

УДК 611.813.14.018:599.323.4

ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА: АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Габдулвалеева Э.Ф.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный университет», Уфа, Россия

Приведены результаты анализа факторов риска возникновения острых нарушений мозгового кровообращения. Выявлена роль факторов: пола, возраста, соматических заболеваний и характера трудовой деятельности.

Ключевые слова: экология человека, факторы риска, острые нарушения мозгового кровообращения

Проблема цереброваскулярной патологии, обусловленная острой ишемией головного мозга, из-за большой распространенности и тяжести осложнений представляет в настоящее время медицинское и социальное значение не только в России, но и во всём мире [7]. В нашей стране показатели смертности населения от сосудистых заболеваний мозга занимают второе место, уступая только ишемической болезни сердца [1, 6, 8]. Ежегодно в России переносят острое нарушение мозгового кровообращения более 450 тысяч, летальность при которых достигает 35% [2]. По данным литературы одним из доминирующих факторов риска возникновения тяжелой патологии мозга, приводящей к инвалидизации и смертности населения, является ишемический инсульт [3].

Для организации профилактических мероприятий большую роль играет изучение факторов риска, анализу которых посвящена данная работа.

Субъекты и методы. Нами проведены клиничко-физиологические исследования 158 больных с острой ишемией головного мозга. Для контроля взята группа из 30 практически здоровых лиц обоего пола в возрасте основной исследуемой группы.

Научная работа проводилась в неврологической клинике Института повышения квалификации Федерального Управления медико-биологических и экстремальных проблем при МЗ РФ. Динамика заболевания была прослежена на протяжении 2 лет, либо путем повторной госпитализации (73), либо катанестически (85).

В работе использовалась классификация сосудистых поражений головного моз-

га, основанная на клинических критериях, предложенная в 1971 году Е.В. Шмидтом и Г.А. Максудовым, которая в последующем дополнена Н.В. Верещагиным с соавт. (1977), Е.И. Гусевым с соавт. (1985), Е.М. Бурцевым с соавт. (1993).

Диагноз ишемического инсульта устанавливали на основании оценки анамнеза, клинической картины заболевания, данных компьютерной (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ), дополнительных клиничко-лабораторных и инструментальных обследований.

Острое начало, общемозговые и очаговые симптомы, данные дополнительных методов исследования, позволяли установить локализацию ишемического инсульта, которая затем подтверждалась визуализирующими методами исследования. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от данных КТ или МРТ исследования. При КТ или МРТ исследовании у 100 (мужчин -51, женщин -49) больных на томограммах не было обнаружено очаговых изменений. По данным литературы изменения при КТ мозга могут отсутствовать у больных с очень небольшим очагом в белом веществе полушарий мозга или подкорковых ядрах - диаметром меньше 0,5 см; при небольшом корковом очаге - диаметром менее 1-2 см; при небольшом очаге в стволе мозга [4, 13]. Эта группа больных рассматривалась как больные с «псевдоинсультом» (с очень малым очагом ишемии мозга) и была обозначена термином - КТ негативный ишемический инсульт.

У 58 (мужчин - 37, женщин - 21) больных обнаружены очаговые изменения

на томограммах размером от 5 до 15 мм в диаметре, средний размер - $10,5 \pm 0,7 \times 8,4 \pm 0,8$ мм (у мужчин - $10,1 \pm 0,7 \times 8,7 \pm 1,1$; у женщин - $11,1 \pm 0,6 \times 7,9 \pm 0,05$), они были отнесены к малому инсульту (МИ).

С целью объективной диагностики сосудистых поражений головного мозга была разработана адаптированная история болезни, позволяющая провести быструю обработку данных; включающая в себя: подробные жалобы больного, нарастание их, выраженность и периодичность; анамнез заболевания с учетом последовательности и динамики развития всех симптомов; анамнез жизни, время наступления болезни, ее длительность, дебют. Подробно указаны провоцирующие факторы, наследственность (повышение АД и наличие сердечно-сосудистых расстройств у ближайших родственников), особенности течения процесса, клинические проявления заболевания: интенсивность, частота, качество неврологических жалоб, предвестники и время возникновения острой ишемии головного мозга.

Для более точного анализа клинического материала нами были разработаны карты в виде анкет - опросников, включающих в себя: критерий уровня АД, подробные жалобы больного, эффект от проводимой терапии, субъективное исследование факторов риска, вопросы психической и физической адаптации. Особое внимание уделялось факторам, влияющим на прогрессирование заболевания и ухудшающим состояние пациента.

Результаты и их обсуждение

При острой ишемии мозга пол и возраст проанализированы в зависимости от стадии болезни, что имело глобальное значение для определения прогноза. Проведенные исследования показали, что малый ишемический инсульт встречался преимущественно у мужчин (37 чел.), пик болезни приходился на возраст 40-45 лет (37,8%). При «псевдоинсульте» преимущественно также составляли мужчины (51 чел.), пик болезни приходился на возраст после 45 лет (49,0%), т.е. сохранялись те же закономерности. Значительно увеличился рост заболевших при псевдоинсульте как у мужчин (49,0%), так и женщин

(40,8%) после 45 лет. При малом инсульте пик болезни приходился на возраст 40-45 лет: у мужчин (37,8%), у женщин (57,1%).

При острой ишемии мозга преобладали служащие - 40,5%. Рабочие составляли 23,4%, фермеры - 7,6%, пенсионеры - 5,7%, домохозяйки - 3,2%, инвалиды - 19,6%. Следовательно, по профессиональному составу во всех исследуемых группах преобладали служащие. Рабочие и сельские жители имели практически равные доли, однако, в группе с острой ишемией мозга по типу «псевдоинсульта» отмечался устойчивый рост к инвалидности.

При анализе длительности процесса отмечалось увеличение роста заболеваемости больных свыше 10 лет (55 чел.), преимущество составляли женщины (39 чел.) в возрасте от 40 до 45 лет (48,7%). Длительность до 5 лет отмечена у 53 чел., преимущество составили женщины (31 чел.) в возрасте от 30 до 39 лет (41,9%). При течении болезни от 5 до 10 лет в основном преобладали мужчины 29 человек в возрасте от 40 до 45 лет (37,9%).

Анализируя полученные результаты по полу, возрасту и длительности заболевания, отмечались следующие закономерности.

В молодом возрасте при малом инсульте пол и возраст практически не взаимосвязаны. При «псевдоинсульте» преимущественно страдают мужчины. Отмечена устойчивая тенденция к росту заболевания в «критическом» возрасте (40-45 лет), на который приходился пик подъема болезни, как у мужчин, так и у женщин.

Очаги ишемии встречались в области Варолиева моста (у 6 из 13) и продолговатого мозга (у 1 из 13) только при малом инсульте. Малый инсульт в области мозжечка отмечался в 2 и в затылочной доле в 4 из 13 случаев. Средние очаги ишемии отмечались в мозжечке у 3 из 4 и затылочной доле у 1 из 4. Большие очаги ишемии в мозжечке встречались у 3 из 12 и в затылочной доле у 9 из 12 больных. Малый инсульт в вертебробазиллярном бассейне незначительно чаще отмечался у мужчин.

Результаты собственных исследований позволили выявить факторы риска характерные для псевдоинсульта: - возраст до 60 лет, артериальная гипертония, хрониче-

ские заболевания ЖКТ, аппендэктомия в анамнезе, хронические гинекологические заболевания у женщин, черепно-мозговая травма в анамнезе. О влиянии возраста и артериальной гипертензии при ишемическом инсульте имеется много публикаций [14], но отсутствуют сообщения об этих факторах при псевдоинсульте. По нашим данным псевдоинсульт встречался чаще в молодом возрасте, у больных с артериальной гипертензией, без признаков атеросклероза. Хронические заболевания ЖКТ, необязательно в активной стадии, могут являться причиной ишемического инсульта, их связь опосредуется через тромбоцитоз, гиперкоагуляцию, малую подвижность, васкулит и дегидратацию [11].

По мнению ряда авторов [8, 10] высоким фактором риска ПИ являются кардиальные и каротидные микроэмболии, в то время как другие учёные [9, 12] отмечают эту причину очень редко. При КТ ПИ одни авторы отмечали, что они по форме и размерам похожи друг на друга, другие описывали ПИ как расширенное периваскулярное пространство [7].

По нашим данным при псевдоинсульте сохраняется у многих больных нормальная ЭКГ, почти не встречается мерцательная аритмия. Проведенное исследование некоторых биохимических, гемостазиологических показателей крови показал, что изменения уровня бета - липопротеидов, некоторых показателей гемостазиограммы могут изменяться в зависимости от размеров очага ишемии головного мозга и могут зависеть от фактора пола. Так высокое содержание бета - липопротеидов в крови может способствовать поражению мелких сосудов головного мозга и нарушению микроциркуляции на этом уровне, способствуя развитию псевдоинсульта или малого инсульта. Повышение глюкозы крови способствует нарастанию гиперкоагуляции при ишемическом инсульте, видимо более ярко это проявляется у лиц женского пола. Изменение некоторых показателей свертывающей системы крови в сторону гиперкоагуляции (АЧТВ, ОФН-тест, этаноловый и протаминсульфатный тесты, агрегация тромбоцитов и ПДФ) имели прямую зависимость от типа и характера процесса. Обнаружены

изменения бета - липопротеидов, некоторых показателей коагулограммы в зависимости от размеров очага ишемии головного мозга и пола больных. Так повышение бета - липопротеидов отмечалось при псевдоинсульте и малом инсульте у лиц обоего пола ($p < 0,05$), но сильнее у женщин ($p < 0,001$). Повышение уровня глюкозы также было достоверно выше у женщин ($p < 0,05$), чем у мужчин. Снижение уровня гемоглобина было выражено сильнее у мужчин ($p < 0,05$), чем у женщин. Гиперкоагуляция по АЧТВ была выражена сильнее у женщин ($p < 0,05$), чем у мужчин, а по агрегации тромбоцитов, наоборот, была выше у мужчин, чем у женщин ($p < 0,001$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. – 447 с.
2. Баркаган З.С. Клинико-патогенетические варианты, номенклатуры и основы диагностики гематогенных тромбофилий. // Пробл. гематологии и переливания крови. – 1996. – № 3. – С. 5–15.
3. Гасанов Р.Л., Левин Я.И., Вейн А.М. Ночные мозговые инсульты // Материалы 8 Всероссийского съезда неврологов. – Казань, 2001. – С. 218.
4. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Скворцова В.И. Дифференциальная терапия церебральных инсультов // Вестник практической неврологии. – 1995. – №1. – С. 8-14.
5. Ерохина Л.Г., Чекнева Н.С., Стаховская Л.В. Современные аспекты клиники и патогенеза псевдоинсульта при острой соматической патологии // Неврологический журнал. – 1992. – №2. – С. 19-22.
6. Лакунарный инфаркт – особая форма очаговой сосудистой патологии головного мозга при артериальной гипертензии / Н.В. Верещагин, В.А. Моргунов, Л.А. Калашникова и др. // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1983. – №7. – С. 1015-1021.
7. Федин А.И. Энергетический обмен в головном мозге у больных с тяжёлым инсультом // Сосудистые заболевания нервной системы. – М., 1983. – С. 187-190.
8. Хак А.М. Изучение механизмов развития цереброваскулярных расстройств при остром повышении артериального давления: (экспериментальные и клинические исслед.): Дисс. ... к.м.н. – М., 1992. – 190 с.

9. Шмидт Е.В. Сосудистые заболевания нервной системы. – М.: Медицина, 1975. – 663 с.
10. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р., Мельничук П.В. Болезни нервной системы. – М., 1995. – Т.1. –656с.
11. Bamford J.M. The classification and natural history of acute cerebrovascular disease // M.D.thesis, University of Machester. –1986.
12. Chen J., Weinstein P.R., Gracham S.H. Attenuation of postischemic brain hypoperfusion and reperfusion injury by the cyclooxygenase-lipogenase inhibitor BW 755 C // J. Neurosurg. – 1995. –Vol.83, №1. –P.99-104.
13. Menopause and the risk of coronary heart disease in women. / G.A. Colditz, W.C. Willett, MJ. Stampfer et. al. // N. Engl. J. Med. –1987. –Vol.316. –P. 1105-1110.
14. Poirier J., Derouesne C. Cerebral Lacunae. A proposed new classification // Clin. Neuropathol. –1984. – Vol.3. –P.226.

HUMAN ECOLOGY: THE ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR CEREBROVASCULAR ACCIDENTS

Gabdulvaleeva E.F.

Bashkir state university, Ufa, Russia

The results of analysis risk factors for origin of the cerebrovascular accidents are presented. Revealed the significance of gender, age, somatic diseases and type of labor activity factors.

Keywords: human ecology, risk factors, cerebrovascular accident.