

А.М. Кондыбаева¹, Г.А. Дуцанова², К.К. Кужибаяева¹, Ж.Б. Дюсембаева³, Г.А. Умутбаева³

¹КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, кафедра неврологии №2 с курсом нейрохирургии

²Южно-Казахстанская Медицинская Академия, кафедра неврологии, психиатрии и психологии

³ГКБ№7, нейроинсультное отделение №1

ОСОБЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ГОСПИТАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ

Проведено обследование 45 больных с ишемическим инсультом, проходивших стационарное лечение в нейроинсультном отделении ГКБ №7 города Алматы. У всех пациентов проводили тщательное изучение симптомов развития заболевания, анализ семейного и индивидуального анамнеза с уточнением всех возможных факторов риска. Соматический и неврологический статусы исследовали по общепринятой методике.

Ключевые слова: ишемический инсульт, атеротромботический инсульт, кардиоэмболический инсульт, лакунарный инсульт

Ежегодно инсульт развивается у 0,2% всего населения земного шара и примерно в одной трети случаев приводит к летальному исходу [1,2]. Расчеты, основанные на данных регистрации новых случаев заболевания в различных регионах нашей страны с учетом заболеваемости городского и сельского населения, позволяет ориентировочно оценить, сколько инсультов происходит ежегодно в РК. Их количество составляет около 49 тысяч, причем лишь 10 - 15% инсультов оказывается относительно легкими, и заканчиваются восстановлением нарушенных функций, а в остальных случаях пациенты имеют стойкий неврологический дефицит в виде расстройства движений, речи и когнитивных функций, приводящие к инвалидизации.

Многие исследователи отмечают, что 60%-80% всех ишемических инсультов (ИИ) имеют такие факторы риска, как артериальная гипертензия (АГ), гиперхолестеринемия, курение, стеноз сонной артерии, сахарный диабет (СД), мерцание предсердий неревматической этиологии [4,5,6].

Инсульт может поражать людей любого возраста, хотя частота и распространенность этого заболевания резко возрастают с возрастом. Из всех инсультов примерно 65% приходится на тех, кто старше 65 лет. Вместе с тем в последние четверть века увеличилась заболеваемость ИИ среди лиц молодого возраста. По данным Иллариошкина С.Н. [3] частота инсульта в молодом возрасте, колеблется от 2,5 до 10% в популяции, при этом среди ИИ у больных молодого возраста, важное место занимают наследственные сосудистые заболевания. По данным европейских эпидемиологических исследований инсульт в молодом возрасте составляет около 13 случаев на 100 000 в год в странах с высоким уровнем доходов [4,5,6].

Актуальность проблемы инсульта молодого и среднего возраста состоит в том, что эти пациенты находятся в трудоспособном возрасте, поэтому инсульт затрагивает несколько областей жизни, от повседневных бытовых задач и заканчивая стратегическими жизненными целями. Из-за утраты функции нервной системы больной вынужден заново приобретать базовые человеческие навыки. Поэтому своевременная диагностика причины инсульта в остром периоде имеет решающее значение, так как от этого зависит тактика ведения пациента и прогноз.

Патогенетические механизмы приводящие к инсульту у лиц молодого и среднего возраста отличаются от таковых у пожилых людей, а в некоторых случаях остаются невыясненными. Исходя из этого изучение факторов риска инсульта у лиц молодого и среднего возраста представляет интерес [7].

ИИ возникает, вследствие внезапной окклюзии артериального кровоснабжения части мозга и чаще всего проявляется очаговыми неврологическими нарушениями. Клинический синдром, который складывается на основании анамнеза и осмотра, а также характер инсульта, о котором мы судим по данным КТ или МРТ головного мозга в остром периоде, часто позволяют предположить вероятную причину инфаркта мозга или внутримозгового кровоизлияния, однако для уточнения часто требуются специальные методы исследования.

Наиболее распространенными причинами ИИ являются: кардиогенная эмболия, атеротромбоз или артериоэмболия из крупных артерий, атеросклероз или липогиалиноз мелких артерий, другие поражения артерий, например диссекция или артериит, заболевания крови, приводящие к развитию гиперкоагуляционного синдрома. По данным разных авторов частота атеротромботического инсульта составляет всего 15-48% (намного меньше, чем при ИБС), лакунарные инсульты с поражением сосудов малого калибра встречается в 10-34% среди всех ИИ [8,9,10,11,12]. Кардиоэмболический инсульт составляет 14-30% от всех церебральных инфарктов [8,9].

В 2017г. только по городу Алматы с количеством взрослого населения 1327136 произошло 3293 инсульта. При этом стационарная летальность составила 10,5% (433) и в первые сутки с момента поступления в стационар умерли 47,8% (207) больных. Летальность от инсульта в течении 1 месяца после выписки из стационара составила 5,4% (222).

Цель исследования: изучение особенностей инсульта в различных возрастных группах госпитальных больных.

Материал и методы. У всех пациентов проводили тщательное изучение симптомов развития заболевания, анализ семейного и индивидуального анамнеза с уточнением всех возможных факторов риска. Соматический и неврологический статусы исследовали по общепринятой методике.

Для формализованной оценки неврологического дефицита с целью статистической обработки клинических данных, использовалась общепринятая шкала инсульта Национального института здоровья США (NIHSS) [Brott T., Adams H.P. Jr., 1989], по которой легкому инсульту соответствовала оценка от 1 до 7 баллов, инсульту средней тяжести - от 8 баллов до 16 баллов включительно, и тяжелому инсульту - свыше 16 баллов. Оценка неврологического статуса по NIHSS проводилась при поступлении пациента и на 7-е сутки. С целью верификации ишемического очага, уточнения его размеров и локализации всем пациентам при поступлении выполнялось КТ/МРТ-исследование, позволяющее уже в первые минуты от начала заболевания выявить признаки церебральной ишемии.

Для уточнения патогенетического варианта ИИ согласно критериям TOAST [Adams H.P. et al., 1993] были применены следующие методы обследования. При поступлении исследовали: биохимический анализ крови с определением уровня холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности с целью выявления дислипидемии; определение глюкозы крови; развернутая коагулограмма для оценки состояния реологических свойств крови; дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий и транскраниальное дуплексное сканирование артерий основания головного мозга для выявления патологии экстра- и интракраниальных артерий. За время пребывания в стационаре, в плановом порядке проводили обследования: глюкозотолерантный тест, для выявления сахарного диабета или нарушения толерантности к углеводам; обследование на антифосфолипидный синдром, на наличие системных заболеваний, анализ крови на гомоцистеин; ЭКГ, при необходимости - ЭхоКГ сердца.

Группу сравнения составили 45 людей идентичных по возрасту и полу без сосудистых заболеваний головного мозга.

Критериями включения больных в исследование были: инфаркт мозга со степенью тяжести по шкале NIHSS от 2 до 16 баллов (средний показатель составил $6,8 \pm 6,0$).

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ Stata (Stata Corp.)

Результаты. Мы провели обследование 45 больных с ИИ, проходивших стационарное лечение в нейроинсультном отделении ГКБ №7 города Алматы. Пациенты были разделены на три группы, по патогенетической классификации TOAST [9], включающие: атеротромботический инсульт (АТИ) вследствие атеросклероза крупных артерий, кардиоэмболический инсульт (КЭИ) причиной которых были сердечные заболевания и лакунарный инсульт (ЛИ), связанный с поражением артерий мелкого калибра (таблица 1). Достоверных, надежных и стандартизированных критериев диагностики подтипов ИИ также как и ТИА (транзиторных ишемических атак) не существует. Каждый из подтипов ИИ ставился на основании анализа клинических проявлений, факторов его риска и данных дополнительных методов исследования, соответствующих очагам инфаркта мозга.

Таблица 1 - Распределение пациентов с различными подтипами ишемического инсульта по полу и возрасту

Подтип инсульта	Возраст					
	до 49 лет		50-59 лет		60-69 лет	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Кардиоэмболический (11) 24,4%	0	1(2,2)	3(6,6)	3(6,6)	2(4,4%)	2(4,4%)
Атеротромботический (23) 51,1%	0	0	6(13,2)	4(8,9%)	8(17,7%)	5(11%)
Лакунарный (11) 24,4%	2(4,4%)	3(6,6)	2(4,4%)	1(2,2)	2(4,4%)	1(2,2)
	2 (4,4%)	4 (8,9%)	11 (24,4%)	8 (17,7%)	12 (26.6%)	8 (17,7%)
Всего	(13,3%)		(42,2%)		(44,4%)	

Обследуемая группа состояла из 25 мужчин – 55,6%, 20 женщин - 44,4%, Возраст пациентов составил от 40 до 69 лет, средний 62,2 ±11.2 лет. В зависимости от возраста пациенты были разделены на три подгруппы: 1) подгруппа до 49 лет, среди которых доля пациентов молодого возраста до 44 лет составила 6,7%; 2) подгруппа 50 – 59 лет; 3) подгруппа 60 – 69 лет.(Рисунок 1.)



Рисунок 1- Структура ишемического инсульта по полу и возрасту

Среди обследованных больных в 51,1% случае выявлен атеротромботический подтип ишемического инсульта 31,1% (14) мужчин и 20% (9) женщин. Обращает на себя внимание, что в первой подгруппе больных до 49 лет не было пациентов с атеротромботическим инсультом, все пациенты были старше 50 лет причем в возрастной группе старше 60 лет их было больше чем в группе до 59 лет 28,9% (13) и 22,2% (10) соответственно. В этих подгруппах среди мужчин атеротромботический подтип инсульта встречался чаще, чем у женщин 30,8% и 19,8% соответственно. Атеротромботический подтип инсульта был выставлен у больных на основании клинических проявлений, каротидного синдрома. Почти у всех пациентов выслушивался шум над сонной артерией или позвоночной артерией. У одного в возрастной группе до 59 лет наблюдалась асимметрия пульсации на лучевых артериях. В анамнезе этих пациентов имелись и другие осложнения атеротромбоза в виде стенокардии, перенесенного инфаркта миокарда, перемежающейся хромоты. По результатам исследования брахиоцефальных артерий стенозы более 30% выявлены практически у всех больных, а выше 50% у 15,6% лиц. Данные КТ/МРТ исследования в каждом случае имели подтверждения очагов ишемии или инфаркта мозга в бассейне задней мозговой артерии (5), средней мозговой артерии (6), зоне смежного кровоснабжения (9), мозжечке (3).

Кардиоэмболический инсульт встречался во всех возрастных группах, причем среди лиц до 59 лет почти в два раза чаще, чем в группе старше 60 лет 15,4% и 8,8% соответственно, без особой разницы по полу. Наиболее частой причиной КЭИ явилась неревматическое мерцание предсердий (МП). Среди наших пациентов с КЭИ в анамнезе имели место ИБС и АГ почти 63,6% лиц. При диагностике КЭИ ишемии зачастую возникала более чем в одном сосудистом бассейне, или же имело место поражения других органов. При диагностике этого подтипа инсульта мы учитывали отсутствие лакунарного и каротидного синдрома. Дополнительным нейровизуализационным ориентиром было выявление на КТ кальцинированных эмболов в головном мозге.

По данным литературы [8,9,10] МА способствует стазу крови в левом предсердии и его ушке, где могут возникать сгустки крови. Сосуд головного мозга может быть эмболизирован свежим сгустком или же организованным тромбом. Примерно у 20% больных ИИ и МП имеются другие возможные причины, как инсульта, так и самой МП, такие как ИБС и АГ. Данные КТ/МРТ исследования имели подтверждения очагов ишемии или инфаркта мозга в бассейне передней мозговой артерии (1), средней мозговой артерии (7), задней мозговой артерии (3). Средний абсолютный риск развития инсульта у больных с неревматической МП, не получающих антикоагулянты, составляет примерно 5% в год [9].

В большинстве случаев рецидив кардиоэмболии может быть предотвращен приемом пероральных антикоагулянтов. При анализе анамнестических данных выяснено, что наши пациенты с нарушениями ритма сердца не получали антикоагулянтную терапию. Поэтому для пациента с церебральным инфарктом раннее подтверждение диагноза кардиоэмболического инфаркта крайне важно для начала антикоагулянтной терапии и адекватной вторичной профилактики.

Лакунарный подтип ишемического инсульта диагностирован у 24,4% (11) больных. В третьей подгруппе пациентов старше 60 лет ЛИ встречались реже чем в двух подгруппах до 59 лет 27,3% и 72,7% соответственно, без особой разницы по полу. В диагностике ЛИ руководствовались клиническими симптомами, которые подтверждались методами нейровизуализации. Мелкие, глубинные инфаркты в области внутренней капсулы, базальных ганглиев, ножек мозга, моста соответствовали симптомам пациента. Кроме того, у этих больных были исключены симптомы поражения магистральных артерий. Основными факторами риска у этих пациентов явились АГ, курение, СД.

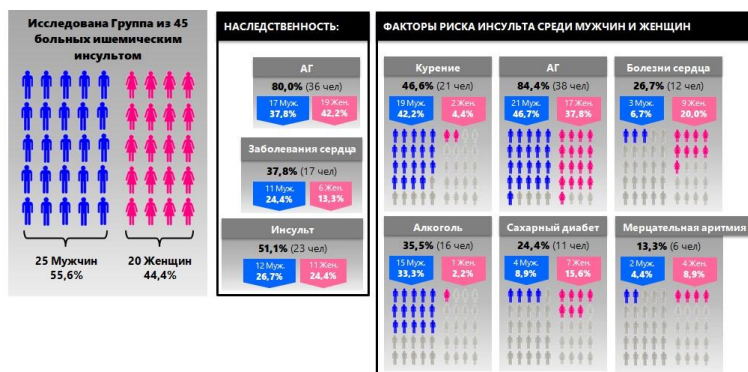


Рисунок 2 - Факторы риска инсульта среди мужчин и женщин

Проведен анализ факторов риска инсульта в трех исследуемых подгруппах по возрасту, который показал, что частота ишемического инсульта у пациентов 3 подгруппы была выше у мужчин, чем у женщин. Пациенты 1 подгруппы имели гораздо более высокую долю курения и употребления алкоголя, чем две другие группы, в то время как у 3 подгруппы пациентов была гораздо меньшая доля курения и употребления алкоголя, чем у двух других групп пациентов.

АГ и СД были одинаково распространены в трех возрастных группах, что указывает на то, что эти два фактора риска были общими и последовательными у пациентов с ИИ со всеми возрастными диапазонами, тогда как сердечные заболевания чаще встречались у пожилых пациентов. Женщины имели значительно более высокую распространенность СД (15,6%), ИБС (20,0%) и МП (8,9%). АГ встречалась с одинаковой частотой в обеих группах (рисунок 2).

Наследственный анамнез по артериальной гипертонии чаще встречался у молодых людей, чем у пациентов среднего и старшего возраста, тогда как в 3 подгруппе пациентов была более вероятной по сердечным заболеваниям и инсульту.

Наследственность по сердечным заболеваниям среди мужчин в процентном отношении оказалась выше чем в группе женщин в то время как семейная история АГ и инсульта не выявила существенных различий в сравниваемых группах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА

- 1 Brott T, Adams HP, Jr, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale // Stroke. – 1989. - №20(7). – P. 864–870.
- 2 Adams HP, Jr, Davis PH, Leira EC, Chang KC, Bendixen BH, Clarke WR, et al. Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke: A report of the Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) // Neurology. – 1999. - №53(1). – P. 126–131.
- 3 Иллариошкин, С.Н. Генетика сосудистых заболеваний мозга // Очерки ангионеврологии. - М.: «Атмосфера», 2005. - С. 327-345.
- 4 Гусев, Е.И. Эпидемиология инсульта в России // Инсульт: прил. к Журн. неврологии и психиатрии. - 2003. - № 8. - С. 4-9.
- 5 Bejot Y, Delpont B, Giroud M. Rising stroke incidence in young adults: more epidemiological evidence, more questions to be answered // J Am Heart Assoc. – 2016. - №11. – P. 5-12.
- 6 YesilotBarlas N, Putaala J, Waje-Andreassen U, et al. Etiology of first-ever ischaemic stroke in European young adults: the 15 Cities Young Stroke Study // Eur J Neurol. – 2013. - №20. – P. 1431–1439.
- 7 Khoo CW, Lip GYH. Clinical outcomes of acute stroke patients with atrial fibrillation // Expert Rev Neurother. – 2009. - №7. – P. 371–374.
- 8 Ferro JM. Cardioembolic stroke: an update // Lancet Neurol. – 2003. - №2. – P. 177-188.
- 9 Di Tullio MR, Homma S. Mechanisms of cardioembolic stroke // CurrCardiol Rep. – 2002. - №4. – P. 141-148.
- 10 MacDougall NJJ, Amarasinghe S, Muir KW. Secondary prevention of stroke // Expert Rev Neurother. – 2009. - №7. – P. 1103-1540.
- 11 Bang OY, Lee PH, Joo SY, Lee JS, Joo IS, Huh K. Frequency and mechanisms of stroke recurrences after cryptogenic stroke // Ann Neurol. – 2003. - №54. – P. 227-234.
- 12 Arboix A, Cendrós V, Besa M, et al. Trends in risk factors, stroke subtypes and outcome. Nineteen-year data from the SagratCor Hospital of Barcelona Stroke Registry // Cerebrovasc Dis. – 2008. - №26. – P. 509-516.
- 13 Palomerias E, Fossas P, Cano A, Sanz P. Cryptogenic infarcts. A 1-year follow-up study // Neurologia. – 2009. - №24. – P. 304–308.

*¹С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, неврология №2 нейрохирургия курсымен кафедрасы
²Оңтүстік Қазақстан Медициналық Академия, неврология, психиатрия және психология кафедрасы
³ҚКА №7, нейроинсультті бөлімше №1*

ӘРТҮРЛІ ЖАС ТОПТАРЫНДАҒЫ ГОСПИТАЛЬДІ НАУҚАСТАРДЫҢ ИШЕМИЯЛЫҚ ИНСУЛЬТ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Алматы қаласы №7 ҚКА нейроинсультті бөлімшеде стационарлық ем алған, ишемиялық инсульті бар 45 науқасқа тексеру жүргізілді. Барлық науқастарға ауру даму симптомдарын анақты зерттеу жүргізілді және барлық мүмкін қауіп-қатер факторларын ескере отырып жанұялық және жеке анамнезіне анализ жасалды. Соматикалық және неврологиялық статустары жалпы тәсіл бойынша зерттелді.

Түйінді сөздер: ишемиялық инсульт, атеротромботикалық инсульт, кардиоэмболиялық инсульт, лакунарлы инсульт

A. Kondybayeva¹, K. Kuzhybayeva¹, G. Duschanova², Zh. Dyusembaeva³, G. Umutbaeva³

¹Asfendiyarov KazNMU, Department of Neurology №2 with neurosurgery course

²South Kazakhstan Medical Academy, Department of Neurology, Psychiatry and Psychology

³City Clinical Hospital №7, Stroke Unit №1

FEATURES OF ISCHEMIC STROKE IN THE VARIOUS AGE GROUPS OF HOSPITAL PATIENTS

Resume: A survey of 45 patients with ischemic stroke was conducted in inpatient unit of CCH №7, Almaty. All patients underwent a thorough study of the symptoms of the development of the disease, an analysis of the family and individual anamnesis, and clarification of all possible risk factors. The somatic and neurological statuses were examined according to the generally accepted method.

Keywords: ischemic stroke, atherothrombotic stroke, cardioembolic stroke, lacunar stroke