

Влияние предшествующей антигипертензивной терапии на течение церебрального инсульта

Колчу И.Г.¹, Волченкова Т.В.², Исакова Е.В.², Котов С.В.²

Influence of the previous antihypertensive therapy on the course of cerebral stroke

Kolchu I.G., Volchenkova T.V., Isakova Ye.V., Kotov S.V.

¹ МУ «Городская клиническая больница», г. Мытищи, Московская область

² Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, г. Москва

© Колчу И.Г., Волченкова Т.В., Исакова Е.В., Котов С.В.

Исследовано влияние предшествующей инсульту антигипертензивной терапии у 188 пациентов с артериальной гипертензией. Проанализированы особенности течения, лечебные результаты у пациентов, регулярно принимавших антигипертензивную терапию до инсульта, и у пациентов, которым лечение не проводилось или проводилось нерегулярно. Выявлена прямая зависимость предшествующей антигипертензивной терапии и частоты развития геморрагического инсульта, подтипа, тяжести течения, восстановления функций.

Ключевые слова: инсульт, острый период, артериальная гипертензия.

Influence of the previous antihypertensive therapy on the course of cerebral stroke was analyzed in 188 hypertensive patients. Stroke course features and treatment outcome were analyzed in patients receiving regular antihypertensive therapy before stroke and in those not treated or treated irregularly. Direct influence of previous antihypertensive therapy on the rate of hemorrhagic stroke development, its course severity, and subsequent functional recovery was revealed.

Key words: cerebral stroke, acute period, arterial hypertension.

УДК 616.831-005.1:615.061:615.225.2

Введение

Увеличение числа цереброваскулярных заболеваний является актуальной медико-социальной проблемой. Распространенность инсульта растет во всем мире. В России каждый год регистрируется более 450 тыс. новых случаев. В структуре общей смертности в нашей стране доля острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) составляет 21,4%, а инвалидизация после перенесенного инсульта достигает 3,2 случая на 1 тыс. населения, занимая первое место среди всех причин первичной инвалидности. В основе инвалидизации лежат двигательные и когнитивные нарушения [3]. Более 10% больных, перенесших инсульт, нуждаются в постоянном уходе и посторонней помощи.

Артериальная гипертензия (АГ) является ведущим фактором церебрального инсульта. Риск его возникновения прямо коррелирует с тяжестью АГ [2, 4]. Не вызывает сомнения тот факт, что своевременная и

адекватная антигипертензивная терапия способна предотвратить развитие церебральной катастрофы. Существует прямая зависимость между уровнем артериального давления (АД) и риском развития инсульта: при повышении диастолического АД на 10 мм рт. ст. риск развития церебрального инфаркта возрастает почти в 2 раза, причем более значимо его влияние среди лиц молодого и среднего возраста [6, 7].

Вместе с тем имеются спорные вопросы, касающиеся лечения пациентов с АГ и цереброваскулярной патологией. Это касается не только приоритетов использования тех или иных групп лекарственных препаратов, но и целевых уровней АД у данной категории больных и степени возможной активности антигипертензивной терапии [1].

Цель исследования — оценить влияние предшествующей развитию церебрального инсульта антигипертензивной терапии на его тяжесть, особенности течения и исход.

Материал и методы

В настоящем исследовании представлены результаты обследования и лечения пациентов, поступивших в ангионеврологическое отделение городской клинической больницы г. Мытищи в остром периоде церебрального инсульта в течение 2009 г. В исследование были включены 188 пациентов с первичным церебральным инсультом. Среди них 90 (47,8%) мужчин и 98 (52,2%) женщин, средний возраст больных составил $(73,2 \pm 9,4)$ года. В соответствии с целью и задачами исследования пациенты были разделены на две группы: в I группу вошли 54 (28,7%) человека, которые регулярно принимали антигипертензивную терапию до инсульта, II группу составили 134 (71,3%) пациента, которым лечение АГ не проводилось или проводилось нерегулярно.

Тяжесть неврологического дефицита оценивалась по шкале National Institute of Neurological Diseases Stroke Scale (NINDSS). Все пациенты были распределены по степени тяжести на следующие подгруппы: легкая (по шкале NINDSS не более 5 баллов), средняя (от 6 до 14 баллов), тяжелая (не менее 15 баллов). По размерам очага инсульта пациенты были разделены на три группы: с мелкими очагами (до 15 мм), со средними очагами (от 15 до 50 мм), с крупными очагами (более 50 мм). По подтипам ишемического инсульта выделяли: атеротромботический инсульт (АТИ), кардиоэмболический (КЭИ), гемодинамический (ГДИ), лакунарный (ЛИ), гемореологический (ГРИ), неизвестной этиологии (НЭИ).

Всем пациентам проводилось соматическое, неврологическое, нейровизуализационное (компьютерная томография (КТ) головного мозга) обследование.

Статистический анализ проводился с использованием программного пакета Statistica 6.0 for Windows. Данные представлены в виде среднего значения M , ошибки среднего m . Нормальность распределения оценивалась с использованием критерия Колмогорова—Смирнова. Оценка значимости различий количественных показателей в сравниваемых группах проведена по t -критерию Стьюдента. Для сравнения независимых выборок использовался уровень p в тесте Манна—Уитни. Достоверность различий между качественными показателями определялась с помощью критерия χ^2 с критическим значением 3,84 при $p = 0,05$.

Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В течение года было проведено обследование и лечение 163 пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) и 25 пациентов с геморрагическим инсультом (ГИ), в том числе 1 больного с субарахноидальным кровоизлиянием. В I группе число больных с ГИ составило 5,6% (соотношение ИИ и ГИ 1 : 17), во II группе — 12,7% (1 : 7).

Распределение пациентов по степени тяжести инсульта в обеих группах было сопоставимо. В I группе количество пациентов с легкой степенью по шкале NINDSS составило 20,4%; со средней степенью тяжести — 55,5%; с тяжелым инсультом — 24,1%. Во II группе распределение пациентов по степени тяжести инсульта было 20,9; 61,9; 16,4% соответственно. В обеих группах преобладали пациенты со средней степенью тяжести инсульта ($\chi^2 = 0,67$; $p = 0,41$).

В соответствии с размером очага поражения головного мозга: средний размер очага поражения — 108 (64,3%) пациентов, крупный — 45 (26,8%), мелкий — 35 (20,8%). Распределение в группах было следующим: в I группе с мелким — 11 (20,4%), со средним — 27 (50%), с крупным — 16 (29,6%); во II группе с мелким — 24 (17,9%), со средним — 81 (60,5%), с крупным — 29 (21,6%). В обеих группах преобладали пациенты со средними размерами очага.

По подтипам ИИ пациенты были распределены: АТИ — 48 (28,6%), КЭИ — 35 (20,8%), ГДИ — 27 (16,1%), ЛИ — 26 (15,5%), ГРИ — 2 (1,2%), НЭИ — 30 (17,8%).

Распределение в группах: в I группе АТИ — 11 (19,6%), КЭИ — 15 (29,4%), ГДИ — 6 (11,8%), ЛИ — 7 (13,7%), ГРИ — 1 (2%), НЭИ — 12 (23,5%); во II группе АТИ — 38 (32,5%), КЭИ — 20 (17,1%), ГДИ — 21 (17,9%), ЛИ — 19 (16,2%), ГРИ — 1 (0,9%), НЭИ — 18 (15,4%). Отмечалась достоверность различий при сравнении двух групп в АТИ по критерию Манна—Уитни — 2,32 ($\chi^2 = 4,93$; $p < 0,05$) и в ГДИ по критерию Манна—Уитни — 2,1 ($\chi^2 = 4,01$; $p < 0,05$).

При обработке результатов по шкале NINDSS достоверно выявлено, что у пациентов в I группе количество баллов до лечения составляло $10,4 \pm 0,8$, после лечения отмечена значимая (достоверная) положительная динамика в виде уменьшения количе-

ства баллов до $4,9 \pm 0,6$ ($t = 4,33$; $p < 0,001$). Во II группе количество баллов на фоне лечения достоверно снизилось с $9,5 \pm 0,5$ до $4,8 \pm 0,3$ ($t = 7,66$; $p < 0,001$).

Заключение

Таким образом, у пациентов, страдающих АГ, регулярно принимавших до развития инсульта антигипертензивную терапию, достоверно реже отмечалось развитие геморрагического инсульта по сравнению с пациентами, не получавшими или получавшими нерегулярно антигипертензивную терапию. Выявлено достоверное различие частоты встречаемости атеротромботического и гемодинамического подтипов ишемического инсульта в подгруппе пациентов, не принимавших регулярно антигипертензивную терапию, по сравнению с подгруппой комплаентных пациентов. У пациентов, которые постоянно получали антигипертензивную терапию до развития инсульта, заболевание протекало в более легкой степени и восстановление

нарушенных функций проходило с лучшей динамикой.

Литература

1. *Верецагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С.* Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии. М.: Медицина, 1997. 350 с.
2. *Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С.* Неврология и нейрохирургия М.: Медицина, 2000. 266 с.
3. *Парфёнов В.А.* Острый период ишемического инсульта: диагностика и лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 1. С. 5—8.
4. *Coca A., Messerli F.H., Benetos A. et al.* Predicting stroke risk in hypertensive patients with coronary artery disease. A report from the INVEST // Stroke. 2008. P. 343—348.
5. *European Stroke Organization (ESO) Executive Committee; ESO Writing Committee.* Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008 // Cerebrovasc. Dis. 2008. P. 457—507.
6. *Grossman E., Messerli F.H., Grodzicki T., Kowey P.* Should a moratorium be placed on sublingual nifedipine capsules given for hypertensive emergencies and pseudoemergencies? // JAMA. 1996. P. 1328—1331.
7. *PROGRESS collaborative Group,* randomized trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack // Lancet. 2001. P. 1033—1041.

Поступила в редакцию 06.04.2010 г.

Утверждена к печати 22.04.2010 г.

Сведения об авторах

И.Г. Колчу — зав. неврологическим отделением № 2 МУ «Городская клиническая больница» (г. Мытищи, Московская обл.).

Т.В. Волченкова — зав. неврологическим отделением МОНКИ им. М.Ф. Владимирского (г. Москва).

Е.В. Исакова — д-р мед. наук, главный научный сотрудник неврологического отделения МОНКИ им. М.Ф. Владимирского (г. Москва).

С.В. Котов — д-р мед. наук, профессор, руководитель неврологического отделения МОНКИ им. М.Ф. Владимирского (г. Москва).

Для корреспонденции

Исакова Елена Валентиновна, тел. 8 (495) 631-74-32, факс 8 (495) 681-15-78, e-mail: isakovael@mail.ru