрессией имела выраженный неврологический дефицит: глубокий гемипарез (оценка по Скандинавской шкале 6 баллов), крупноочаговое поражение головного мозга по данным МРТ (90х68 мм) с локализацией очага в

недоминантном (правом) полушарии. Отметим, что при локализации очага в доминантном полушарии депрессия не бывает выраженной. Так, под нашим наблюдением находится больной, у которого после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения в левом каротидном бассейне (доминантное полушарие) развилась эйфория, снизилась критика к своему состоянию.

Таким образом, результаты нашего исследования показывают, что выраженность неврологического дефицита у пациентов, перенесших ишемический инсульт, зависит не только от размеров, но, в большей степени, от локализации очага ишемии. В большинстве рассматриваемых случаев (79%) причиной, приведшей к развитию инсульта, было атеросклеротическое поражение сосудов (по данным ультразвуковой доплерографии и биохимического исследования). Степень выраженности атеросклеротического поражения артерий не всегда коррелирует с лабораторными данными (при нормальных лабораторных показателях у части больных имелись признаки умеренно выраженного и выраженного поражения артерий). По нашим данным, выраженность депрессии зависит от степени неврологического дефицита. При этом формирование депрессии возможно только при достаточно сохранных когнитивных функциях. Ретроспективно, опираясь на данные нейровизуализации, можно утверждать, что у ряда пациентов развитию инсульта предшествовала энцефалопатия корково-подкоркового (Бинсвангеровского) типа.

В дальнейшем мы планируем продолжить изучение этой актуальной проблемы, поскольку ишемические инсульты «молодеют» и число их растет.

Список литературы

1. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л., Дюкова Г.М. Депрессия в неврологической практике. М., 1998; 128 с.
2. Гусев Е. И., Скворцова В. И., Чекнева Н. С. и др. Лечение острого мозгового инсульта (диагностические и терапевтические алгоритмы). Учебно-методическая литература. М., 1997.
3. Дамулин И.В. Болезнь Альцгеймера и сосудистая деменция /Под ред. Н.Н.Яхно. М., 2002; 85 с.
4. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Калашникова Л.А., Шапаронова Н.В. Ранняя реабилитация больных с нарушениями мозгового кровообращения. // Невролгич.журн.–1997– №1– С. 24 - 27
5. Кистлер Дж. Ф., Роппер А. Х., Мартин Дж. Б. Сосудистые заболевания головного мозга. Внутренние болезни, т. 10: 44-107.
6. Неврология. Под ред. М. Самуэльса. М., 1997.
7. Folkes M.A., Wolf P.A., Price T.R. et al. The stroke data bank: design, methods, and baseline characteristics. // Stroke–1988–V.19,N5–P.547–552
8. Corey-Bloom J, Thal LJ, Galasko D et al. Diagnosis and evaluation of dementia. Neurology 1995; 45: 211–218

T.A.Elkina, G.O.Penina

The CHARACTERISTIC OF THE ISCHEMIC STROKE AT INHABITANTS OF KOMI REPUBLIC
SE RK «Komi republican hospital», Komi branch KGMA

We have analyzed the data about the patients with an ischemic stroke, who were hospitalized in the neurological branches within 2005 by the method of continuous research. The group included the 33 persons (20 men, 13 women) in the age from 31 to 77 years. Expressiveness of neurological deficiency at the patients depends not only on the sizes, but also from the localization of the center of an ischemia. The reason of the stroke was atherosclerotic defeat of vessels in the majority of cases (79%). Expressiveness of depression depends on a degree of neurological deficiency, but formation of depression is possible only at enough safe cognitive functions.

Key words: an ischemic stroke, depression, cognitive deficiency, an atherosclerosis, Komi Republic

E-mail: penina@rol.ru