

ВЛИЯНИЕ СУПРА- И СУБТЕНТОРИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТОВ МОЗГА НА КЛИНИЧЕСКУЮ ОЦЕНКУ ТЯЖЕСТИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Сластён Е.В., Малькова Н.Н., Колесниченко Ю.А.

Ульяновский государственный университет, кафедра неврологии, нейрохирургии, физиотерапии и лечебной физкультуры, Ульяновск, Россия (432000, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, д. 42), e-mail: pavlova16@list.ru

Проведена клиническая оценка тяжести ишемического инсульта (ИИ) в зависимости от супра- и субтенториальной локализации инфарктов мозга. Обследовано 70 пациентов с первичным ИИ. Всем больным проведено клиническое обследование, компьютерная томография (КТ) головного мозга (ГМ) при поступлении и в динамике через 6 месяцев после инсульта. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программ «Statistica 6.1», «Excel 2003». Степень тяжести ИИ оценивалась с помощью шкалы Оргогозо и шкалы инсульта Национального института здоровья (NIHSS). Реабилитационный период оценивался с помощью индекса Бартел и шкалы Ранкин. От локализации инфарктов мозга зависела клиническая картина течения ИИ. Изучение супра- и субтенториальной локализации ИИ, оценка тяжести ИИ позволяет правильно выбрать тактику лечения и спрогнозировать критерии реабилитационного периода.

Ключевые слова: ишемический инсульт, головной мозг, супратенториальный инсульт, субтенториальный инсульт, локализация.

INFLUENCE SUPRA- AND SUBTENTORIAL LOCALIZATION OF BRAIN INFARCTION FOR CLINICAL ESTIMATION OF HEAVYLY OF ISCHEMIC STROKE

Slastjon E.V., Malkova N.N., Kolesnichenko J.A.

Ulyanovsky State University, chair of neurology, neurosurgery, physiotherapy and therapeutic physical training, Ulyanovsk, Russia (432000, Ulyanovsk, Tolstoy street, 42), e-mail: pavlova16@list.ru

It was estimated an evaluation of ischemic stroke (IS) severity according to dependence on supra- and subtentorial localization of brain infarction. 70 patients were examined with ischemic stroke. All patients were clinical examined with computer tomography (CT) of brain at the moment of admission and in the dynamics for 6 months after IS. Statistical processing of results of research was done with the help of the programs «Statistica 6.1», «Excel 2003». The degree heavyly of IS was estimated by Orgogozo Scale and the Stroke Scale of National Institutes of Health (NIHSS). The period of recovery was estimated by Barthel index and Rankin Scale. The clinical picture of IS depended on localization of brain infarction. Researching of supra- and subtentorial localization of brain infarction estimation of heavyly of IS it allows us to choose tactics of treatment correctly and to predict criterias of rehabilitation period.

Key words: ischemic stroke, brain, supratentorial stroke, sritentorial stroke, localization.

Введение

Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из наиболее социально значимых проблем современной неврологии, что в первую очередь определяется их распространенностью, высокой смертностью и нередко тяжелой инвалидизацией больных [2; 3; 8].

На сегодняшний день в России около 9 млн человек страдают сосудистыми заболеваниями, ведущую роль среди которых занимают инсульты. Инсульты, составляющие 21,4% в структуре общей смертности взрослого населения мира, поражают от 5,6 до 6,6 млн человек ежегодно, унося 4,6 млн жизней [4; 5; 6].

Менее 20% выживших после инсульта пациентов, учитывая развитие двигательных, координаторных, афатических, когнитивных расстройств, постинсультной деменции и

депрессии, возвращаются к прежней социальной и трудовой деятельности и «доинсультному» образу жизни [1; 4; 6; 9].

Социальная значимость постинсультной инвалидизации определяется тем, что часто она ведет к утрате не только трудоспособности, но вообще какой-либо социальной, физической и интеллектуальной активности [7].

Клиническая картина ишемических инсультов многообразна и чаще всего зависит от многих факторов, среди которых можно выделить объемы и локализацию ишемических поражений, количество очагов инфаркта мозга, а также супра- и субтенториальную локализацию инсультов. Таким образом, необходимо учитывать каждый из факторов, который приводит к ишемическому инсульту, чтобы снизить риск возникновения повторных инфарктов мозга, а также своевременно выбрать правильную тактику лечения.

Цель

Изучить влияние супра- и субтенториальной локализации инфарктов мозга на клиническую оценку тяжести ИИ.

Материалы и методы исследования

На базе неврологического отделения Центральной клинической медсанчасти муниципального управления здравоохранения г. Ульяновска было обследовано 70 пациентов с первичным ИИ. Средний возраст больных с ИИ составил 63,5+7,4 года, из них у мужчин составил 62,4+6,9 лет, у женщин – 65,1+7,9 лет.

Всем больным проведено клиничко-неврологическое обследование, КТ ГМ при поступлении и в динамике через 6 месяцев после перенесенного ИИ.

Для объективизации тяжести состояния больного, выраженности очагового неврологического дефицита, динамики клинических показателей нами использовались шкала Оргогозо (J. Orgogozo, 1986) с диапазоном значений от 0 до 100 баллов, шкала инсульта Национального института здоровья (NIHSS) (Brott, 1989г.) с диапазоном значений от 0 до 31 балла.

Для объективизации динамики симптомов и функциональных нарушений, для оценки эффективности реабилитационных мероприятий мы использовали модифицированную шкалу Ранкин (mRS) (Rankin J., 1957) и индекс Бартел (ИБ) (Dorothea Barthel, 1955).

С помощью ИБ мы постарались измерить зависимость больного от посторонней помощи в повседневной жизни. Все группы пациентов были разделены в ходе исследования на пять групп: полная зависимость больного (0-20 баллов), выраженная зависимость больного (21-60 баллов), умеренная зависимость (61-90 баллов), легкая зависимость (91-99 баллов), и 100 баллов – полная независимость в повседневной деятельности.

Для оценки функционального состояния после инсульта нами была использована шкала Ранкин, которая включала пять степеней инвалидизации после ИИ: первая степень (отсутствие признаков инвалидности – 0 баллов), вторая степень (легкие признаки инвалидности – 1 балл), третья степень (умеренно выраженные признаки инвалидности – 2 балла), четвертая степень (выраженные признаки инвалидности – 3 балла), пятая степень (сильно выраженные признаки инвалидности – 4, 5, 6 баллов).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программ «Statistica 6.1», «Excel 2003». Статистически значимыми считались различия при уровне вероятности более 95% ($p < 0,05$). Также использовались методы оценки непараметрических данных с вычислением медианы и межквартильного интервала (25–75-й процентиля) при описательной статистике количественных признаков. Для проверки гипотезы о различии выборок (групп больных) использовался тест Манна-Уитни. Изменение признака в динамике оценивали с помощью Вилкоксона.

Результаты

Всем пациентам было проведено клиническое обследование и КТ ГМ при поступлении и в динамике через 6 месяцев после перенесенного ИИ. В результате все 70 пациентов были разделены на две группы: пациенты с супратенториальной локализацией ИИ – 65 (92,9%), пациенты с субтенториальной локализацией ИИ – 5 (7,1%).

Для оценки тяжести клинических показателей и выраженности очаговой симптоматики при поступлении и в динамике все пациенты были оценены с помощью шкал.

Оценка тяжести неврологического дефицита при поступлении была следующая: по шкале Оргогозо неврологический дефицит был более выражен в группе пациентов с субтенториальными ИИ (73,3 балла) по сравнению с пациентами, перенесшими супратенториальные ИИ (75,3 балла). По NIHSS также более выраженная неврологическая симптоматика наблюдалась в группе с супратенториальными ИИ (8 баллов) по сравнению с пациентами с субтенториальными ИИ (8,7 балла) ($p < 0,05$).

Обратный результат был получен при обследовании пациентов в динамике. По темпу восстановления неврологического дефицита группа пациентов с субтенториальными ИИ оказалась на первом месте как по шкале Оргогозо (83 балла), так и по NIHSS (8,7 балла). Более медленный темп наблюдался в группе с супратенториальными ИИ по шкалам Оргогозо (80,6 балла), NIHSS (8 баллов) ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1 – Оценка тяжести неврологического дефицита по шкалам

Шкалы	Локализация первичного очага
-------	------------------------------

	Супратенториальные (n=65)	Субтенториальные (n=23)
Оргогозо	$\frac{75,3 [60; 80]^*}{80,6 [75; 100]}$	$\frac{73,3 [60; 100]^*}{83,0 [75; 100]}$
NIHSS	$\frac{10,3 [8; 13]^*}{8,0 [6; 10]}$	$\frac{8,7 [7; 12]^*}{8,7 [6; 9]}$

Показатели в числителе – при первичном исследовании, в знаменателе – в динамике.

* $p < 0,05$ – при сравнении групп больных с супра- и субтенториальными ИИ.

Степень функционального восстановления оценивалась с помощью шкалы Ранкин и ИБ.

При оценке степени зависимости больного от посторонней помощи пациенты с супратенториальными ИИ составили группу с умеренной зависимостью (50,8%), пациенты, перенесшие субтенториальный ИИ, распределились на группы с выраженной (40%) и умеренной (40%) функциональной зависимостью ($p < 0,05$) (табл. 2).

Таблица 2 – Оценка степени функциональной зависимости с помощью ИБ

Локализация инсульта	Функциональная зависимость (%)			
	Выраженная	Умеренная	Легкая	Независимость
Супра-	14 (21,5)	33 (50,8)	6 (9,2)	12 (18,5)
Суб-	2 (40)	2 (40)	-	1 (20)

Анализ оценки степени инвалидизации показал, что больные, перенесшие супра- и субтенториальный ИИ, в основном составили группу с выраженной степенью признаков инвалидности (44,6 – 40%), т.е. больные не в состоянии ходить и ухаживать за собой без посторонней помощи, они нуждаются в круглосуточном присмотре и в ежедневной посторонней помощи. При этом они в состоянии самостоятельно или при минимальной помощи со стороны выполнять какую-то часть мероприятий по уходу за собой. С легкой степенью инвалидности больных в нашем исследовании не оказалось ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблица 3 – Оценка степени инвалидизации с помощью шкалы Ранкин

Локализация инсульта	Степени инвалидизации (в %)			
	Вторая	Третья	Четвертая	Пятая
Супра-	10 (15,4)	16 (24,6)	29 (44,6)	10 (15,4)
Суб-	1 (20)	1 (20)	2 (40)	1 (20)

Заключение

При оценке тяжести неврологического дефицита при поступлении по шкалам Оргогозо и NIHSS более яркая симптоматика наблюдалась в группе с супратенториальными ИИ по сравнению с пациентами, перенесшими субтенториальные ИИ. Обратный результат можно увидеть, оценивая группы пациентов в динамике, т.к. темп восстановления был быстрее в группе с супратенториальными ИИ.

Таким образом, оценка тяжести по шкалам имеет важное значение для выбора стратегии лечения, например планирования тромболитической терапии и контроля ее эффективности, также полученные результаты позволяют ориентировочно определить прогноз заболевания.

Оценивая эффективность реабилитационных мероприятий, можно определить функциональную зависимость от посторонней помощи и степень инвалидизации. Из нашего исследования видно, что пациенты с супратенториальными ИИ составили умеренную функциональную зависимость и четвертую степень инвалидизации, а пациенты с субтенториальными ИИ – умеренную и выраженную функциональную зависимость, четвертую степень инвалидизации.

Таким образом, изучение супра- и субтенториальной локализации ИИ, клиническая оценка тяжести по шкалам позволяет выбрать правильную тактику лечения, а также разработать прогностические критерии реабилитационного периода.

Список литературы

1. Бойко А.Н., Батышева Т.Т. Инсульт в Москве. Доклад на итоговой неврологической конференции. – М., 2006.
2. Варакин Ю.Я. Эпидемические аспекты профилактики нарушений мозгового кровообращения // Атмосфера. Нервные болезни. – 2005. – № 2. – С. 4-10.
3. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Эпидемиология инсульта в России // Неотложные состояния в неврологии. – Орел, 2002. – С. 16-21.
4. Верещагин Н.В. [и др.]. Очерки ангионеврологии. – М., 2005.
5. Геморрагический инсульт : практическое руководство / под ред. В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. – М. : ГЕОТАР- Медиа, 2005. – 160 с., ил.
6. Инсульт. Принципы диагностики, лечения и профилактики / под ред. Н.В. Верещагина, М.А. Пирадова, З.А. Суслиной. – М. : Интермедика, 2002.
7. Румянцева С.А., Федин А.И., Силина Е.В., Болевич С.Б. Антиоксидантная нейропротекция при инсульте. – СПб. : Тактик-Студио, 2008. – С. 6.

8. Суслина З.А., Варякин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга: эпидемиология. Основы профилактики. – М. : МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с., ил.
9. Шмидт Е.В. Сосудистые заболевания нервной системы. – М., 1975.

Рецензенты

Машин В.В., д.м.н., профессор, зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии, физиотерапии и лечебной физкультуры, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Белова Л.А., д.м.н., профессор кафедры неврологии, нейрохирургии, физиотерапии и лечебной физкультуры, ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.