

ЧАСТОТА И ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ПОВТОРНОГО ИНСУЛЬТА В УЗБЕКИСТАНЕ

Рахматова С.Н., Саломова Н.К.

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан

✓ **Резюме**

Примерно 17% церебральных инсультов являются повторными. Повторные сосудистые мозговые катастрофы влекут за собой тяжелые последствия. Смертность при повторном ишемическом инсульте в 1,5 раза выше, причем от 15 до 30% больных погибает в течение первого мес

яца. Повторные инсульты в большинстве случаев ведут к тяжелой инвалидизации больного, зачастую делая его неспособным к самообслуживанию. Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин и составляет 3,2 на 10 000 населения. Пациент в силу сформированного неврологического дефицита (двигательного, чувствительного, когнитивного) утрачивает ряд бытовых и профессиональных навыков, что приводит к социальной дезадаптации и снижению качества жизни.

Ключевые слова: мозговые катастрофы, когнитивное нарушение, инсульт, социальной дезадаптации

O'ZBEKISTONDA TAKRORIY INSULTLARNING TARQALISH DARAJASI

Raxmatova S.N., Salomova N.K.

Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Bosh miya insultlarining taxminan 7% kaytalanadi. Kaytalanuvchi bosh miya shikastlanishlari uzidan keyin ogir asoratlarga olib keladi..Takroriy ishemik insultda o'lim kursatgichi 1,5 barobar ko'p, bemorlarning 15-30 foizi birinchi oyni uzidaek vafot etadi. . Takroriy qon tomir miya falokatlar jiddiy oqibatlariga olib keladi. Ikkinchi ishemik insult bilan o'lim darajasi 1,5 marta yuqori va bemorlarning 15 dan 30% gacha birinchi oyda vafot etadi. Ko'p hollarda takroriy qon tomirlari bemorning og'ir nogironligiga olib keladi va ko'pincha o'z-o'zini davolashga qodir emas. Keyinchalik nogironlik barcha sabablarga ko'ra birinchi o'rinni egallaydi va 3,2 aholi uchun 10 000 hisoblanadi. Shakllangan nevrologik yetishmovchilik (vosita, sezgir, bilim) tufayli bemor bir qator ichki va kasbiy ko'nikmalarni yo'qotadi, bu esa ijtimoiy noto'g'ri va hayot sifatining pasayishiga olib keladi.

Kalit so'zlar: miya jarohatlari, kognitiv buzilish, insult, ijtimoiy daezadaptatsiya.

FREQUENCY AND INCIDENCE OF RECURRENT STROKE IN UZBEKISTAN

Rakhmatova S. N. Salomova N. K.

Bukhara State Medical Institute, Uzbekistan

✓ **Resume**

Approximately 17% of cerebral strokes are repeated. Repeated vascular brain catastrophes entail serious consequences. The mortality rate for repeated ischemic stroke is 1.5 times higher, and from 15 to 30% of patients die within the first month. Repeated strokes in most cases lead to severe disability of the patient, often making him unable to self-care. Post-stroke disability ranks first among all causes and is 3.2 per 10,000 population. The patient, due to the formed neurological deficit (motor, sensory, cognitive), loses a number of household and professional skills, which leads to social maladaptation and a decrease in the quality of life.

Keywords: brain catastrophes, cognitive impairment, stroke, social maladaptation.

Актуальность

Инсульт – наиболее тяжёлая форма острого нарушения мозгового кровообращения, характеризующаяся внезапным (в течение нескольких минут, часов) началом, появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, сохраняющейся более 24 часов. (Штульман Д.Р., Левин О.С., 2008).

Заболеваемость и летальность от мозгового инсульта в России остаются одними из самых высоких в мире. Ежегодно в нашей стране инсульт развивается более чем у 450 тысяч человек (на 1000 населения приходится 5 инсультов), из них около 35% умирают в остром периоде заболевания, 56–81% выживших становятся инвалидами (Иванова Н.Е., Кирьянова В.В., Машковская Я.Н., 2010). Следует отметить, что в остром периоде чаще всего погибают пациенты, перенесшие массивный инсульт (Буров С.А., Никитин А.С., Асратян С.А., Крылов В.В., 2012).

К концу первого года после перенесенного инсульта летальность увеличивается на 12–15%, а в течение 6 лет из числа выживших в остром периоде умирает половина пациентов. За последние годы количество инсультов в Российской Федерации выросло в два раза и продолжает расти.

В России основную долю всех инсультов составляет инфаркт мозга, частота которого в 4 раза выше, чем геморрагического инсульта. Транзиторная ишемическая атака является важным предвестником развития как инфаркта мозга, так и инфаркта миокарда. У больных с транзиторной ишемической атакой риск развития ишемического инсульта составляет порядка 4–5% в год. (Ельчанинов А.П., 2009). Первичный инсульт способствует преобразованию мозгового кровообращения в качественно новую форму с признаками дисциркуляторной энцефалопатии (Лобзин С.В., Бодрова Т.В., Василенко А.В., 2009). После преходящих нарушений мозгового кровообращения, в частности, повторяющихся транзиторных ишемических атак, ежегодный риск развития инсульта составляет 13% в год и постоянно возрастает в течение последующих пяти лет. Это было доказано в ходе ретроспективного вторичного анализа данных испытания Dutch TIA Trial (1993). По данным исследования, риск сосудистых осложнений был наиболее высоким сразу после острого нарушения мозгового кровообращения, в дальнейшем снижался в течение трех лет после события, а затем постоянно повышался. Примерно 17% церебральных инсультов

являются повторными. Повторные сосудистые мозговые катастрофы влекут за собой тяжелые последствия. Смертность при повторном ишемическом инсульте в 1,5 раза выше, причем от 15 до 30% больных погибает в течение первого месяца (Флуд В.В., 2008). У пациентов с нетравматическим САК смертность при повторном эпизоде составляет 68–70%, при этом первый эпизод завершается летальным исходом в 46% случаев (Крылов В.В., 2011). Повторные инсульты в большинстве случаев ведут к тяжелой инвалидизации больного, зачастую делая его неспособным к самообслуживанию. Постинсультная инвалидизация занимает первое место среди всех причин и составляет 3,2 на 10 000 населения (Чазов И.Е., Бойцов С.А., Нобиев Д.В., 2004). Пациент в силу сформированного неврологического дефицита (двигательного, чувствительного, когнитивного) утрачивает ряд бытовых и профессиональных навыков, что приводит к социальной дезадаптации и снижению качества жизни (Иванова Г.Е., 2012). Таким образом, повторный инсульт у больных пожилого возраста – актуальная медицинская и социальная проблема.

Несмотря на актуальность проблемы возникновения инсульта у мужчин и женщин, особенности его клинического течения у данной категории пациентов до сих пор изучены недостаточно. Между тем, существует ряд деталей, диктующих необходимость индивидуального подхода в определении тактики ведения мужчин и женщин.

Развитию инсульта у мужчин и женщин часто предшествуют транзиторные ишемические атаки, причины которых отражают изменения сердечно-сосудистой системы, церебральный атеросклеротический процесс (Мякотных В.С., Стариков А.С., Хлызов В.И., 1996). Нередко дебют инсульта протекает в виде синкопе.

У больных пожилого возраста в структуре сосудистой патологии головного мозга значительно преобладают ишемические инсульты. Гемодинамический инсульт у пожилых, как и атеротромботический, развивается в ночное время при снижении артериального давления. Кардиоэмболический и лакунарный подтипы случаются в дневное время, когда пациент физически активен, испытывает нагрузки (Кадыков А.Е., Шахпаронова Н.В., 2003).

Течение геморрагического инсульта у пожилых пациентов в ряде случаев более легкое. Возможное объяснение этому факту – возрастные изменения: расширение ликворных пространств, по утверждению ряда авторов, служит профилактикой такого осложнения, как окклюзионная гидроцефалия (Яхно Н.Н., Дамулин И.В., Бибииков Л.Г., 1995). Кровоизлияния часто имеют небольшой объем, ограничиваясь паренхимой или желудочками. Распространение крови в желудочковую систему также может положительно отразиться на состоянии больного, прослужив профилактикой дислокационного синдрома (Путилина М.В., 2006).

Резидуальный неврологический дефицит отмечается у 2/3 пациентов пожилого возраста. Помимо двигательных расстройств, на первый план у пожилых выходят когнитивные нарушения, регистрируемые в 50% случаев (Путилина М.В., 2006). Когнитивные нарушения в постинсультном периоде у больных пожилого возраста встречаются чаще, чем у более молодых пациентов, в особенности при низком уровне образования, наличии сопутствующей соматической патологии (сахарный диабет, мерцательная аритмия, сердечная недостаточность) (Левин О.С., Усольцева Н.И., Дударова М.А., 2009). Это в значительной степени затрудняет социально-бытовую адаптацию, снижает эффективность реабилитационных мероприятий, так как данная категория больных имеет низкий уровень мотивации, приверженности к лечению. Снижает мотивацию к выздоровлению и старческая депрессия, плохо поддающаяся медикаментозной коррекции.

Смертность в острый период инсульта также увеличивается с возрастом, становясь максимальной после 75 лет (Fonarov G.C., 2010). Это связано с тяжестью инсультов, частыми кардиоэмболиями, декомпенсацией сопутствующей патологии. В ряду причин рассматривается также низкое качество оказания медицинской помощи, данной категории пациентов (Анацкая Л.Н., 2011). Влияют на летальность и присоединяющиеся осложнения. При ишемическом инсульте осложнения у пациентов старше 70 лет развиваются в 62% случаев, при геморрагическом – в 40%, соответственно (Флуд В.В., 2008).

Наконец, больные в возрасте старше 65 лет в 3 раза более предрасположены к повторной

сосудистой мозговой катастрофе в течение 10 лет (Fonarov G.C., 2010).

Повторный инсульт – это новое цереброваскулярное событие, отвечающее одному из следующих критериев (Крыжановский С.М., Можаровская М.А., 2012): появление неврологических нарушений, очевидно отличающихся от тех, которые имели место при первом инсульте; задействована новая анатомическая область или сосудистый бассейн, интактный после первого инсульта; иной патогенетический подтип, отличающийся от такового при первом инсульте.

К повторному инсульту пожилых пациентов предрасполагает нарастание с возрастом явлений хронической ишемии, а также синдром обкрадывания.

Особенности клинического течения повторного инсульта у пожилых должны учитываться при составлении плана лечебно-реабилитационных мероприятий.

Принято считать, что каждый день головной мозг человека теряет около 5 млн. нейронов из исходного пула 100 млрд. (Липовецкий Б.М., 2013). Изменения затрагивают и белое вещество головного мозга, проявляясь лейкоареозом который регистрируется у трети пациентов в возрасте от 65 до 84 лет (Appelros P., Stegmayr B., Terent A., 2009). Параллельно со старением нервной ткани ряд изменений претерпевают и сосуды головного мозга, что предрасполагает к нарушениям мозгового кровообращения. Основным проявлением, связанным со старением артерий, является снижение упругости их стенок. С возрастом эластичность артерий снижается независимо от развития атеросклероза. Происходит замена коллагеном эластичных волокон и гладкой мускулатуры. Жесткость артерий является независимым фактором риска развития артериальной гипертензии и инсульта. Изменения метаболической регуляции микрососудов, снижение эластичности и повышение сопротивления артерий, снижение антиагрегационных свойств стенок сосудов, возрастное повышение прокоагуляционной активности крови – все это способствует возникновению хронической ишемии головного мозга у людей пожилого возраста (Азин А.Л., 2012).

Как известно, ишемический церебральный инсульт в соответствии с современными представлениями является гетерогенным по своему патогенезу (Гафуров Б.Г., Рахманова Ш.П., 2011). Заболеваемость инсультом,

соотношение патогенетических подтипов индивидуально для каждой возрастной группы (Seo S.R., Kim S.Y., Lee S.Y. et al., 2014, Starby H., Delavaran H., Andsberg G. et al., 2014).

В настоящее время в большинстве экономически развитых стран отмечается рост числа людей пожилого возраста. В этой возрастной группе наиболее часто встречаются атеросклеротические поражения магистральных артерий головы, которые диагностируются в 94% случаев. У людей с выраженным стенозом нескольких магистральных сосудов головного мозга даже очень небольшие колебания артериального давления могут вызывать появление или усиление очаговых мозговых симптомов, а снижение артериального давления при ослаблении сердечной деятельности может быть непосредственной причиной смерти. В пожилом и старческом возрасте атеротромботический инсульт – широко распространенное явление. Выявлено, что около 50% ишемических инсультов развиваются по причине патологических изменений экстракраниальных артерий (Крылов В.В., Дашьян В.Г., Леманев В.Л., Далибалдян В.А. и др., 2014). Превентивное хирургическое лечение у пациентов младше 80 лет является эффективной мерой профилактики инсульта (Bejot Y., 2010). Кроме того, даже у больных, перенесших инсульт с глубоким неврологическим дефектом, оперативное вмешательство позволяет добиться лучшего восстановления утраченных функций (Дуданов И.П., Васильченко Н.О., Коблов Е.С., Азиева А.З. и др., 2013). Геморрагические инсульты у пожилых регистрируются достаточно редко, их причиной служит гипертоническая болезнь; аневризмы и сосудистые мальформации чаще проявляют себя в возрасте до 60 лет. Также в качестве вероятной причины рассматривается амилоидная ангиопатия, проявляющаяся накоплением амилоида в адвентиции артерий небольшого диаметра. У пациентов, перенесших геморрагический инсульт в возрасте моложе 60 лет, эта морфологическая находка фигурирует в 8% случаев, тогда как у пациентов старше 90 лет – более чем в 60%. С накоплением амилоида связано формирование микроаневризм и фибриноидный некроз стенок артериол (Яхно Н.Н., 2001).

Выводы

Резидуальный неврологический дефицит отмечается у 2/3 пациентов пожилого

возраста. Помимо двигательных расстройств, на первый план у пожилых выходят когнитивные нарушения, регистрируемые в 50% случаев. Когнитивные нарушения в постинсультном периоде у больных пожилого возраста встречаются чаще, чем у более молодых пациентов, в особенности при низком уровне образования, наличии сопутствующей соматической патологии (сахарный диабет, мерцательная аритмия, сердечная недостаточность). Это в значительной степени затрудняет социально-бытовую адаптацию, снижает эффективность реабилитационных мероприятий, так как данная категория больных имеет низкий уровень мотивации, приверженности к лечению. Снижает мотивацию к выздоровлению и старческая депрессия, плохо поддающаяся медикаментозной коррекции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азин А.Л. Ультразвуковой анализ и возможность электроимпульсной коррекции изменений в сердечно-сосудистой системе у лиц с ускоренным старением / А.Л. Азин, М.Е. Якимова, В.С. Кубланов // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2012. – № 3 (40). – С. 48–49.
2. Анацкая, Л.Н. Особенности ишемического инсульта у людей пожилого возраста / Л.Н. Анацкая // Медицинские новости. – 2011. – №1. – С. 10–12.
3. Буров, С.А. Факторы риска развития злокачественного течения обширного ишемического инсульта / С.А. Буров, А.С. Никитин, С.А. Асратян и соавт. // Нейрохирургия. – 2012. – № 3. – С. 18–25.
4. Гафуров, Б.Г. Некоторые клиничко-патогенетические характеристики первого и повторного мозговых инсультов / Б.Г. Гафуров, Рахманова Ш.П. // Международный неврологический журнал. – 2011. – №1(39). – С. 59.
5. Дамулин, Л.Г. Бибилов // Клин. геронтол. – 1995. – № 1. – С. 32–36.
6. Дуданов, И.П. Неврологические исходы у пациентов, перенесших реконструктивные операции на сонных артериях, выполненных в остром периоде ишемического инсульта / И.П. Дуданов, Н.О. Васильченко, К.В. Лаптев и соавт. // Биомедицинский журнал. – 2011. – Т.12, № 7. – С. 873–886.

7. Дуданов, И.П. Хирургическое лечение стенозированных сонных артерий у пациентов с выраженным неврологическим дефицитом в остром периоде ишемического инсульта / И.П. Дуданов, Н.О. Васильченко, Е.С. Коблов и соавт. // Нейрохирургия. – 2013. – № 2. – С. 18–24.
8. Ельчанинов, А.П. Доказательная медицина: инсульт – эпидемиология, факторы риска, лечение, профилактика. Пособие для врачей / А.П. Ельчанинов. – СПб.: Феникс, 2009 – 104 с.
9. Иванова, Г.Е. Организация реабилитационного процесса / Г.Е. Иванова // Клин. вестн. Кремлევск. Мед. – 2012. – № 4. – С. 8–10.
10. Иванова, Н.Е. Современные аспекты лечения хронической ишемии мозга при атеросклеротическом поражении прецеребральных артерий / Н.Е. Иванова, В.В. Кирьянова, Я.Н. Машковская // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 10. – С. 46–48
11. Кадыков, А.С. Медикаментозная терапия острого инсульта / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпаронова // Фармацевтический вестник. – 2003. – № 27. – С. 20–21.
12. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных / А.С. Кадыков,
13. Кадыков, Н.В. Шахпаронова // Consilium medicum. – 2010, № 3, прил. – С. 30–32.
14. Крыжановский, С.М., Повторный ишемический инсульт. Особенности тактики введения пациентов / С.М. Крыжановский, М.А. Можаровская // Consilium Medicum. – 2012. – Т. 14, № 9. – С. 44–47.
15. Крылов, В.В. Хирургическое лечение больных с двусторонними окклюзионно-стенотическими поражениями брахиоцефальных артерий / В.В. Крылов, В.Г. Дашьян, В.Л. Леманев и соавт. // Нейрохирургия. – 2014. – № 4. – С. 16–25.
16. Л.А. Черникова, Н.В. Шахпаронова. – /М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 560 с.
17. Левин О.С. Когнитивные нарушения в раннем восстановительном периоде ишемического инсульта / О.С. Левин, Н.И. Усольцева, М.А. Дударова // Рос. мед. журн. – 2009. – № 4. – С. 20–25.
18. Липовецкий Б.М. Цереброваскулярная болезнь с позиции общей патологии / Б.М. Липовецкий. – СПб.: СпецЛит, 2013. – 69 с.
19. Лобзин С.В. Опыт использования препарата Омарон в лечении дисциркуляторной энцефалопатии с интермиттирующей вертебрально-базилярной недостаточностью / С.В. Лобзин, Т.В. Бодрова, А.В. Василенко // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2009. – Т 109, № 1. – С. 40–43.
20. Мякотных В.С. Нейрососудистая гериатрия / В.С. Мякотных, А.С. Путилина, М. Солдатов // Врач. – 2006. – № 5. – С. 29–34.
21. Путилина М.В. Церебральные инсульты в старческом возрасте / М. В. Стариков, В.И. Хлызов. – Екатеринбург: УИФ Наука, 1996. – 320 с.
22. Флуд, В.В. Прогнозирование исходов острых нарушений мозгового кровообращения у лиц пожилого и старческого возраста: /Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Флуд. – СПб., 2008. – 156 с.
23. Чазов, И.Е. Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии / И.Е. Чазов, С.А. Бойцов, Д.В. Нобиевирдзе. // Российские рекомендации (второй пересмотр). – М., 2004. – С. 10–11.
24. Штульман, Д.Р. Неврология: Справочник практического врача / Д.Р. Штульман, О.С. Левин. – 6-е изд., доп. и перераб.– М.: МЕДпресс-информ, 2008. 435 с.
25. Appelros, P., Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review / P. Appelros, B. Stegmayr, A. Terent // Stroke. – 2009. –Vol. 40. – P. 1082–1090.
26. Seo, S.R. The incidence of stroke by socioeconomic status, age, sex and stroke subtype: a nationwide study in Korea / S.R. Seo, S.Y. Kim, S.Y. Lee // J prev med public health. – 2014. – Vol. 47 (2). – P 104–112.
27. Fonarow, G.C. Age-related differences in characteristics, performance measures, treatment trends, and outcomes in patients with ischemic stroke / G.C. Fonarow // Circulation. – 2010. – Vol. 121. – P. 879–891.

Поступила 09.08. 2021