

О. В. Карпицкая. А. Ю. Шкраба
**АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО
КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

Научный руководитель: ассист. Ю.В. Московских
Кафедра нервных и нейрохирургических болезней,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

V. V. Karpitskaya, A. Y. Shkraba
**ANALYSIS OF FEATURES OF
ACUTE CEREBROVASCULAR DISEASE IN YOUNG**

Tutor: assistant Yu. V. Moskovskikh
Department of neurological and neurosurgery disease,
Belarusian State Medical University, Minsk

Резюме. В статье изучены особенности острого нарушения мозгового кровообращения у лиц в возрасте от 18 до 44 лет. В результате работы были установлены причины и структура ОНМК у лиц молодого возраста (18 – 44 года), исследован уровень сознания у пациентов с ОНМК при поступлении по шкале ком Глазго, проведена оценка и сравнение динамики неврологического статуса у пациентов с инфарктом мозга и внутримозговым кровоизлиянием.

Ключевые слова: Классификация TOAST, шкала ком Глазго, шкала NIHSS.

Resume. In this article features of acute cerebrovascular disease at the age from 18 until 44 years were examined. During the research, reasons and the structure of acute cerebrovascular disease in young (18-44 years), the level of consciousness on the Glasgow coma scale on admission were examined. Dynamics of neurological status in patients with ischemic stroke and cerebral hemorrhage was assessed and compared.

Keywords: TOAST classification, the Glasgow coma scale, NIHSS.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) занимает 2-3 место в структуре общей смертности населения [2, 3]. Инвалидизация от ОНМК занимает первое место среди причин первичной инвалидизации, достигая, по данным разных авторов, до 40%. Лишь 8% выживших пациентов способны вернуться к прежней работе после перенесенного ОНМК, еще 20% не могут самостоятельно ходить, а 31% пациентов нуждаются в посторонней помощи [1].

Цель: установить причины и структуру ОНМК у лиц молодого возраста.

Задачи:

1. Установить причины и структуру ОНМК у лиц молодого возраста (18 – 44 года).
2. Исследовать уровень сознания у пациентов с ОНМК при поступлении по шкале ком Глазго.
3. Оценить и сравнить динамику неврологического статуса у пациентов с инфарктом мозга и внутримозговым кровоизлиянием.

Материалы и методы. Дизайн – ретроспективное, когортное, сравнительное исследование, объектом которого является 45 пациентов в возрасте от 18 до 44 лет, проходивших лечение на базе ГУ «Минский научно-практический центр хирургии,

трансплантологии и гематологии» в 2018 году. Данные пациенты были разделены на 2 группы: 30 (66,67%) человек с инфарктом мозга (ИМ) – группа 1 (Г1); 15 (33,33%) пациентов с геморрагическим инсультом – группа 2 (Г2), из которых 12 (80,0%) человек с внутримозговым кровоизлиянием (ВМК) и 3 (20,0%) с субарахноидальным кровоизлиянием (САК). Для оценки неврологического статуса пациентов с ИМ и ВМК при поступлении и выписке использовалась шкала NIHSS (Шкала тяжести инсульта Национальных институтов здоровья, The National Institutes of Health Stroke Scale), для исследования уровня сознания у пациентов в Г1 и Г2 – шкала ком Глазго, для оценки тяжести состояния пациентов с САК - шкала Hant-Hess.

При статистической обработке полученных данных применялся пакет статистических методик «Статистика 10.0». В процессе работы для оценки нормальности распределения признаков применялись некоторые непараметрические методы для нахождения достоверных различий между сравниваемыми группами:

- а) U-критерий Манна-Уитни (две независимые группы);
- б) T-критерий Уилкоксона (одна группа при поступлении и после).

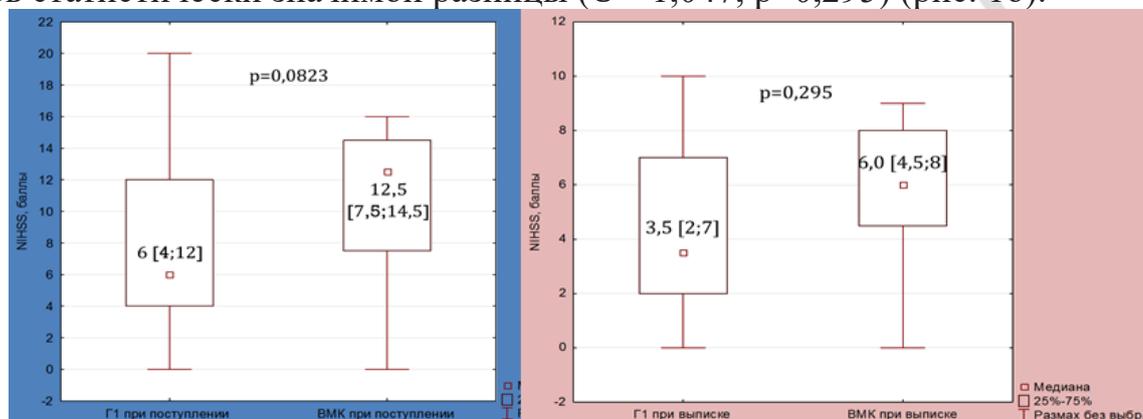
Во всех случаях результаты принимались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Клинико-демографические показатели исследуемых групп представлены в табл. 1.

Табл. 1. Клинико-демографическая характеристика пациентов

Оцениваемый параметр	Г1	Г2
Количество пациентов	30	15
Пол, ж/м	11/19	2/13
Возраст, лет ¹	36,57±6,36	36,64±6,32
ШКГ (шкала ком Глазго) при поступлении, баллы ²	15 [15; 15]	13 [8; 15]
NIHSS при поступлении, баллы ²	6 [4;12]	12,5 [7,5;14,5]
(n=8)		
NIHSS при выписке, баллы ²	3,5 [2;7]	6 [4,5;8,0]
(n=8)		
Летальность, пациентов	0	5
Продолжительность лечения, койко-день ¹	17,23±8,31	15,43±9,83
Примечание: 1 М±tmM;	2 Me [межквартильный интервал].	

При сравнении неврологического статуса по шкале NIHSS при поступлении в группе пациентов с инфарктом мозга (Г1) и в группе выживших пациентов с ВМК статистически значимых различий не наблюдалось ($U=-1,737$, $p=0,0823$) (рис. 1а). При оценке выраженности неврологического дефицита по шкале NIHSS при выписке в группе пациентов с инфарктом мозга и группе выживших пациентов с ВМК не наблюдалось статистически значимой разницы ($U=-1,047$, $p=0,295$) (рис. 1б).



а)

б)

Рис. 1 - Сравнение неврологического статуса при поступлении (а) и при выписке (б) пациентов в Г1 и в группе выживших пациентов с ВМК.

При исследовании уровня сознания по шкале ком Глазго на момент поступления в группе пациентов с инфарктом мозга показатель статистически больше, чем в группе пациентов с геморрагическим инсультом ($U=3,274$, $p=0,0011$). Уровень летальности пациентов в Г2 составляет 33,3%, в то время как в Г1 0%, что свидетельствует о наиболее тяжелом течении и худшем прогнозе у пациентов с геморрагическим инсультом (табл. 2).

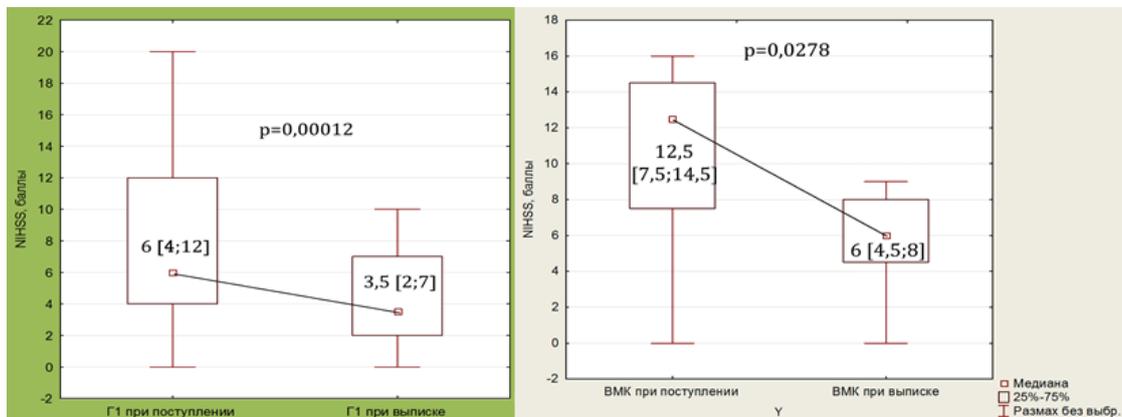
Табл. 2. Сравнение уровня сознания, летальности пациентов в Г1 и Г2.

Оцениваемый параметр	Г1	Г2
Количество пациентов	30	15
ШКГ (шкала ком Глазго) при поступлении, баллы ¹	15 [15;15]	13 [8;15]
Летальность, пациентов (%)	0 (0)	5 (33,3)

Примечание: 1 Ме [межквартильный интервал]

При исследовании динамики неврологического статуса за время госпитализации ($17,23 \pm 8,31$ койко-дней) по шкале NIHSS в группе пациентов с инфарктом мозга наблюдалось статистически значимое уменьшение неврологического дефицита ($T=4,372$, $p=0,00012$) (рис.2а). При оценке неврологического дефицита по шкале NIHSS на момент поступления и через $15,43 \pm 9,83$ койко-дней в группе выживших

пациентов с ВМК также наблюдалось статистически значимое уменьшение неврологического дефицита ($T=2,20$, $p=0,0278$) (рис. 2б).



а)

б)

Рис. 2 - Динамика неврологического статуса пациентов в Г1 (а) и в группе выживших пациентов с ВМК (б).

Оценка структуры пациентов Г1 по международной этиопатогенетической классификаций TOAST представлена в диагр.1.



Диагр.1 – Структура ИМ по TOAST.

Причины ВМК представлены в диагр.2.



Диагр.2 – Причины ВМК.

Анализируя локализацию инфаркта мозга, выясняется, что в левом каротидном бассейне артерий (КБА) было у 13 (43,33%) пациентов, в правом КБА – у 8 (26,67%), а в вертебро-базиллярном бассейне артерий (ВББА) – у 9 (30,00%). При оценке локализации ВМК определяется, что в левом полушарии было у 6 (40,00%) человек, в правом – у 4 (26,67%), в стволе мозга – у 1 (6,67%), внутрижелудочковое кровоизлияние (ВЖК) – у 4 (26,67%).

7 (46,67%) пациентам Г2 проводилось оперативное лечение, из них 4 (57,14%) пациентам - опорожнение внутримозговой гематомы (ВМГ), 1 (14,29%) – опорожнение ВМГ с клипированием АВМ, 1 (14,29%) - эндоскопическое удаление множественных гематом, 1 (14,29%) клипирование аневризмы. Летальность после операции составила 1 % (1 пациент с ВМК).

2 пациентам с САК на фоне разрыва аневризмы I и II ст. по шкале Hunt-Hess было проведено оперативное лечение (клипирование аневризмы). Степень тяжести V ст. на фоне гипертонического криза, умер.

Выводы:

1 Средний возраст возникновения инфаркта мозга и геморрагического инсульта у лиц молодого возраста статистически не различается ($p > 0,05$) и составляет $36,57 \pm 6,36$ лет и $36,64 \pm 6,32$ лет соответственно.

2 У пациентов в возрасте 18-44 лет в этиологии инфаркта мозга преобладает в 38,71% случаев атеротромбоз сосудов головного мозга, ведущей причиной ВМК в 53,85% случаев является артериальная гипертензия, а САК в 66,67 % случаев - разрыв аневризмы.

3 В связи с более выраженным угнетением уровня сознания по шкале ком Глазго и высокой летальностью пациентов в группе с геморрагическим инсультом можно сделать вывод о наиболее тяжелом течении и худшем прогнозе для пациентов с ВМК и САК.

4 При исследовании динамики неврологического статуса по шкале NIHSS за время госпитализации в группе пациентов с инфарктом мозга и в группе выживших пациентов с ВМК наблюдалось статистически значимое уменьшение неврологического дефицита ($T=4,372$, $p=0,00012$ и $T=2,20$, $p=0,0278$, соответственно).

Литература

1. Ермолаева Т. И. Инсульты у лиц молодого возраста/ Ермолаева Т. И., Фомина Р. В. // Актуальные вопросы клинической медицины. – 2017. - №77. – С. 117-122.
2. Чочаева М.Ж. Острое нарушение мозгового кровообращения: частота, структура, возможности нейровизуализации/ Чочаева М.Ж., Эльгарова Л.В., Сабанчиева Х.А., Тхабисимова И.К. // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – С. 1-2.
3. Smajlović, D. Strokes in young adults: epidemiology and prevention/ Smajlović, D. // Vascular health and risk management. – 2015. - Vol. 11. - P. 157-64.