ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНСУЛЬТА НА ОСНОВАНИИ АНАЛИЗА ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ

Чубаров Артём Игоревич

студент, Северный государственный медицинский университет, РФ, г. Архангельск

Конева Татьяна Андреевна

студент, Северный государственный медицинский университет, РФ, г. Архангельск

Приходько Аделина Петровна

студент, Северный государственный медицинский университет, РФ, г. Архангельск

Труфанова Ксения Геннадьевна

студент, Северный государственный медицинский университет, РФ, г. Архангельск

Шелыгин Кирилл Валерьевич

научный руководитель, канд. мед. наук, Северный государственный медицинский университет, РФ, г. Архангельск

Реферат: Инсульт продолжает занимать верхние строчки в структуре причин смертности и инвалидности населения, что говорит о необходимости изучать эту проблему.

Цель исследования: определить особенности течения острого периода инсульта.

Материалы и методы. Для описания и анализа данных были взяты 643 истории болезни пациентов неврологического отделения №1 ГБУЗ АО “АОКБ”, перенесших ОНМК в 2018-2019 гг. У всех пациентов диагноз был верифицирован по данным магнитно-резонансной томографии, а также по клиническим проявлениям. Исследование проводилось по следующим параметрам: пол, возраст, наличие сопутствующей патологии, данные нейровизуализации, степень выраженности когнитивных нарушений. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного обеспечения “IBM SPSS Statistics”. При описании полученных данных использованы методы описательной статистики.

Результаты. В целом, ишемический инсульт встречался чаще, чем геморрагический, однако среди женщин чаще встречался геморрагический подтип, а среди мужчин – ишемический. Обнаружено, что при поступлении мужчины находятся в более тяжелом состоянии, чем женщины, но восстанавливаются одинаково. С точки зрения диагностики чаще патологический очаг локализуется в полушариях головного мозга, при этом относительно одинаково в правом и левом полушарии. Снижение памяти в остром периоде инсульта у женщин наблюдалось в 1,5 раза чаще, чем у мужчин.

Вывод. Исследование показало, что следует расценивать неоднозначно мужской пол как фактор риска инсульта, так как в остром периоде инсульта в одних аспектах более тяжелому прогнозу подвержен женский пол, в других – мужской.

Ключевые слова: инсульт, когнитивные нарушения, двигательный дефицит, постинсультная реабилитация, профилактика инсульта.

Введение. По данным Федеральной службы государственной статистики первое место в структуре смертности занимают болезни системы кровообращения, среди которых второе место принадлежит острому нарушению мозгового кровообращения после ишемической болезни сердца [10]. Не остается сомнений, что инсульт является проблемой общественного здоровья и требует детального изучения [6].

В Архангельской области, по данным Росстата, заболеваемость острыми формами цереброваскулярных заболеваний снизилась с 425.7 на 100 тыс. взрослого населения в 2014 году до 374.6 в 2018 году, или на 12%. Также отмечается устойчивая тенденция снижения уровня смертности населения Архангельской области от инсультов: в 2018 году к уровню 2014 года - на 18.4%, к уровню 2017 года - на 7.1%.

Несмотря на довольно неплохую динамику снижения заболеваемости и снижения смертности от острого нарушения мозгового кровообращения, инсульт все равно не проходит бесследно, оставляя после себя нарушение когнитивных функций человека и стойкую утрату трудоспособности, что создает социально-экономические проблемы для государства.

Следовательно, инсульт остается весомой остросоциальной проблемой, требующей внимания, а также непрерывного и детального изучения для совершенствования оказания медицинской помощи по данному профилю [2,6].

Цель исследования: определить особенности течения острого периода инсульта.

Материалы и методы. В данном описательном исследовании были проанализированы 643 истории болезни пациентов неврологического отделения №1 ГБУЗ АО “АОКБ”, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в 2018-2019 гг. Исследовался сплошной массив историй болезней.

Критерии включения: наличие острого нарушения мозгового кровообращения, подтвержденное методами нейровизуализации.

Критерии невключения: отсутствие результатов нейропсихологического исследования, данных нейровизуализации в истории болезни; летальный исход; наличие анамнестических сведений о ранее перенесенных ОНМК, деменции, зафиксированных в истории болезни; выраженная деменция по результатам нейропсихологического исследования; невозможность проведения нейропсихологического исследования в случае развития речевых нарушений, нарушения сознания.

У всех пациентов диагноз был верифицирован по данным магнитно-резонансной томографии, а также по клиническим проявлениям. Исследование проводилось по следующим параметрам: пол, возраст, наличие сопутствующей патологии, данные нейровизуализации, степень выраженности когнитивных нарушений. Для оценки выраженности психологических нарушений использовались шкала National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) в начале и конце стационарного лечения и шкала Рэнкина при выписке, а также заключение психолога по шкале Montreal Cognitive Assessment (MoCA) при выписке, по которой оценивалась степень когнитивных нарушений.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программного обеспечения «IBM SPSS Statistics». При описании полученных данных использованы методы описательной статистики, критерий Хи-квадрат, критерий Манна-Уитни, критерий Краскала-Уоллиса, корреляционный анализ Спирмена. Значимость различий учитывалась при уровне $p \leq 0.05$.

Результаты исследования. В ходе исследования 643 историй болезни пациентов установлено, что средний возраст составил 62±3 года, из них – 59.3% мужчин и 40.7% женщин. При этом геморрагический инсульт встречался в 10.6% случаев, ишемический

инсульт – в 68.8%. Структура ишемического инсульта по подтипам наблюдалась следующая: атеротромботический вариант – 35.5%, лакунарный вариант – 17.4%, кардиоэмболический вариант – 15.9%. Когнитивные нарушения являются практически неизбежным следствием инсульта [2,4,8,11]. Однако успех их компенсации напрямую зависит от возраста пациента [9]. Статистически значимой связи между степенью выраженности когнитивного дефицита, локализацией и размерами патологического очага, выявленными при нейровизуализации, не определялось. Оценивая данные когнитивных нарушений, пришли к выводу, что у 35.7% пациентов наблюдается снижение памяти, причем у женщин в 1,5 раза чаще, чем у мужчин – 44.7% и 29.7% случаев соответственно – данные представлены на рисунке ($p < 0.001$).

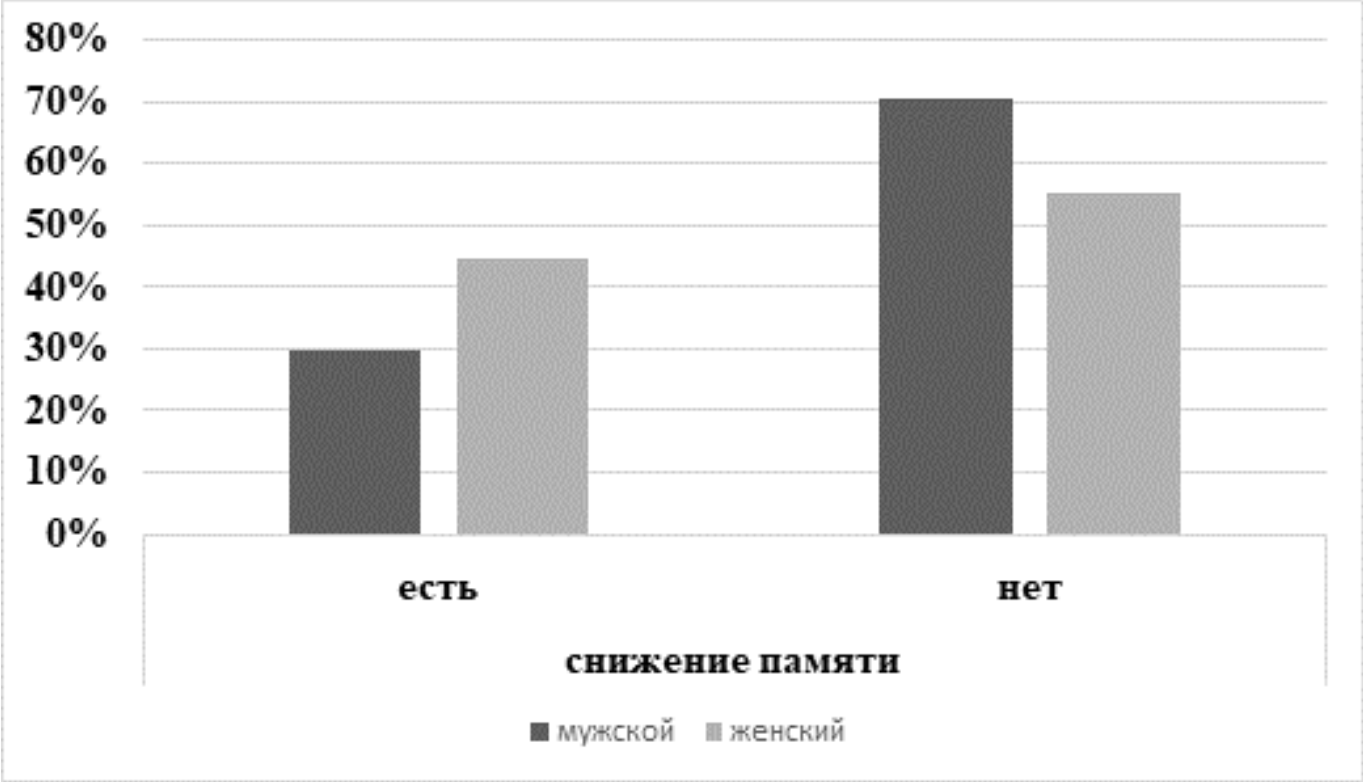

Рисунок. Соотношение снижения памяти по полу пациентов после инсульта (процент от общего числа наблюдений)

Снижение внимания наблюдалось только у 23% пациентов, а снижение социальной активности у 49.4% пациентов. Анализируя данные заключения психолога о выраженности когнитивных нарушений, выявлено, что есть статистически значимое различие между подтипом инсульта и степенью выраженности психологических нарушений в остром периоде, а различие между подтипом ишемического инсульта и полом пациентов статистически не значимо ($p=0.4$). Легкая степень когнитивных нарушений встречается у 194 пациентов, что составляет 30.1%, умеренная степень выраженности встречается в 167 случаях (30%), и только в 85 случаях (13.2%) развилась выраженная степень когнитивных нарушений ($p=0.03$). По данным исследований, одним из ведущих факторов риска развития когнитивных нарушений той или иной степени является возраст пациента [7]. Кроме того, когнитивные нарушения остаются распространенными в течение 3 лет после инсульта. В ходе анализа степени выраженности психологических нарушений, возникших после острого нарушения мозгового кровообращения, в отдельных возрастных группах пациентов установлено, что между ними существует достоверная зависимость. Так, если возраст пациента менее 45 лет, то он меньше всего подвержен выраженным (0.6%) и умеренным когнитивным нарушениям (0.9%). Если же пациент в возрасте 46-55 лет, он более подвержен нарушениям легкой степени выраженности когнитивных нарушений (7%,) и относительно одинаково умеренным и выраженным когнитивным нарушениям – 3% и 1.5% соответственно. Пик выраженности когнитивных нарушений приходиться на возраст 56-65 лет и составляет: 12% легкой степени

выраженности, 10.7% умеренная степени выраженности и больше всего подвержены выраженным когнитивным нарушениям 4.5% пациентов данного возраста. В возрасте 66-75 лет, чаще встречается умеренная степень когнитивных нарушений. В возрастной категории пациентов старше 76 лет относительно одинаково часто встречаются умеренная и выраженная степень когнитивных нарушений – 3.1% и 3.4% соответственно ($p<0.001$).

Основу инструментальной диагностики при остром нарушении мозгового кровообращения составляют методы нейровизуализации, в частности компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. Эти методы используются для дифференциальной диагностики между инсультом и другими формами внутричерепной патологии, уточнения характера инсульта (ишемический или геморрагический) и контроля за характером тканевых изменений в зоне поражения при лечении инсульта [5]. При анализе данных нейровизуализации с помощью статистических методов установлена следующая взаимосвязь между подтипом инсульта и его локализацией. В 507 случаях, что составляет 78.8%, поражаются полушария головного мозга, а в 21.2% поражение возникает в вертебробазилярном бассейне. Следует отметить, что поражение правого или левого полушария встречается относительно одинаково – 47.5% и 50.9% соответственно ($p<0.001$).

Наряду со своевременной диагностикой инсульта немаловажным этапом является его терапия, которая в данном случае являет собой длительный и тернистый процесс, требующий терпения [3]. Однако, успех, полученный на этом этапе, во много определяет дальнейшую судьбу пациента – реабилитацию [13,14]. Многие исследования показали эффективность использования определенных шкал для быстрой оценки состояния пациента после инсульта]. В ходе анализа лечения пациентов на основании методов объективной оценки (шкала NIHSS и шкала Рэнкина) были установлены некоторые достоверные связи (см. табл.). В целом, положительная динамика составляет 65% случаев и, к сожалению, не произошло никакой динамики в 33.1% случаев. Оценка динамики психологических нарушений и выраженности неврологических нарушений обнаружила, что положительная динамика наблюдается у 19.1% пациентов с легкой степенью выраженности, у 17.3% с умеренной и 10% с выраженной степенью тяжести когнитивных нарушений. Отрицательная динамика наблюдалась в единичных случаях, а отсутствие динамики наблюдалось в 10.7% с легкой степенью, в 8.5% с умеренной степенью и в 2.8% с выраженной степенью выраженности когнитивных нарушений ($p <0.001$).

Таблица.

Оценка состояния пациентов после инсульта по шкале NIHSS при поступлении в стационар и при выписке

Пациенты			
Признак	**При поступлении, медиана (25;75)**	**При выписке, медиана (25;75)**	**Значим**
Балл по шкале NIHSS у мужчин	7 (3;13)	3 (1;6)	<0.00
Балл по шкале NIHSS у женщин	6 (2;13)	3 (1;6)	<0.00

Как уже говорилось ранее, все пациенты были оценены по шкале NIHSS, которая показывает тяжесть инсульта. У мужчин средний балл при поступлении составляет 7, а у женщин 6, т.е. мужчины поступают в более тяжелом состоянии, чем женщины (табл.). Но при выписке средний балл, что у мужчин, что и у женщин составляет 3, что говорит о том, что

восстанавливаются мужчины и женщины одинаково (p <0.001).

Обсуждение результатов. Инсульт продолжает оставаться одной из основных проблем здравоохранения. При этом инсульт – это не только неврологический дефицит, но и нарушения в когнитивной сфере пациента, что также во многом определяет реабилитацию [1].

В ходе анализа особенностей течения острого периода инсульта ключевым моментом являлось неоднозначное распределение патологии между мужским и женским полом. Если в целом чаще встречался ишемический инсульт, нежели геморрагический, то среди женщин чаще встречался геморрагический, чем ишемический подтип. Для постинсультных когнитивных нарушений наиболее характерны снижение памяти, снижение внимания, нарушения речи, чтения, письма, однако критерии, определяющие развитие когнитивного дефицита, изучены недостаточно [12]. На ту же неоднозначность указывает и тот факт, что среди постинсультных когнитивных нарушений снижение памяти у лиц женского пола встречалось более часто, чем среди лиц мужского пола. Данный аспект следует расценивать клинически значимым, так как он доказывает, что при оценке прогноза постинсультных пациентов не следует категорично опираться на мужской пол как фактор риска. Наряду с приведенными когнитивными нарушениями отмечено, что наиболее встречающимся видом является снижения внимания. Определена прямая зависимость вероятности когнитивных нарушений и степени их тяжести от возраста пациентов [15]. Так, в данном исследовании выявлено, что наименее подвержены когнитивным нарушениям пациенты в возрасте менее 45 лет, с наибольшей частотой те же нарушения обнаруживались у пациентов в возрасте старше 56 лет.

Кроме того, важным заключением, подтверждающим необходимость неоднозначной интерпретации пола пациента как фактора, отягчающего течение инсульта, является обнаруженное в данном исследовании различие в восстановлении пациентов по шкале NIHSS. Согласно ее оценке, при поступлении в неврологическое отделение мужчины находились в более тяжелом состоянии. Однако, при выписке степень восстановления среди мужчин и женщин была одинаковой.

В целом же, успех реабилитации во многом определяется своевременностью проводимой терапии и адекватностью оценки степени неврологических и когнитивных нарушений, а также своевременных диагностических мероприятий.

Выводы:

1. Ишемический инсульт встречался с больше частотой, чем геморрагический. Однако, среди лиц женского пола чаще диагностирован геморрагический инсульт, среди лиц мужского пола – ишемический;

2. Снижение памяти у женщин после острого нарушения мозгового кровообращения встречается в 1.5 раза чаще, чем у мужчин;

3. Легкая степень выраженности когнитивных нарушений после острого нарушения мозгового кровообращения, как и умеренная степень, встречается относительно одинаково 30.1% и 30% соответственно.

4. Распределение выраженности когнитивных нарушений после инсульта в отдельных возрастных группах пациентов имеет следующий характер: в возрасте до 75 лет умеренные и выраженные когнитивные нарушения нарастают с возрастом, а после 76 лет их соотношение выравнивается;

5. При оценке нейровизуализации было выявлено, что чаще поражаются полушария головного мозга (78.8%), и реже поражение возникает в вертебробазилярном бассейне (21.2%). Поражение правого или левого полушария встречается относительно одинаково – 47.5% и 50.9% соответственно.

6. В 65% случаев наблюдается положительная динамика пациентов в ответ на лечение.

7. По шкале NIHSS мужчины госпитализируются в более тяжелом состоянии, чем женщины, но восстанавливаются мужчины и женщины одинаково.

Список литературы:

1. Вахнина Н.В., Никитина Л.Ю., Парфенов В.А. Постинсультные когнитивные нарушения. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. - №22 (прил. Инсульт). - С. 16-21.

2. Вербицкая С.В., Парфенов В.А., Решетников В.А., Козлов В.В., Кабаева А.Р. Постинсультные когнитивные нарушения (результаты 5-летнего наблюдения). Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. - №10(1). – С. 37-42.

3. Гришина Д.А., Захаров В.В. Инсульт и когнитивные нарушения. Эффективная фармакотерапия. – 2019. - №15(19). – С. 16–23.

4. Гуреева И.Л., Голиков К.В., Гомзякова Н.А. Когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения. Медицинская психология в России. – 2017. - №43(2). – С. 9.

5. Елкина Т.А., Осетров А.С. Клинические характеристики ишемического инсульта у жителей республики Коми. Известия Коми научного центра УРО РАН.- 2014. - №3(19). – С. 89-92.

6. Захаров В.В. Когнитивные нарушения после инсульта: медико-социальная значимость и подходы к терапии. Нервные болезни. – 2015. - №2. – С. 2-8.

7. Левин О.С., Васенина Е.Е., Дударова М.А., Чимагомедова А.Ш. Отставленное прогрессирование когнитивных нарушений после ишемического инсульта: причины и подходы к коррекции. Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2017. - №4. – С. 14-19.

8. Оспанбекова Д.М., Каменова С.У. Когнитивные нарушения у больных с последствиями атеротромботического инсульта. Вестник КазНМУ. – 2017. - №3. – С. 143-151.

9. Парфенов В.А., Вербицкая С.В. Постинсультные когнитивные нарушения. Медицинский Совет. – 2018. - №18. – С. 10-15.

10. Старчина Ю.А. Когнитивные нарушения после инсульта. Медицинский Совет. - 2017. - №1S. - С. 27-32.

11. Трясунова М.А., Агафонов К.И., Кудрявцева А.В., Нехаева Г.В. Когнитивные расстройства у больных в остром периоде ишемического инсульта. Смоленский медицинский альманах. – 2016. – №1. – С. 253-256.

12. Светкина А.А., Ковшова О.С., Стрельникова И.А. Особенности высших психических функций в раннем восстановительном периоде каротидного ишемического инсульта после системной тромболитической терапии // Неврологический вестник. – 2017. - №49 (2). – С. 37-40.

13. Dietz V, Ward N, eds. Oxford Textbook of Neurorehabilitation. Oxford University Press, 2015.

14. Goldstein LH, McNeil JE, eds. Clinical neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians. (2nd Edition). Chichester, England: Wiley-Blackwell; 2012.

15. Knopman D, Boland LL, Mosley T, Howard G, Liao D, Szklo M, McGovern P, Folsom AR; Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study Investigators. Cardiovascular risk factors and cognitive decline in middle-aged adults. Neurology. – 200. - №56(1). – С. 42-8.