



Все права защищены. Ни одна часть воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте <http://kaznmu.kz/press/>

## ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ

## PSYCHIATRY AND NEUROLOGY

УДК: 616.831-005.1:616.12

**Ж.Б.ДЮСЕМБАЕВА**

Городская клиническая больница №7

### ОСТРЕЙШИЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

*Цель исследования – изучение клинических особенностей ишемического инсульта в острейшем периоде. В результате проведенных исследований выявлен широкий спектр общемозговой и очаговой неврологической симптоматики. Определена распространенность патогенетических подтипов ишемического инсульта: чаще других имел место атеротромботический подтип, кардиоэмболические инсульты -  $19,54 \pm 3,02\%$ , лакунарные - в  $17,54 \pm 2,89\%$  случаев, реже имел место гемодинамический подтип –  $9,69 \pm 2,2\%$  от общего количества больных. Самым распространенным исходом по истечении острого периода заболевания было улучшение –  $79,85 \pm 3,13\%$  больных, без перемен закончились  $2,31 \pm 1,1\%$  инсультов, а  $3,38 \pm 1,31\%$  инсульта закончились к концу острого периода с ухудшением. Летально закончились  $14,46 \pm 2,67\%$  инсульта.*

**Ключевые слова:** ишемический инсульт, острейший период, патогенетические подтипы, клинические особенности, исход

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – наиболее тяжелое заболевание центральной нервной системы. Ежегодно в мире инсульт переносят около 6 миллионов человек. В Казахстане инсультом заболевают около 49000 человек в год. При этом заболеваемость ОНМК составляет 2,5-4 на 1000 населения, что является одним из самых высоких показателей в мире. И только в самое последнее время благодаря серьезным организационным усилиям стали появляться определенные позитивные тенденции. Летальность при инсультах высокая – до 34,6-38%. Среди причин смерти инсульт занимает второе-третье место, являясь также главной причиной инвалидизации. Таким образом, церебральный инсульт несет тяжелые моральные, социальные и экономические последствия. На долю ишемического инсульта (ИИ) приходится до 80% от числа всех случаев ОНМК. Летальность при ИИ также высокая и варьирует от 9,8 и до 38,2%. При этом острейший период ИИ, длящийся до 5-7 суток, протекает особенно тяжело и характеризуется наиболее высокой летальностью. В первые сутки заболевания умирает 21,74% больных от числа погибших за год. Именно по этой причине изучение закономерностей клиники, течения, осложнений в острейшем периоде ИИ является особенно важным.

Важнейшим вкладом в ангионеврологию в целом и понимание патогенеза ИИ в частности является концепция гетерогенности ИИ. Накоплен большой клинический материал, касающийся вопросов патогенеза, распространенности и клиники различных патогенетических подтипов (вариантов) ИИ. Клиническая картина острейшего периода ИИ изучена хорошо. При этом наряду с собственно неврологическими проявлениями ИИ особую роль в его течении и прогнозе играют экстрацеребральные состояния и осложнения.

Проведение комплексного изучения особенностей клиники, течения, осложнений ишемического инсульта в его острейшем периоде позволят разработать новые подходы для решения актуальной научной проблемы – тактика ведения пациентов в острейшем периоде ишемического инсульта.

Цель исследования – изучение клинических особенностей ишемического инсульта в острейшем периоде.

Материал и методы исследования. Исследования проводились в инсультном отделении 7 ГКБ в период с 2010 по 2011 годы. В исследование включено 126 больных в острейшем периоде ишемического инсульта (ИИ) в возрасте от 32 до 84 лет, из них было 60 мужчин и 66 женщин.

Диагноз ИИ устанавливался в том случае, если у больного имело место острое (минуты или часы) развитие очагового дефекта неврологических функций цереброваскулярного происхождения длительностью не менее 24 часов. Характер инсульта уточнялся с помощью компьютерной томографии (КТ) головного мозга, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. Обследование проводилось в первые 36 часов заболевания. В исследование были включены лишь те случаи ИИ, когда от момента возникновения заболевания до начала обследования и лечения проходило не более суток.

Для диагностики ишемического инсульта, его патогенетических подтипов и сочетанной соматической патологии использовались следующие методы исследования: сбор анамнеза, клиническое исследование неврологического и соматического статуса по общепринятым методикам, КТ головного мозга, МРТ головного мозга, электрокардиография (ЭКГ), исследование общего анализа крови (ОАК) (определение количества лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов (СОЭ)), определение активности аламинной и аспарагиновой трансаминаз, уровня холестерина,  $\beta$ -липопротеидов, глюкозы крови, креатинина, времени свертываемости, международного нормализованного отношения (МНО), протромбинового индекса (ПТИ), количества тромбоцитов. При осуществлении мониторинга тяжести инсульта проводилось трехкратное исследование неврологического статуса и параклинических показателей (ЭКГ, ОАК, биохимических анализов). По показаниям выполнялось исследование ликвора.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась в соответствии с общепринятыми методиками вариационной статистики с определением средней величины, стандартных отклонений, доверительного интервала, величины статистически значимости различий ( $p$ ). Для достоверности различий между группами применяли критерий Стьюдента. Различия между группами признавались достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты исследований и их обсуждение. На основании анализа клинической картины у 126 больных ишемическим инсультом в системах левой средней мозговой артерии (ЛСМА), правой средней мозговой артерии (ПСМА) и вертебрально-базиллярной системе (ВБС) был выявлен широкий спектр общемозговой симптоматики (головная боль, головокружение, нарушения сознания, дыхательная аритмия, центральная гипертермия, одышка, менингеальный синдром).

Очаговая неврологическая симптоматика была разнообразна. Среди больных с полушарными инсультами наибольшее распространение получил разной степени выраженности пирамидный гемисиндром. Так, в группе больных с ишемическим инсультом в системе ЛСМА правосторонняя гемиплегия и глубокий гемипарез имели место у  $41,6 \pm 6,11\%$  больных, более легкие пирамидные нарушения (правосторонний гемипарез и пирамидный дефицит) встречались у  $48,73 \pm 6,19\%$  больных.

В группе больных с правополушарным процессом левосторонняя гемиплегия имела место в  $35,2 \pm 5,92\%$  случаев, левосторонний гемипарез и пирамидный дефицит – у  $62,4 \pm 6,02\%$  больных. Центральный парез лицевого нерва в группах полушарных инсультов несколько уступал распространенности пирамидных гемисиндромов.

Среди инсультов в системе ПСМА данный синдром встречался у  $87,6 \pm 4,09\%$  больных. В группе больных с ишемическими инсультами в системе ЛСМА распространенность центрального пареза лицевого нерва составила  $84 \pm 4,54\%$ .

Патологические стопные знаки (симптомы Бабинского, Чеддока, Оппенгейма, Жуковского, Гордона) во всей выборке имели место в  $35,69 \pm 3,68\%$  случаев. При ишемическом инсульте в системе ПСМА патологические стопные знаки встречались у  $41,6 \pm 6,11\%$  больных, при ишемическом инсульте в системе ЛСМА – у  $44,8 \pm 6,16\%$  больных. У  $10,67 \pm 4,94\%$  больных с инсультами на уровне мозгового ствола также имели место патологические стопные знаки.

Нарушения речи, в целом, встречались в  $41,84 \pm 3,78\%$  случаев. Распространенность дизартрии:  $10 \pm 4,85\%$  при инсульте в ВБС,  $14 \pm 4,3\%$  при инсульте в ЛСМА,  $22,8 \pm 5,2\%$  при инсульте в ПСМА. Сенсомоторная афазия была наиболее распространена в группе больных с ишемическим инсультом в системе ЛСМА –  $48,4 \pm 6,19\%$  больных из данной группы. Грубая (тотальная и субтотальная) сенсомоторная афазия имела место при данной локализации в  $21,2 \pm 5,07\%$  случаев. Моторная афазия была распространена несколько реже. Только  $14,8 \pm 4,3\%$  больных с ишемическим инсультом в системе ЛСМА имели данный вид речевых нарушений. Грубую моторную афазию имели  $3,2 \pm 2,18\%$  больных с данной локализацией заболевания. Амнестическая афазия встречалась лишь в  $1,2 \pm 1,35\%$  случаев ишемических инсультов в системе ЛСМА. Аутопагнозии и анозогнозии встречались в  $4,8 \pm 2,65\%$  случаев инсульта в ПСМА.

Расстройства чувствительности (гипестезии, гипалгезии), выделенные в самостоятельный синдром, наблюдались, главным образом, при полушарных процессах. При ишемических инсультах в системе ПСМА таких случаев было 101 ( $40,4 \pm 6,08\%$ ). При поражении левой гемисферы расстройства чувствительности имели место в  $20,8 \pm 5,03\%$  случаев, что достоверно ( $p < 0,05$ ) ниже соответствующего показателя для группы больных с ИИ в системе ПСМА. В целом, распространенность нарушений чувствительности (без учета альтернирующих синдромов) составила  $27,23 \pm 3,41\%$ .

В группе больных с ишемическим инсультом на уровне среднего мозга наблюдалась следующая симптоматика: синдром Вебера –  $7,33 \pm 4,12\%$  случаев (в т.ч. грубый синдром Вебера –  $3,33 \pm 2,87\%$ ), верхний и нижний красноеядерные синдромы –  $1,33 \pm 1,84\%$  случаев.

Среди больных с ишемическим инсультом на уровне среднего этажа мозгового ствола имели место: синдром Фовилля –  $2,67 \pm 2,58\%$  случаев, синдром Мийяра-Гублера –  $2 \pm 2,24\%$  случаев, вестибулярный синдром –  $45,33 \pm 8,04\%$  случаев, атактический (мозжечковый) синдром –  $21,33 \pm 6,56\%$  случаев.

В группе больных с локализацией ишемии мозга преимущественно на уровне бульбарного отдела мозгового ствола встречалась следующая симптоматика: бульбарный синдром –  $31,34 \pm 7,48\%$  случаев, в том числе грубый бульбарный синдром –  $14,67 \pm 5,66\%$  случаев, синдром Валленберга-Захарченко –  $9,33 \pm 4,66\%$  случаев.

Чаще других имел место атеротромботический подтип ИИ ( $p < 0,05$ ), что соответствует литературным данным. Летальность при атеротромботическом подтипе ИИ была невысокой –  $12,96 \pm 4,33\%$  и значимо не зависела от локализации инсульта. Кардиоэмболические инсульты встречались реже атеротромботических –  $19,54 \pm 3,02\%$ . Однако летальность при данном подтипе была значительно выше ( $25,2 \pm 7,61\%$ ). Для больных с кардиоэмболическим подтипом ИИ было характерно наличие более тяжелой кардиальной симптоматики.

Лакунарные ИИ встречались в  $17,54 \pm 2,89\%$ . Лакунарный патогенетический подтип характеризовался наличием умеренной очаговой симптоматики. В клинике лакунарного инсульта достоверно чаще, чем в клинике других инсультов регистрировались умеренные пирамидные синдромы и атаксия. Общемозговой синдромокомплекс практически отсутствовал. Летальных исходов не было.

Реже имел место гемодинамический подтип ИИ –  $9,69 \pm 2,2\%$  от общего количества больных. Данный патогенетический подтип чаще имел место при стволовой локализации инсульта. При гемодинамическом подтипе ИИ летальность составила  $9,52 \pm 7,21\%$ . Следует отметить, что клинические проявления при кардиоэмболическом, атеротромботическом и гемодинамическом подтипах достоверно не различались.

Во всей выборке самым распространенным исходом по истечении острого периода заболевания было улучшение – 79,85±3,13% больных. Без перемен закончились 2,31±1,1% инсультов, а 3,38±1,31% инсульта закончились к концу острого периода с ухудшением. Летально закончились 14,46±2,67% инсульта.

Летальность и процент больных, закончивших острый период ИИ с улучшением, достоверно не зависели от локализации очага. Наиболее частой причиной летальных исходов явился отек мозга и дислокация ствола мозга – 64,89±9,9% от числа всех умерших. На долю экстрацеребральных причин смерти приходилось 35,11±9,84%, в том числе, на долю ТЭЛА – 15,96±7,37%, инфаркта миокарда – 8,51±5,6%, пневмонии – 5,32±4,5%, других причин – 5,32±4,5%. При этом в группе больных ИИ в вертебрально-базиллярной системе удельный вес экстрацеребральных причин летальных исходов был недостоверно ниже, чем при полушарных инсультах. При кардиоэмболических инсультах в сравнении с другими вариантами был выше удельный вес кардиальных осложнений как причин смерти.

Острейший период ИИ является наиболее опасным в плане развития летальных исходов. На этот временной отрезок приходится около половины всех летальных исходов трехнедельного периода ИИ. За пределами острейшего периода ИИ (с 10-х по 12-е сутки) имеет место некоторое увеличение числа летальных исходов (15,95%).

В оставшиеся сутки острого периода инсульта число летальных исходов значимо не различалось и было невелико. Представляется важным сравнительная характеристика распределения в течение острейшего и острого периодов ИИ периодов развития экстрацеребральных осложнений и летальных исходов. Основная доля как экстрацеребральных осложнений, так и летальных исходов приходится на острейший период. Однако имеют место и некоторые различия. Так, в ряде временных промежутков пики развития осложнений предшествуют формированию пиков летальности. Это справедливо для периодов 2-3 суток, а также для 15-17 суток, когда всплеск осложнений приводит к последующему пику летальности на 4-5 и 19 сутки соответственно. При этом ведущими причинами смерти в первые 7 суток инсульта были отек мозга и дислокация ствола мозга. На второй и третьей неделе инсульта заметно нарастает роль таких осложнений, как ТЭЛА и пневмония.

Таким образом, на основании анализа клинической картины ишемического инсульта выявлен широкий спектр общемозговой и очаговой неврологической симптоматики. Определена распространенность патогенетических подтипов ишемического инсульта: чаще других имел место атеротромботический подтип ( $p < 0,05$ ), кардиоэмболические инсульты – 19,54±3,02%, лакунарные – в 17,54±2,89% случаев, реже имел место гемодинамический подтип – 9,69±2,2% от общего количества больных. Самым распространенным исходом по истечении острого периода заболевания было улучшение – 79,85±3,13% больных, без перемен закончились 2,31±1,1% инсультов, а 3,38±1,31% инсульта закончились к концу острого периода с ухудшением. Летально закончились 14,46±2,67% инсульта.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сулина З.А. Сосудистая патология головного мозга: итоги и перспективы // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2007. Т. 1. № 1. С. 10-16.
- 2 Степанов И.О., Кирпичева С.В. Некоторые факторы риска в острый период ишемического инсульта // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2009. Т. 8. № S82. С. 35b-36.
- 3 Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Проблема инсульта в Российской Федерации: время активных совместных действий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107. № 8. С. 1-11.
- 4 Ершов В.И. Особенности течения ишемического инсульта в острейшем периоде // Неврологический вестник (Журнал им. В.М. Бехтерева). 2009. Т. XLI. № 3. С. 14-18.
- 5 Луцкий М.А., Фролов В.М., Бочарникова Н.М. Некоторые особенности этиологии и патогенеза ишемического инсульта // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. 2011. Т. 10. № 3. С. 652-655.
- 6 Бортник О.И. «Ишемический инсульт (инфаркт мозга) является наиболее частым типом стойкого нарушения мозгового кровообращения» // Неврология и нейрохирургия в Беларуси. 2009. № 4. С. 11-15.
- 7 Meyers JL, Davis KL, Yu YF. Stroke and transient ischemic attack in the long-term care setting: patient characteristics, medication treatment, and length of stay // Consult Pharm. 2011 Mar;26(3):170-81.
- 8 Demaerschalk BM, Hwang HM, Leung G. US cost burden of ischemic stroke: a systematic literature review // Am J Manag Care. 2010 Jul;16(7):525-33.
- 9 Dharmasaroja PA, Muengtawepongsa S, Lechawanich C, Pattaraarchachai J. Causes of ischemic stroke in young adults in Thailand: a pilot study // J Stroke Cerebrovasc Dis. 2011 May-Jun;20(3):247-50.
- 10 Sharma VK, Teoh HL, Chan BP. Comment on "Intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke: the Malabar experience 2003 to 2008" // J Clin Neurosci. 2010 Apr;17(4):543-4.
- 11 Smith EE, Pan W, Olson D, Reeves MJ, Ovbiagele B, Peterson ED, Fonarow GC, Schwamm LH. Frequency and determinants of lipid testing in ischemic stroke and transient ischemic attack: findings from get with the guidelines-stroke // Stroke. 2010 Feb;41(2):232-8.

### Ж.Б. ДЮСЕМБАЕВА

#### ИШЕМИЯ ИНСУЛЬТІНІҢ ЕҢ ӨТКІР МЕРЗІМІ: КЛИНИКАЛЫҚ МІНЕЗДЕМЕ

**Түйін:** зерттеудің мақсаты - ишемия инсультінің клиникалық ерекшеліктерінің ең өткір мерзіміндегі зерттеу. Нәтижеде өткізілген зерттеулер жалпы ми және ошақ неврологиялық симптоматигінің кең спектрі айқындалған. Ишемия инсультінің патогенетикалық ішкі түрлерінің көп таралғандығы анықталған: жиірек басқа ішкі түр, эмболиялық инсульттер атеротромбоз орын алды - 19,54±3,02 %, лакунарлық - 17,54±2,89 % жағдайларда, гемодинамия ішкі түрі сиректеу орын алды - 9,69±2,2% аурулардың жалпы санынан. Аурулар өткір мерзімнің өтуі арналған өзі таралған нәтижемен жақсарту болды - 79,85±3,13% аурулар, 2,31±1,1% инсульттерді өзгеріссіз бітті, 3,38±1,31% инсульт нашарлауы бар өткір мерзімнің соңғаларына бітті. 14,46±2,67 % инсульттерді өліммен аяқталар бітті.

**Түйінді сөздер:** ишемия инсульті, ең өткір мерзім, патогенетикалық ішкі түрлер, клиникалық ерекшеліктер, нәтиже

### ZH. DUSEMBAEVA

#### THE SHARPEST PERIOD OF THE ISCHEMIC STROKE: CLINICAL CHARACTERISTIC

**Resume:** research objective – studying of clinical features of the sharpest period an ischemic stroke. As a result of the carried-out researches the wide range of all-brain and focal neurologic semiology is revealed. Prevalence of pathogenetic subtypes of an ischemic stroke is defined: to a thicket of others the athero thrombosis subtype, cardio embolic strokes - 19,54±3,02 % took place, lacunar - in 17,54±2,89 the % of cases, took place a haemo dynamic subtype – 9,69±2,2 % from total of patients less often. Improvement – 79,85±3,13 % of patients was the most widespread outcome after the sharp period of a disease, without changes ended 2,31±1,1 with % of strokes, and 3,38±1,31 % of a stroke ended by the end of the sharp period with deterioration. Lethal outcome 14,46±2,67 % with stroke.

**Keywords:** ischemic stroke, the sharpest period, pathogenetic subtypes, clinical features, outcome

Адрес редакции:

050012

Алматы, ул.Толле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

Адрес редакции:  
050012  
Алматы, ул.Толле би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)