

Клинико-неврологические особенности острого периода повторного мозгового ишемического полушарного инсульта

А.А. Козелкин, С.А. Медведкова, А.А. Кузнецов, Л.В. Новикова
Запорожский государственный медицинский университет

Резюме. В статье описаны клинико-неврологические особенности острого периода повторного мозгового ишемического полушарного инсульта (МИПИ). Тяжесть течения повторного МИПИ зависела от объема очага поражения, полушарной локализации и бассейна развития МИПИ. Наиболее значимыми факторами развития МИПИ стали: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и мерцательная аритмия, ожирение. В группе с повторным МИПИ прослеживалась тенденция к увеличению вторичной профилактики у 75% больных в сравнении с первичными МИПИ, где она проводилась у 35,5% пациентов.

Ключевые слова: клинико-неврологические особенности острого периода, повторный мозговой ишемический полушарный инсульт, профилактика.

Острые цереброваскулярные заболевания и, в частности, самая распространенная их форма, мозговой ишемический инсульт остаются одной из важнейших проблем клинической медицины в связи с лидирующими позициями в структуре заболеваемости, инвалидизации и смертности. По данным ВОЗ в 2012 году в мире умерло более 6 млн человек от инсульта, что составило 10,8% от общей смертности населения. В Украине каждые 4-5 минут регистрируется инсульт, который занимает второе место среди болезней с летальным исходом и первое среди причин стойкой утраты трудоспособности. Лишь 5-10% перенесших инсульт возвращаются к привычному для них труду. Причем актуальность проблемы обусловлена также и тем, что в 25-30% после первичного мозгового инсульта в течение года развивается повторный.

Цель работы - изучение клинико-неврологических особенностей острого периода повторного мозгового ишемического полушарного инсульта (МИПИ).

Задачами исследования являлись:

- определить особенности клинического течения

острого периода повторного МИПИ и его исход в зависимости от первичной локализации очага поражения;

- провести сравнительный анализ и прогностическую оценку основных факторов риска у лиц с первичным и повторным МИПИ;
- проанализировать роль профилактики в развитии как первичного, так и повторного МИПИ.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач нами проведено клинико-неврологическое, лабораторное и инструментальное обследование 66 больных с ишемическим инсультом, возрастом от 45 до 85 лет, которые находились на стационарном лечении в инсультном отделении городского ангионеврологического центра, клинической базы кафедры нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета. Основную группу наблюдения составили больные в остром периоде повторного МИПИ, среди которых, у 54% повторный МИПИ локализовался в ипсилатеральном каротидном бассейне относительно первичного очага, а у 46% - в контрлатераль-

ном каротидном бассейне. Средний возраст больных – 70 лет. В контрольную группу наблюдения вошли пациенты в остром периоде первичного МИПИ, средний возраст которых составил 65 лет.

Основными критериями включения больных были: возраст от 45 до 85 лет и клиническо-томографическое подтверждение полушарного инсульта, а также отсутствие соматически декомпенсированной патологии, онкологических заболеваний в анамнезе, сахарного диабета.

Клиническое обследование пациентов включало анализ жалоб, детальный анамнез заболевания, с акцентом на дебют заболевания, темпы развития, цифры АД, соблюдение профилактических мероприятий и их объем. Изучение динамики объективного соматического и неврологического статуса проводилось с оценкой степени тяжести по шкале NIHSS (до 8 баллов – легкая степень, 9-12 баллов – средняя степень, 13-15 баллов – тяжелая степень и от 16 до 34 – крайне тяжелая степень) на 1, 3, 5, 10 и 15 сутки, а исход острого МИПИ оценивался по модифицированной шкале Рэнкин.

Диагноз мозговой инсульт основывался на критериях ВОЗ, результатах нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга) повторный инсульт – в дополнение подтвержденная на нейровизуализации киста головного мозга и данные из медицинской документации, которая подтверждала диагноз первичного инсульта, его локализацию, сроки возникновения, и исход. Больным также проводились и лабораторные методы исследования (ОАК, коагулограмма, липидный спектр крови). Полученные данные обрабатывались в программе Excel и Statistica 6,0 с использованием критерия достоверности Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение

Клиническое исследование пациентов показало, что дебют и первичного, и повторного МИПИ характеризовался либо очаговым неврологическим дефицитом, который был преобладающим в 95-96% и проявлялся центральным парезом VII и XII пар ЧМН, наличием двигательных нарушений, появлением патологических рефлексов и чувствительных расстройств, либо сочетанием очагового неврологического дефицита и общемозгового синдрома (рис. 1).

Основным подтипом инсульта в двух группах наблюдения стал атеротромботический, в



Рисунок 1 Дебют мозгового полушарного инсульта



Рисунок 2 Подтипы мозгового ишемического полушарного инсульта



Рисунок 3 Темпы развития мозгового ишемического полушарного инсульта

36-39% был зафиксирован кардиоэмболический подтип инсульта, 5-7% составил лакунарный подтип и только в 2% в группе с первичным МИПИ был выявлен гемодинамический инсульт (рис. 2).

Доминантным было острое начало заболевания, которое характеризовалось внезапным появлением в течение нескольких минут – часов стойкой неврологической симптоматики, в меньшей степени проявлялось подострое

начало, для которого характерно появление ОНД за более продолжительное время и ступенчатое течение, составляющее всего 2,5% было в группе первичных инсультов (рис. 3).

Изучая показатели АД в дебюте МИПИ достоверных отличий между изучаемыми группами наблюдения не было, и у преобладающего количества больных (более 80%) были зафиксированы цифры АД 140/90 мм рт.ст. и выше, что указывает на ведущую роль артериальной гипертензии в развитии МИПИ (рис. 4).



Рисунок 4 Показатели АД в дебюте мозгового ишемического полушарного инсульта

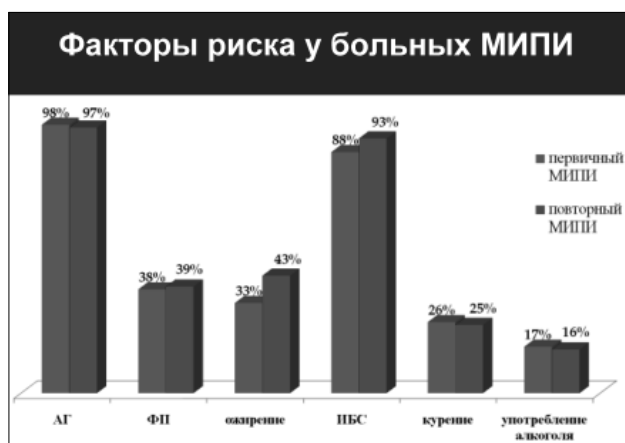


Рисунок 5 Факторы риска у больных МИПИ



Рисунок 6 Сроки возникновения повторного МИПИ

Основными факторами риска в обеих группах наблюдения стали: АГ, ИБС, фибрилляция предсердий, ожирение, курение и употребление алкоголя (рис. 5).

В группе больных с контралатеральным каротидным бассейном, повторный инсульт как правило развивался спустя 7-12 месяцев от первичного эпизода острой мозговой дисгемии, в отличие от повторного МИПИ ипсилатеральной локализации, который возникал через 12 и более месяцев после первичного инсульта (рис. 6).

При повторном МИПИ доминировало поражение контралатерального каротидного бассейна в группе повторных правополушарных инсультов и ипсилатерального каротидного бассейна в группе с повторным левополушарным инсультом (рис. 7).

Сравнивая тяжесть состояния больных в динамике острого периода МИПИ отмечалась тенденция более высокого среднего балла по шкале NIHSS в группе повторных инсультов в сравнении с первичными в среднем на 12% во все периоды наблюдения (рис. 8).

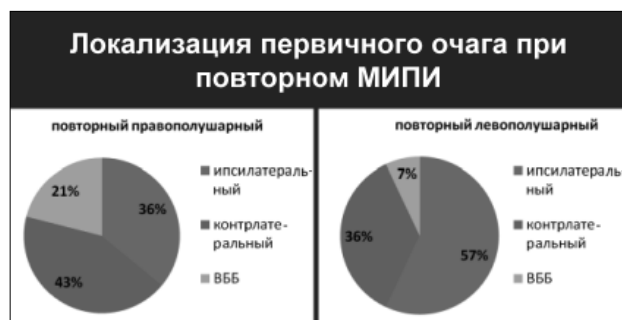


Рисунок 7 Локализация первичного очага при повторном МИПИ



Рисунок 8 Средний балл по шкале NIHSS в динамике у больных МИПИ

Отличалось и течение повторного МИПИ в зависимости от полушарной локализации: более высокий средний балл по шкале NIHSS отмечался у больных с правополушарной ло-

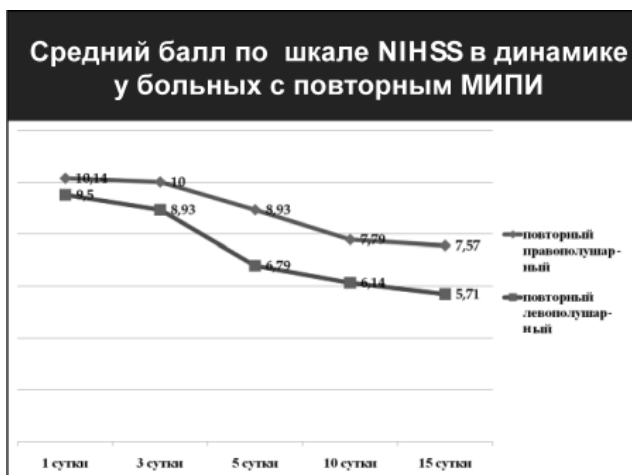


Рисунок 9 Средний балл по шкале NIHSS в динамике у больных с повторным МИПИ



Рисунок 10 Динамика тяжести состояния по шкале NIHSS у больных с повторным МИПИ

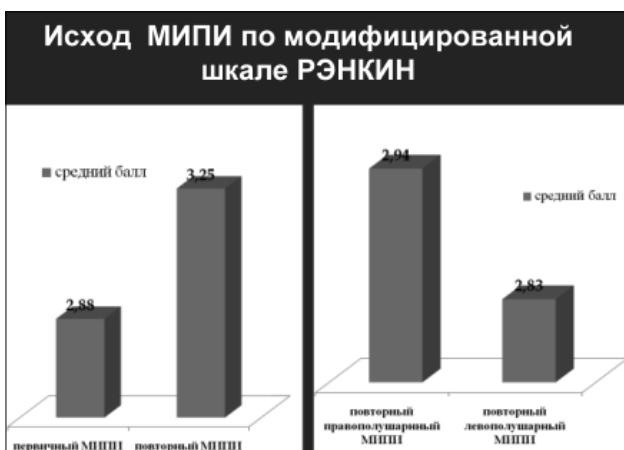


Рисунок 11 Исход МИПИ по модифицированной шкале РЭНКИН

кализацией повторного МИПИ и превышал таковой с левополушарной локализацией на 16,9% (рис. 9).

Анализ показателей шкалы NIHSS в основной группе наблюдения свидетельствует о более высоком среднем балле в группе больных, первичный очаг МИПИ которых локализовался в КЛКБ по сравнению с больными, очаг острой церебральной ишемии которых локализовался в ИЛКБ на 25% (рис. 10).

Таким образом, средний суммарный балл по шкале NIHSS у больных в 1-е сутки повторного МИПИ в КЛКБ составил $11,45 \pm 1,25$ баллов, повторного МИПИ в ИЛКБ – $9,08 \pm 0,5$ баллов; первичного МИПИ – $8,95 \pm 0,51$ баллов; на 15-е сутки острого периода заболевания значения среднего суммарного балла по шкале NIHSS в исследуемых группах составили $7,73 \pm 1,25$ балла, $5,92 \pm 0,96$ балла, $5,59 \pm 0,60$ баллов соответственно.

В группе повторных МИПИ средний балл по шкале Рэнкин превышал таковой показатель в группе первичных инсультов на 11%; в группе повторных инсультов правополушарной локализации – на 4% выше, чем в группе с локализацией патологического очага в бассейне левой внутренней сонной артерии (рис. 11).

Повторный МИПИ с первичным очагом в контрлатеральном полушарии характеризовался более высоким баллом по МШ Рэнкин в сравнении с МИПИ ипсилатеральной локализации на 14% (рис. 12).

Средний балл по шкале NIHSS и Рэнкин зависел и от объема очага поражения. Прослеживалась прямая зависимость между объемом очага, тяжестью состояния больных и исходом заболевания (рис. 13).



Рисунок 12 Исход МИПИ по модифицированной шкале РЭНКИН

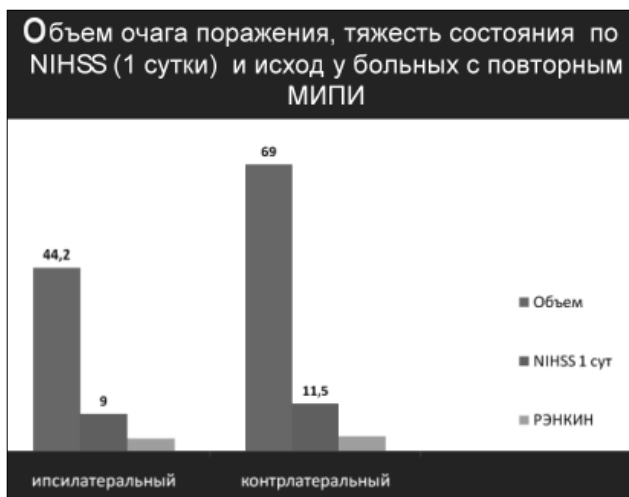


Рисунок 13 Объем очага поражения, тяжесть состояния по NIHSS и исход у больных с повторным МИПИ

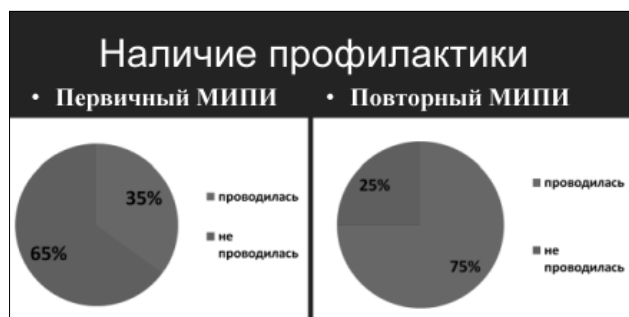


Рисунок 14 Наличие профилактики

Из общего количества больных в группе с первичным инсультом профилактика проводилась у 35,5%, а в группе с повторными инсультами – у 75%. Главный способ предупреждения повторного инсульта – это соблюдение

вторичной профилактики, однако, не взирая на это, в группах исследования остается довольно весомый процент больных, которым не проводилась профилактика вообще, что, вероятно и послужило у них причиной развития повторного инсульта (рис. 14).

Выводы

1. Таким образом, тяжесть течения повторного МИПИ зависела от объема очага поражения, полушарной локализации и бассейна развития МИПИ. Развитие повторного МИПИ в КЛКБ и правополушарной локализации характеризовалось более тяжелым течением и худшим медико-социальным исходом острого периода заболевания в сравнении с пациентами с повторным МИПИ левополушарной локализации и больными, первичный очаг острой церебральной ишемии у которых локализовался в ИЛКБ.
2. Наиболее значимыми факторами развития МИПИ стали: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и мерцательная аритмия, ожирение.
3. В группе с повторным МИПИ прослеживалась тенденция к увеличению вторичной профилактики у 75% больных в сравнении с первичными МИПИ, где она проводилась у 35,5% пациентов, но не взирая на это, остается еще весомый процент больных, которым не проводилась профилактика вообще.

(Надійшла до редакції 08.01.2014 р.)

CLINICAL AND NEUROLOGICAL FEATURES OF ACUITY OF RECURRENT HEMISPHERIC ISCHEMIC STROKE A.A. Kozelkin, S.A. Medvedkova, A.A. Kuznetsov, L.V. Novikova

Summary

The article describes the clinical and neurological features of acuity of recurrent hemispheric ischemic stroke. The severity of the recurrent hemispheric ischemic stroke depended on the extent of diseased area, hemispheric localization, and territory of development of the disease. Hypertension, coronary heart disease, atrial fibrillation, and obesity were the most significant factors in development of the disease. In a group with recurrent hemispheric ischemic stroke, increase of secondary prevention in 75% of patients compared with primary hemispheric ischemic stroke with prevention in 35.5% of patients was observed.

Keywords: clinical and neurological features of acuity, recurrent hemispheric ischemic stroke, prevention.