

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ С МОЗГОВЫМИ ИНСУЛЬТАМИ

Фарида Вазиховна Тахавиева, Максим Владимирович Ценин

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,
кафедра неврологии и реабилитации, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова 49, e-mail: ts.max@mail.ru

Реферат. Изучены клинико-рентгенологические закономерности в развитии пневмоний. Установлено, что рентгенологическое исследование не всегда позволяет выявить наличие воспалительных изменений в легких, что приводит к недооценке тяжести состояния больных, риску развития легочных осложнений. Отягощение течения мозговых инсультов обусловлено не только пневмониями, но и различными дыхательными нарушениями, приводящими к увеличению летальности.

Ключевые слова: инфаркт головного мозга, геморрагический инсульт, острый период, постинсультные пневмонии, дыхательные нарушения.

БАШ МИЕ ИНСУЛЬТЛЫ АВЫРУЛАРДА
ПНЕВМОНИЯ ҮСЕШЕНЕ
КЛИНИК-РЕНТГЕНОЛОГИК ҮЗЕНЧ•ЛЕКЛ•РЕ

Ф•рид• Вазыйх кызы Т•х•виева,
Максим Владимирович Ценин

Казан дәүләт медицина университеты, неврология һәм
реабилитация кафедрасы, 420012, Казан ш•һ•ре,
Бутлеров урамы, 49, e-mail: is.max@mail.ru

Пневмониялар үсешендәге клиник-рентгенологик закончалыклар өйрәнел. Үпк•л•рне рентген бел•н тикшерүне һ•вакытта да андагы ялкынсыну процессларын ачыкларга ярд•м итм•ве күрс•тел. Бу х•л авыруных х•лен• дәрәс б•я бирерг• комачаулый, үпк•л•рд• төрле өзгүчл•р китереп чыгара. Баш миенд•ге инсультларны• авыр формалары пневмониял•р аркасында гына түгел, ••блки сулыш системасында төрле тайпылышлар килеп чыкканда да күз•тел. Болар үлем очракларыны• артуына китер•.

Төп төшенч•л•р: баш мије инфаркты, геморрагик инсульт, көчле период, инсульттан со• күз•телг•н пневмония, сулыш системасындагы тайпылышлар.

CLINICAL-RONTGENOLOGIC PECULIARITIES OF
PNEUMONIA DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH
CEREBRAL INSULTS

Farida Vazichovna Tahavieva,
Maksim Vladimirovich Tsenin

«Kazan State Medical University of Russian Health
Ministry», chair of neurology and rehabilitation, 420012,
Kazan, Butlerov Street 49, e-mail: ts.max@mail.ru

Clinical and rontgenologic patterns of pneumonia
development have been studied. It was established that

rontgenologic research of lungs does not allow revealing presence of inflammatory changes in all cases, leading to underestimation of severity of patients' condition and risk of development of pulmonary complications. Worsening in course of cerebral insults is caused not only by pneumonia but different respiratory disorders, leading to lethality increase.

Key words: cerebral infarction, hemorrhage insult, acute period, post- insult pneumonias, respiratory disorders.

Острый мозговой инсульт (МИ) является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности во всем мире. Дыхательные нарушения представляют собой наиболее частые и тяжелые осложнения МИ. Среди них чаще всего встречаются дыхательная недостаточность, пневмония и отек легких [7, 8]. Они возникают более чем у половины больных и в 14% наблюдений являются основной причиной смерти. Высокая частота развития пневмонии при тяжелых формах инсульта обусловлена появляющимся практически с первых суток глубоким угнетением сознания, центральными нарушениями дыхания, глотания и гемодинамическими изменениями кровотока в легких [1, 2, 3, 5]. К этой пневмонии предрасполагают застой в малом круге кровообращения, длительный постельный режим, снижение вентиляции, накопление избыточного количества мокроты в бронхах и нарушение ее откашливания с высокой вероятностью последующей аспирации рото-глоточного содержимого [9]. Риск развития дыхательной недостаточности вследствие гиповентиляции, нарушения проходимости дыхательных путей и аспирации особенно велик у больных со стволовым инсультом, а также обширным инсультом в бассейне средней мозговой артерии (СМА).

Установлено, что возникновение пневмоний у пациентов с тяжелым инсультом ухудшает

прогноз. Клиническая рентгенодиагностика пневмонии при тяжелом инсульте сих пор остается сложной задачей и продолжает разрабатываться. Особенно затруднена диагностика ранней пневмонии, так как ее клинические проявления скрываются тяжестью общемозговых и очаговых неврологических симптомов [3]. Ранние пневмонии маскируются симптоматикой инсульта: нарушениями сознания и дыхания (шумное, клокочущее, аритмичное) [3, 4].

Целью исследования было выявление клинкорентгенологических закономерностей в развитии пневмоний у больных с МИ.

Были обследованы 72 человека с МИ: 59 с инфарктами головного мозга (ИМ), 13 с геморрагическими инсультами (ГИ), в том числе с субарахноидальными кровоизлияниями. За период обследования (до 14 дней) летальный исход заболевания возник в 24 наблюдениях. Возраст больных варьировал от 43 до 96 лет, преобладали лица старше 68 лет. Мужчин было 37, женщин — 35. Исключались лица с хроническими заболеваниями бронхолегочной системы. Диагноз устанавливали на основании клинических, инструментальных (КТ, МРТ) и лабораторных данных. Рентгенологическое обследование органов грудной клетки проводилось у 39 больных. Среди лиц с рентгенологическим обследованием легких были выделены четыре группы: 1-я — норма; 2-я — с рентгенологическими изменениями в легких застойного характера (усиление, деформация легочного рисунка, изменение уровня стояния диафрагмы), 3-я — с рентгенологическими признаками пневмонии, бронхопневмонии; 4-я — с признаками плевропневмонии, плевритов.

У всех больных оценивалась также аускультативная картина легких (рис. 1). По аускультативной картине были выделены три группы обследования: в 1-ю вошли 20 человек без каких-либо дыхательных нарушений, во 2-ю — 4 с жестким, ослабленным дыханием, которое аускультативно выслушивалось в легких, в 3-ю — 36 с жестким, ослабленным дыханием и хрипами (единичные сухие, влажные, одно-, двусторонние и др.), крепитацией. У последних клиника соответствовала аускультативной картине воспаления легких.

Обследование больных с благоприятным исходом (48 чел.) показало преобладание у 25 (52,1%) нормальной аускультативной картины (1-я группа). У 12 (25%) человек в легких было обнаружено жесткое, ослабленное дыхание

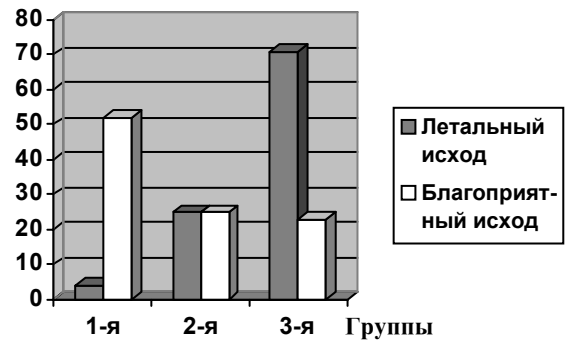


Рис. 1. Диаграмма аускультативной картины в легких и исхода МИ.

(2-я группа). У 11 (22,9%) выявлены наиболее значительные легочные осложнения — жесткое, ослабленное дыхание, наличие хрипов (сухие, единичные, влажные одно-, двусторонние, крепитация), мокроты (3-я группа).

Время возникновения дыхательных нарушений у больных с благоприятным исходом колебалось от 2 до 5 суток от начала развития инсультов. При обследовании 24 больных с неблагоприятным (летальным) исходом нормальная аускультативная картина наблюдалась лишь у одного (4,2%), жесткое ослабленное дыхание — у 6 (25%). Наиболее многочисленной оказалась 3-я группа — 17 (70,8%) больных. Сроки дыхательных нарушений у больных с неблагоприятным исходом развития оказались более ранними и варьировали от нескольких часов до 3 суток от начала заболевания.

Клинически у больных с мозговыми инсультами при появлении дыхательных нарушений отмечались ухудшение состояния, угнетение сознания, нарастание общемозговых симптомов, тахикардии. По мере утяжеления состояния больных возникало тахипное, сменившееся у 3 больных патологическими формами дыхания. Как показали наблюдения, наиболее частыми клиническими симптомами дыхательных нарушений у больных были жесткое, ослабленное дыхание, хрипы в легких, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, что В.И. Скворцова и соавт. [6] объясняют развитием гипервентиляционного синдрома, приводящего к относительной гипероксии в 1-е и на 3-и сутки инсульта. Это является неблагоприятным патогенетическим и прогностическим фактором, отрицательно влияющим как на клиническую

картину заболевания, так и на биоэлектрическую активность головного мозга по причине активации процессов оксидантного стресса.

При проведении рентгенологического обследования легких (рис. 2) среди больных с благоприятным исходом (23 чел.) у 3 (13%) было выявлено отсутствие каких-либо признаков воспалительных изменений (1-я группа). Наличие признаков усиления, деформации легочного рисунка, застойных явлений, изменение уровня стояния купола диафрагмы имели место у 16 (69,5%) больных (2-я группа). Рентгенологические признаки воспалительных изменений (пневмоний) были выявлены у 3 (13%) больных (3-я группа); плеврита — у одного (4,5%) больного (4-я группа).

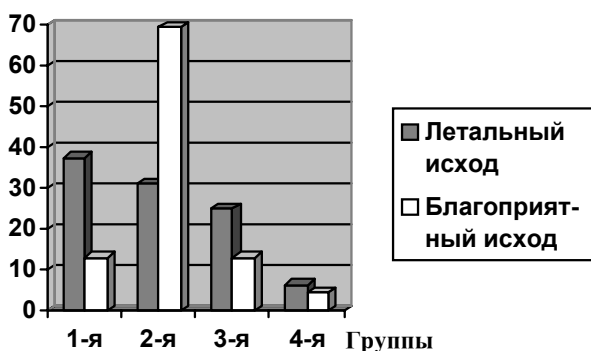


Рис. 2. Диаграмма рентгенологической картины легких и исхода МИ.

При рентгенологическом обследовании 16 больных с летальным исходом, несмотря на наличие клинических (в том числе аускультативных) изменений в легких, у 6 (37,5%) какой-либо патологии выявить не удалось (1-я группа). У 5 (31,2%) человек были обнаружены различные рентгенологические изменения в легких невоспалительного характера (2-я группа). В 3-й группе у 25% больных имелись признаки воспаления легких (одно-, двусторонние пневмонии). У 6,3% пациентов (4-я группа) была диагностирована плевропневмония. В двух последних случаях очаги воспаления в легких были расположены преимущественно в задненижних отделах, иная локализация встречалась значительно реже. В наших наблюдениях преобладало одностороннее расположение очага воспаления легочной ткани над двусторонним.

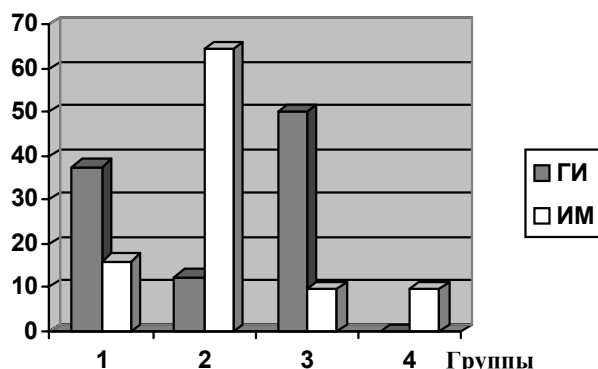


Рис. 3. Различия рентгенологической картины легких у больных с ИМ и ГИ.

При сопоставлении данных рентгенологического исследования легких у 31 больного с ИМ и 8 с ГИ (рис. 3) выявлено значительное преобладание рентгенологических изменений застойного, невоспалительного характера (2-я группа) у первых — у 64,5% (19 чел.) по отношению ко вторым — у 12,5% (1). В 3-й группе (пневмонии, бронхопневмонии), напротив, преобладали пациенты с ГИ: 50% (4) и 9,7% (3) соответственно. Частота развития пневмонии была достоверно выше у больных с ГИ по сравнению с ИМ, что согласуется с данными других авторов [5]. Последнее обстоятельство, по-видимому, связано с более глубокими нарушениями центральных механизмов регуляции дыхания, глотания, а также с гемодинамическими изменениями в легких [2].

Выводы

1. Рентгенологическое исследование легких не всегда позволяет установить диагноз пневмонии, что обуславливает развитие тяжелых форм воспалительных поражений легких с высокими показателями летальности.

2. Осложнение мозгового инсульта различными дыхательными нарушениями приводит к увеличению летальности во всех категориях больных.

3. У лиц с ГИ значительно чаще выявлялись клиничко-рентгенологические признаки пневмонии, имевшей более тяжелое течение, чаще осложнявшейся пневмонией, бронхопневмонией и плевритом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Афанасьева, О.А.* Клинико-патогенетические особенности пневмоний у больных с различными вариантами острого нарушения мозгового кровообращения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Н. Новгород, 2006. — 24 с.

2. *Гнедовская, Е.В.* Пневмонии у больных с тяжелым инсультом / Е.В. Гнедовская, М.А. Пирадов, Ю.В. Рябинкина // Русский медицинский журнал. — 2008. — №.26. — С. 1718.

3. Инсульт: Практическое руководство для ведения больных / Ч.П. Ворлоу, М.С. Денис, Ж. ванн Гейн и др. / Пер. с англ. А.В. Скоромца и В.А. Сорокоумова. — СПб.: Политехника, 1998. — 629 с.

4. *Мазаев, П.Н.* Клинико-рентгенологическая дифференциальная диагностика пневмоний и тромбоэмболии легочной артерии у больных с острым сосудистым поражением головного мозга / П.Н. Мазаев, Б.А. Нахапетов, Д.В. Куницын // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1983. — Т. 83, вып. 1. — С. 43—47.

5. *Умарова, Х.Я.* Пневмония у больных с острым мозговым инсультом / Х.Я. Умарова, А.В. Чугунов, А.А. Агапов, П.Р. Камчатнов // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 2007. — Т. 107. — С. 25—29.

6. *Скворцова, В.И.* Оксидантный стресс и кислородный статус при ишемическом инсульте / В.И. Скворцова,

Я.Р. Нарциссов, М.К. Бодыхов и др. // Журн. неврол. и психиатр. — 2007. — №.1. — С. 30—36.

7. *Яркаев, А.А.* Лечение мозгового инсульта, осложненного дыхательной недостаточностью // Альтер. медицина. — 2005. — №.1. — С. 38.

8. *Hilker, R.* Nosocomial Pneumonia After Acute Stroke Implications for Neurological Intensive Care Medicine / R. Hilker, C. Poetter, N. Findeisen, J. Sobesky, A. Jacobs, M. Neveling, W. Heiss // Stroke. — 2003. Vol. 34. — P. 975—981.

9. *Howard, R.S.* Pathophysiological and clinical aspects of breathing after stroke / R.S. Howard, A.G. Rudd, C.D. Wolfe, A.J. Williams // Postgrad Med. — 2001. — Vol. 77. — P. 700—702.

Поступила 18.12.09.

