

А.Г. Мишаков, М.Ф. Исмагилов, А.Н. Галиуллин

**КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ  
БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**  
(по материалам неврологического отделения г. Йошкар-Олы)

*Казанский государственный медицинский университет,  
Военно-медицинская служба в/ч 95504*

Для изучения клинического течения, исходов и экспертной оценки были проанализированы истории болезни 1028 больных: женщин — 529 (51,24%), мужчин — 499 (48,5%) с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ), пролеченных в неврологическом отделении муниципальной больницы г. Йошкар-Олы за 1999—2000 гг. Возраст больных варьировал от 20 до 70 и более лет (средний возраст — 61,5 года). Подавляющее большинство (74,8%) были в возрасте от 40 до 69 лет, среди них 38,5% больных от 60 до 69 лет.

Среди госпитализированных основную группу составили больные с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) — 704 (68,5%) человека, у которых был диагностирован ишемический инсульт (77,2%), геморрагический паренхиматозный инсульт (13,2%), субарахноидальное кровоизлияние (4,7%) и преходящее нарушение мозгового кровообращения — ПНМК (3,4%). Все больные с ОНМК были доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи, 88,9% госпитализированных прошли нейровизуализацию с помощью РКТ или МРТ головного мозга.

У 181 (17,6%) больного была дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), у 114 (11,1%) — последствия ОНМК, у 29 (2,8%) — начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения. Эти больные были госпитализированы в плановом порядке.

По мере увеличения возраста больных стойкие мозговые катастрофы начинали преобладать над преходящими: в возрастной группе от 50 до 59 лет их соотношение составляло 1,7:1, от 60 до 69 лет — 2,4:1, 70 лет и старше — 3,1:1. Такая же закономерность наблюдалась и в группах пациентов с последствиями ОНМК и ДЭ, нарастание частоты которых отмечалось с увеличением возраста. У больных в возрасте до

50 лет выявлялся преимущественно геморрагический инсульт, 60 и старше лет — инфаркт мозга. Мозговые инсульты чаще возникали в весенне-летний период (29,3%), реже — в осенний (23,5%).

Основными заболеваниями, на фоне которых развивались ЦВЗ, были церебральный атеросклероз и артериальная гипертензия. Среди всех госпитализированных артериальная гипертензия была диагностирована у 701 (68,2%) человека, в группе больных с ОНМК — у 524 (74,5%). Церебральный атеросклероз был выявлен у 662 (64,4%) больных, а в группе с ОНМК — у 506 (72,0%). У 130 (12,6%) больных атеросклероз сочетался с гипертонической болезнью. Другие заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматизм, ИБС, аритмия сердца) имели место у 95 (13,6%) человек, сахарный диабет — у 83 (11,8%). Аневризмы и мальформации церебральных сосудов определены у 12 (1,7%) больных с ОНМК.

Отмечено, что с возрастом частота церебрального атеросклероза начинает увеличиваться и преобладать над артериальной гипертензией. Например, если в возрастной группе 40—49 лет частота артериальной гипертензии составляла 6,8%, а церебрального атеросклероза — 3,8%, то в возрастной группе 60 лет и старше — уже соответственно 8,4% и 49,8%.

Установлено, что у 498 (70,8%) больных ОНМК возникали на фоне физического напряжения или эмоциональных перегрузок: днем — у 613 (87,2%) человек, реже ночью — у 90 (12,8%). Заболевание развивалось остро у 93,6% при геморрагических процессах и у 73,5% при ишемических инсультах. Сознание чаще нарушалось (кома, сопор) при геморрагических инсультах (42%), реже — при ишемических (9,2%) и ПНМК (5,9%). Менингеальный синдром отмечался у 39 (30,9%) пациентов при

геморрагических инсультах и у 6 (1,1%) — при ишемических. Общемозговой синдром, протекающий с головной болью, головокружением, тошнотой, заторможенностью значительно чаще выявлялся при геморрагических инсультах (68,3%), чем при ишемических (23,7%).

Среди очаговой симптоматики преобладали гемипарезы: в 41,2% случаев — при геморрагических инсультах, в 80,7% — при ишемических и в 50% — при ПНМК. VII, XII, III и VI пары черепно-мозговых нервов вовлекались в процесс чаще при ПНМК и ишемических инсультах (28,6%), чем при геморрагических (11,1%). Проявление сенсорной и моторной афазий отмечались в 7,1% случаев при геморрагических инсультах, в 28,6% — при ишемических инсультах и в 17,6% — при ПНМК. Судорожный синдром констатирован в 7,9% наблюдений при геморрагических инсультах и в 1,47% — при ишемических.

В большинстве наблюдений (75,4%) мозговой инсульт локализовался в полушариях головного мозга, реже (12,2%) — в стволе головного мозга. Геморрагии происходили в левом полушарии чаще, чем в правом (соответственно 32,5% и 38,3%), ишемические инсульты — чаще в левом, чем в правом (соответственно 45,9% и 38,6%), а ПНМК — чаще в правом, чем в левом (соответственно 35,3% и 26,5%).

Наибольшее число поражений (76%) локализовалось в бассейне средних мозговых артерий, значительно реже — в зоне передней мозговой (2,8%) и заднемозговой артерий. В 12,1% наблюдений очаги поражений выявлялись в бассейне вертебробазиллярных артерий.

За 1999—2000 гг. из 670 госпитализированных больных с церебральным инсультом за время трехнедельного пребывания в стационаре умерли 153 (22,8%) человека. В группе больных с геморрагическим инсультом летальность составила 57,9%, в группе с ишемическим инсультом — 14,7%. 77,9% больных с ишемическим инсультом были выписаны с улучшением, а при геморрагическом инсульте этот показатель

составил лишь 33,3%. 82,5% (66 из 80 чел.) больных ишемическим инсультом умерли в возрасте 60 лет и старше, в то время как при геморрагическом инсульте летальность не имела связи с возрастом.

Такие факторы, как прорыв крови в желудочковую систему мозга (77,7%), нарастающий отек мозга, вклинение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, острая пневмония (17,6%), тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда, легочная и сердечная недостаточность, повторный мозговой инсульт во время лечения (5,9%) и срок госпитализации, оказывали существенное влияние на исход церебрального инсульта, резко повышая летальность. Так, исход мозгового инсульта при ишемическом процессе непосредственно зависел от сроков госпитализации: доля пациентов, выписанных с улучшением среди госпитализированных в первые сутки, составила 31,5%, в то время как среди госпитализированных на вторые и третьи сутки положительная динамика в их состоянии прослеживалась лишь в 16,0% случаев, при еще более поздних сроках госпитализации — в 8,8%. Причинами запоздалой госпитализации были позднее обращение за медицинской помощью (63,5%), продолжительное и недифференцированное лечение на дому (27,2%).

Таким образом, клиничко-экспертная оценка позволила определить этиологические факторы, особенности клинического течения основных форм ЦВЗ, а также уточнить причины, влияющие на эффективность проводимой терапии и исходы, в первую очередь мозговых инсультов, в условиях неврологического отделения г. Йошкар-Олы. Результаты анализа могут быть использованы в конкретных условиях для оптимизации организационных форм, разработки адекватных методов ургентной помощи и профилактики сосудистых церебральных катастроф.

Поступила 30.04.02.