

мой глубокой точке (в мм) по А.И. Лампусовой (1980). Оценку состояния тканей пародонта проводили до лечения, на 3-и сутки от начала лечения и после окончания курса.

Результаты. При анализе результатов наблюдения за пациентами основной группы было установлено, что на 3-и сутки от начала лечения проба Шиллера-Писарева была положительной у 16,3% пациентов и слабopоложительной у оставшихся 83,7%. В группе сравнения, при лечении десневыми повязками, на данном этапе наблюдения проба Шиллера-Писарева у 65% пациентов была слабopоложительная и у 35% – положительная. После окончания лечения в основной группе проба Шиллера-Писарева определялась как отрицательная у 91,2% пациентов и как слабopоложительная у 8,8%, тогда как в группе сравнения результаты пробы Шиллера-Писарева были положительными у 25%, слабopоложительными – у 30 и отрицательными – у 45% пациентов.

Индекс РМА у пациентов основной группы существенно снизился уже на

третьи сутки от начала лечения, к этому сроку показатель индекса уменьшился в 1,5 раза. После лечения индекс РМА составил $1,3 \pm 0,5\%$. В группе сравнения индекс РМА снизился в 1,2 раза на 3-и сутки, а после лечения составил $4,1 \pm 0,8\%$, что в 3,1 раза больше аналогичного показателя в основной группе.

У всех пациентов на третьи сутки лечения наметилась тенденция к увеличению показателей пробы Кулаженко. После лечения время образования экстравазатов у пациентов основной группы увеличилось по сравнению с исходным в 2,8 раза, а у пациентов группы сравнения – в 2 раза.

Глубина пародонтальных карманов после лечения уменьшилась в основной группе в 1,6, в группе сравнения – лишь в 1,2 раза.

Анализ результатов лечения показал, что у пациентов основной группы воспалительный процесс в пародонте на 7-е сутки полностью стихал, а у пациентов группы сравнения к этому сроку воспалительные явления еще сохранялись.

Заключение. Таким образом, можно отметить, что эффективными являлись оба вида воздействия, но в основной группе улучшение всех клинических и функциональных показателей отмечалось раньше. Это, по-видимому, связано с тем, что при местном применении композиционного раствора янтарной кислоты и витаминов В₁, РР, С в составе повязки их концентрация уменьшается из-за постоянного воздействия слюны, тогда как при использовании метода трансмембранного диализа создаются условия сохранения дозы терапевтического воздействия.

Литература

1. Грудянов А.И., Стариков Н.А. Поддерживающая терапия. Ее роль при лечении заболеваний пародонта // Пародонтология. – 2001. – №1-2. – С.24-27.
2. Иванов В.С. Заболевания пародонта. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 296 с.
3. Молоков В.Д., Тирская О.И. Лечение пародонтита методом трансмембранного диализа // Российский стоматологический журнал. – 2002. – №5. – С.14-16.

Н.Н. Третьякова, Е.Н. Фарафонова

КЛИНИКО-КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНСУЛЬТА

Цель. Провести клиничко-компьютерно-томографические сопоставления при ишемическом и геморрагическом характерах инсульта (клинические проявления, размер и локализация очагового поражения головного мозга).

Материалы и методы. Клинические и компьютерно-томографические данные обобщены и обработаны по материалам 1025 историй болезни больных инсультом, находившихся на стационарном обследовании и лечении в нейрососудистом отделении РБ№2-ЦЭМП в 2002-2004 гг.

Результаты. Обширные инфаркты выявлены в 7,4 % случаев, большие – в 19,5, средние – в 41,7 и лакунарные – в 13,4, патологических очагов не выявлено в 18% случаев. Клиническая картина обширных и больших инфарктов характеризовалась тяжелым и крайне тяжелым состоянием больных. Полушарные гематомы определялись в 87,7% случаев, мозжечково-стволовая локализация – 11,1%, чаще других встречались латеральные гематомы – 29,2%. Наибольший объем внутримозговой гематомы отмечался при смешанном типе ($67,9 \text{ см}^3$). Прорыв крови в желудочковую систему мозга наблюдался в 35,7% случаев. Это осложнение наиболее часто отмечалось при смешанном типе кровоизлияния – 55,2%.

Заключение. Клиническое течение инсульта зависит от величины, локализации и характера патологического очага, наличия осложнений поражения. КТ позволяет получить представление о состоянии мозга, верифицировать характер инсульта.

Ключевые слова. Инсульт, компьютерная томография, инфаркт мозга, внутримозговое кровоизлияние.

Purpose. To conduct clinical computed tomographical confrontations in ischemic and hemorrhagic characters of the insult (clinical manifestations, size and localization of the brain's focal lesion).

Materials and methods. Clinical and computed tomographical data have been generalized and worked up based on 1025 case reports of in-patients with insult, who were treated in the neurovascular department RH №2 – Medical Centre of Emergency Care for 2002-2004.

Results. In 7.4% cases infarcts were of extensive size, in 19.5 of large, 41.7 of mean and in 13.4 of lacunar focal lesions. The only 18% cases were noted with no pathology. The clinical picture of the extensive and large infarcts was characterized by severe and very complicated state. Hemispheric hematomas were observed in 87.7% cases, ventricular-stem were localized in 11.1%, lateral hematomas were more frequent - 29.2%. The largest volume of intracerebral hematoma was noted in

ТРЕТЬЯКОВА Наталья Николаевна – врач-невролог первой квалиф. категории РБ №2-ЦЭМП; ФАРАФОНОВА Елена Николаевна – зав. отделом РКТ РБ №2-ЦЭМП.

a mixed type (67,9 sm¹). In 35,7% cases the blood broke through ventricular system of the brain. This complication was more often noted (55,2%) in the mixed type of hemorrhage.

Conclusion. The insult clinical course depends on volume, localization and character of the pathological focus as well as of its complicated lesion. The computed tomography introduces the brain's condition and helps to verify the insult character.

Key words: insult, computed tomography, infarcted brain, intracerebral hemorrhage.

Введение. Наиболее информативным методом диагностики инсульта в остром периоде являются нейровизуализация. Компьютерная томография (КТ) головного мозга позволяет безошибочно распознать характер инсульта, установить локализацию, величину патологического очага, наличие и распространенность отека, состояние близлежащих структур, проследить эволюцию состояния мозга [1, 9, 11, 13].

В острой стадии выявляемость церебральных кровоизлияний при проведении КТ составляет 98,9%, инфарктов мозга – 78,2%. Внутримозговые кровоизлияния (ВМК) имеют однотипные и хорошо выявляемые РКТ-признаки. В остром периоде при РКТ сгусток крови выявляется как образование высокой плотности (55-90 ед.Н) [2, 4]. Клиническая картина, течение и прогноз заболевания зависят от объема кровоизлияния, степени тампонады желудочков, наличия острой окклюзионной гидроцефалии и вторичного стволового синдрома. Наличие крови в желудочковой системе не является фатальным признаком, а в ряде случаев улучшает состояние больных за счет уменьшения объемного воздействия гематомы [10]. Применение КТ значительно видоизменило представление о клинической картине инсульта [6, 8]. Клиника ограниченных, небольших кровоизлияний порой неотличима от таковой при инфаркте мозга, а течение обширных инфарктов может напоминать ВМК, что приводит к ошибочной диагностике и, соответственно, к противоположному дифференцированному лечению. До появления КТ были крайне ограничены сведения о лакунарных инсультах, асимптомном течении инсультов [5]. Число «немых» инфарктов в 5-10 раз превышает число инсультов с клиническими проявлениями [12]. Снижение плотности вещества мозга в первые 6-12 часов от начала клинических проявлений чаще определяется при обширных и больших инфарктах, а к концу третьих суток выявляется у всех больных, независимо от объема ишемического поражения [7].

КТ позволяет выявить причину ухудшения состояния больных в первые дни инсульта, т.е. дифференцировать отек мозга, обычно достигающий мак-

симум через 2-5 дней, или геморрагическую трансформацию инфаркта, нередко развивающуюся при эмболических инфарктах. При выборе тактики лечения, в частности назначения антикоагулянтов при ишемическом инсульте (ИИ), КТ незаменима для исключения ВМК. У больных с геморрагическим инсультом (ГИ) КТ позволяет определить показания к оперативному лечению [2, 3, 4].

Материалы и методы. Клинические и компьютерно-томографические данные обобщены и обработаны по материалам 1025 историй болезни больных инсультом, находившихся на стационарном обследовании и лечении в нейрососудистом отделении РБ№2-ЦЭМП в 2002-2004 гг. Мужчин было 573, женщин – 452. Средний возраст составил 59±11,8 лет. Умерло 220 больных, летальность составила – 21,5%.

Компьютерная томография головного мозга проводилась на аппарате SOMATOM AR. SP («SIEMENS», Германия, 1995 г.в.) по программе Sequence, с толщиной выделяемого слоя и шагом стола 5 мм, 10 мм. Параметры томографии 130 кВ, 249 mAs, время сканирования 3 сек, матрица изображения 512 x 512 пикселей. Для контрастирования применяли в/в 50,0 мл Омнипака (300 мг/мл).

Первоначально больные были распределены в три группы по характеру инсульта: 1) ишемический инсульт; 2) геморрагический инсульт и 3) субарахноидальное кровоизлияние (САК). ИИ установлен в 650 (63,4%), ГИ – в 342 (33,4%), САК – в 33 (3,2%) случаях. В группе больных ИИ медианное значение баллов по Скандинавской шкале было 24 [8; 47], по шкале NIHSS – 16 [11; 19], летальность – 15,5%. В группе больных ГИ медианное значение по шкале NIHSS составило 18 [14; 20], по шкале Глазго – 13 баллов [10; 14], летальность – 32,5%. При САК летальность составила 24,2%.

По тяжести состояния больные ИИ разделены на три группы: 1) крайне тяжелое, характеризующееся выраженным расстройством сознания (ниже 9 баллов по шкале Глазго), значительной очаговой неврологической симптоматикой (20-25 баллов по шкале NIHSS, 0-15 баллов по Скандинав-

ской шкале); 2) тяжелое, с расстройством сознания до сопора (9-12 баллов по шкале Глазго), с выраженной очаговой симптоматикой, (15-19 баллов по шкале NIHSS, 16-30 баллов по Скандинавской шкале); 3) средней степени тяжести, с оценкой нарушения сознания (до 13-14 баллов по шкале Глазго, 6-14 баллов по шкале NIHSS и 31-57 баллов по Скандинавской шкале).

Участки ишемических изменений были распределены на группы согласно классификации Н.В. Верещагина (1986). По площади патологического очага инфаркты считали обширными – в бассейне ВСА и базиллярной артерии; большими – в бассейне основных стволов ПМА, СМА, ЗМА, ПА; средними – в бассейне корковых и глубоких ветвей ПМА, СМА, ЗМА и лакунарными – инфаркты до 1,5 см.

По тяжести состояния больные ГИ также были распределены на три группы: 1) крайне тяжелое, характеризующееся выраженным расстройством сознания (ниже 9 баллов по шкале Глазго), значительной очаговой неврологической симптоматикой (20-25 баллов по шкале NIHSS, 0-15 баллов по Скандинавской шкале); 2) тяжелое с расстройством сознания до сопора (9-12 баллов по шкале Глазго), с выраженной очаговой симптоматикой, (15-19 баллов по шкале NIHSS, 16-30 баллов по Скандинавской шкале); 3) средней степени тяжести (13-14 баллов по шкале Глазго, 6-14 баллов по шкале NIHSS и 31-57 баллов по Скандинавской шкале).

По глубине расположения ВМК и отношению к внутренней капсуле выделяли латеральные, медиальные и смешанные кровоизлияния. Латеральные кровоизлияния располагались снаружи от внутренней капсулы, проецируясь в скорлупе, оgrade, белом веществе полушария; медиальные – внутри от внутренней капсулы, в области зрительного бугра; смешанные – распространялись на подкорковые ганглии, зрительный бугор, внутреннюю капсулу, скорлупу, ограду и белое вещество. Лобарные кровоизлияния локализовались в белом веществе долей.

Результаты и обсуждение. В первые 24 часа от начала клинических проявлений КТ головного мозга про-

Таблица 1

Распределение больных по характеру инсульта и времени проведения КТ

Сутки	Характер инсульта					
	ИИ		ГИ		САК	Всего
	n	%	n	%	n	
1-е	275	42,3	225	65,8	20	520
2-е	78	12,0	30	8,8	3	111
3-и	62	9,5	16	4,7	1	79
4-е	45	6,9	12	3,5	1	58
5-е	30	4,6	7	2,0	4	41
6-е	23	3,5	5	1,5	2	30
7-е	14	2,2	3	0,9	2	19
8-14-е	54	8,3	29	8,5	0	83
15-21-е	69	10,6	15	4,4	0	84
Всего	650	100	342	100	33	1025

ведена в половине случаев (50,7%), из них при ИИ – 42,3%, при ГИ – 65,8%. В течение первой недели от начала заболевания диагноз инсульта был верифицирован в 83,7% случаев (табл.1). Следует отметить, что КТ при ИИ в первые сутки в 24,7% случаев (n=68) острые патологические изменения. Выявляемость очагов инфаркта на КТ зависит от сроков проведения исследования от начала заболевания. В нашем наблюдении в первые сутки КТ проводилась в 275 случаях, при этом патологические изменения выявлены в 75,3%, что подтверждает низкую чувствительность этого метода нейровизуализации в ранние сроки ИИ. Всего при ИИ по КТ инфаркт был определен в 82% случаев (n=533), из них в системе ВСА – 80,5% (n=429), в вертебрально-базиллярной системе – 19,5% (n=104). Клинически же ИИ в системе ВСА диагностирован в 77,8% (n=506), в вертебрально-базиллярной системе – 22,2% (n=144). Сравнивая полученные данные можно предположить, что выявление патологических изменений в задней черепной ямке при помощи КТ затруднено ввиду наличия артефактов усреднения и Хаунсфилда (κ=0,082).

Выявлены обширные инфаркты – 7,4% случаев (n=48), большие – 19,5

(n=127), средние – 41,7 (n=271) и лакунарные – 13,4% (n=87), патологических очагов не выявлено – 18% (n=117).

По данным КТ головного мозга, в группе больных инсультом с тяжелым течением заболевания преобладали обширные и большие инфаркты, которые имели схожую клиническую картину.

Клиническая картина обширных инфарктов характеризовалась тяжелым и крайне тяжелым состоянием больных. Отмечалось нарушение сознания до комы у 45,8% (n=22), сопора – у 52,1% (n=25) больных. Общемозговая и выраженная очаговая симптоматика (гемиплегия, глубокий гемипарез) наблюдалась у 88,5 и 97,9% больных соответственно (рис.1). Летальность при обширном ИИ составила 60,4%. Смерть наступала на 1-25-е сутки, в среднем на 8-е сутки. Средний возраст больных составил 64 года, умерших – 60 лет. По данным КТ, смещение срединных структур в среднем составило 6,5 мм. Воздействие на оральные отделы ствола I-IV ст. обнаружено у 19 больных. У больных обширными и большими ИИ с дислокацией со смещением срединных структур на 1-5 мм средний возраст составил 61 год, у больных с дислокацией 6-20 мм – 56 лет (p=0,08) (рис.2).

При больших инфарктах клиника проявлялась общемозговой симптоматикой у 62% больных. Расстройство сознания наблюдалось у большинства больных (кома – у 9,7%, сопор – 20,8%, оглушение – 31,5%). Выраженные очаговые симптомы отмечались у 77,5% (рис.1). Летальность при большом ИИ составила 24,4%. Летальный исход наступал в среднем на 10-е сутки. Средний возраст боль-

ных 61 год, средний возраст умерших – 64 года. Дислокация срединных структур в среднем равнялась 3,2 мм.

Средние инсульты сопровождались более благоприятным течением, летальность составила 8,1%. Средний балл по шкале Глазго равен 13. Симптоматика общемозговой и очаговой характера отмечалась в 15,3 и 45,6% случаев соответственно (рис.1). Если в вышеуказанных группах большинство инсультов имело полушарную локализацию, то в этой группе было 24,7% (n=67) инфарктов в вертебрально-базиллярной системе. Средний возраст больных со средним инфарктом составил 62 года.

Больные с малыми (лакунарными) инсультами составили 13,4%, из них с процессами в вертебрально-базиллярной системе – 33,3% (n=29). Наблюдалось их более благоприятное клиническое течение: средний балл по шкале Глазго равнялся 15, общемозговая симптоматика отмечена в 2%, выраженная очаговая – в 12,7% случаев. У 44,5% больных очаговая симптоматика носила умеренный характер, у остальных 42,8% выявлены легкие нарушения. Тем не менее летальность в этой группе составила 5,7% (n=5), четверо умерших больных имели локализацию инфаркта в стволе.

«Свежих» патологических очагов (зон инфаркта) на КТ не выявлено в 18% случаев (n=117), хотя отмечалась четкая клиническая картина инсульта. В первые сутки заболевания КТ головного мозга проведена 68 больным (58,1%), в последующие 2-7-е сутки – 28 (23,9%), на 8-21-е сутки – 21 (18%). Признаки дисциркуляторной энцефалопатии по данным КТ выявлены в 68,4% случаев (n=80), в том числе легкой степени – у 9 (7,7%), средней сте-

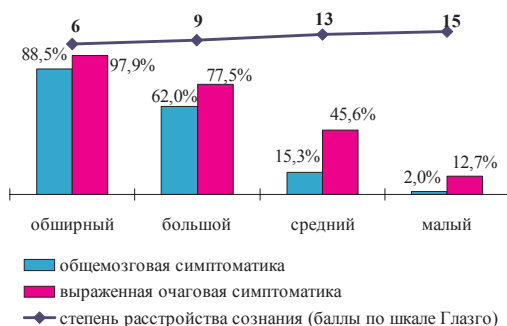


Рис. 1. Клинические проявления ИИ в зависимости от площади патологического очага

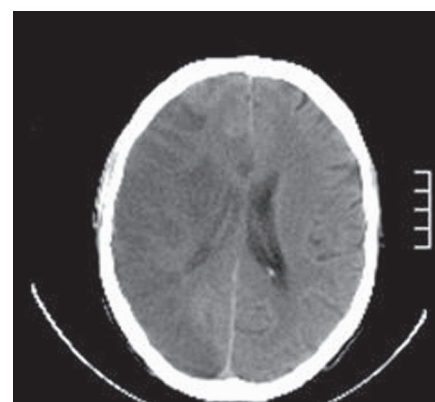


Рис. 2. КТ – снимки больного К.А.В. Обширный инфаркт в правой теменной и височной долях. Компрессия правого бокового желудочка. Срединные структуры смещены влево на 4 мм



Рис.3. КТ – снимки больной З.Н.Г. Массивное латеральное внутримозговое кровоизлияние в правом полушарии, с прорывом в желудочковую систему, со смещением срединных структур до 14 мм. Обширный ишемический инсульт в правом полушарии. КТ-признаки объемного воздействия на оральные отделы ствола мозга IV степени

пени – у 52 (44,4%) и выраженной степени – у 19 (16,3%) больных. У 25 (21,4%) больных обнаружены постишемические изменения, у двоих (1,7%) – ретроцеребреллярные арахноидальные кисты. У десяти больных (8,5%) патологических изменений не выявлено. Клиническая картина в этой группе больных варьировала от тяжести состояния (от тяжелого до удовлетворительного), степени выраженности общемозговой и очаговой симптоматики (от гемиплегии до пирамидной недостаточности и умеренной гипестезии, вестибуло-мозжечковых нарушений) и зависела от локализации очага. Средний возраст больных в этой группе составил 62 года. Умерло в этой группе 14 человек (12,0%). По литературным данным, КТ-негативные полушарные ИИ характеризуются более мягким течением и благоприятным прогнозом [8]. В нашем исследовании подобное не наблюдалось.

ГИ верифицирован на КТ в 342 случаях (100 %). Летальность в этой группе больных составила 32,5%.



Рис. 4. Соотношение больных ГИ с благоприятным и летальным исходом при различном исходном состоянии

Таблица 2

Распределение ГИ по типу и объему кровоизлияния

Тип кровоизлияния	Количество		Объем, см ³ Me [25%р; 75%р]	Прорыв крови в желудочковую систему мозга, % (n)
	n	%		
Латеральный	100	29,2	9,8 [5,0; 22,5]	23,0 (23)
Медиальный	71	20,8	44,7 [14,3; 70,0]	46,5 (33)
Смешанный	67	19,6	67,9 [31,1; 100,2]	55,2 (37)
Лобарный	61	17,8	27,9 [10,7; 43,4]	23,0 (14)
В мозжечок	19	5,6	9,5 [5,7; 18,0]	31,6 (6)
В ствол	19	5,6	11,0 [4,2; 18,9]	42,1 (8)
Внутрижелудочковый	4	1,2	8,1 [6,7; 9,0]	-
Множественный	1	0,3	8,1	100 (1)
Всего	342	100	22,1 [9,4; 56,8]	35,7 (122)

Полушарные гематомы определялись в 87,7% случаев (n=300), мозжечково-стволовой локализации – 11,1% (n=38), внутрижелудочковые (локальные) кровоизлияния – 1,2% (n=4). Чаще других встречались латеральные гематомы – 29,2% (рис.3). Наибольший объем внутримозговой гематомы отмечался при смешанном типе (67,9 см³). Прорыв крови в желудочковую систему мозга наблюдался в 35,7% случаев. Это осложнение наиболее часто отмечалось при смешанном типе кровоизлияния – 55,2%, что объясняется близостью расположения к желудочковой системе мозга и значительным объемом кровоизлияния (табл.2). Летальность при прорыве крови в желудочки мозга составила 54%. Смерть наступала в среднем на пятые сутки [вторые; восьмые]. Средний возраст больных был 55 лет.

Среди умерших больных с полушарными гематомами было 79,2%, с кровоизлиянием в области ствола мозга, мозжечка – 18,9 и с внутрижелудочковым кровоизлиянием – 0,9%. В структуре умерших от инсульта преобладали больные со смешанными гематомами (26,1%).

Высокий процент летальности (88,2%) наблюдался в группе больных ГИ (n=68), состояние которых оценивалось как крайне тяжелой степени тяжести. У данных больных было глубокое угнетение сознания (кома), нарушение витальных функций, гормональные судороги, при этом летальный исход в среднем наступал на пятые сутки [вторые; одиннадцатые], двое больных умерли спустя острый период (на 36-е и 62-е сутки), у остальных отмечалось вегетативное со-

стояние (n=2) и глубокая инвалидность (n=4) (рис.4).

Во второй группе было 174 больных. Летальность составила 29,3%. Смерть наступала в среднем на восьмые сутки [пятые; пятнадцатые]. Нарушение сознания наблюдалось в виде сопора у 41,4 (n=72), оглушения – 50,6% (n=88). В клинической картине наблюдались общемозговая симптоматика у всех больных в виде головной боли, тошноты, рвоты, из них у 15,5% отмечалось психомоторное возбуждение. Менингеальный синдром наблюдался у 62,8% больных. Очаговая симптоматика в виде гемиплегии (глубокого гемипареза) или гемиатаксии отмечалась в 85,2%, умеренно выраженный гемипарез отмечался в 14,8% случаев.

В третьей группе, состоящей из 100 больных ГИ, состояние оценивалось как средней степени тяжести. У данных больных отмечалось благоприятное течение заболевания, не было таких осложнений, как прорыв в желудочковую систему мозга, дислокационный синдром. Общемозговая симптоматика наблюдалась непродолжительное время у 20% больных, в виде головной боли, тошноты, сонливости. Менингеальные симптомы выявлялись у 48% больных, причем умеренно выраженной степени. Очаговая симптоматика (гемипарез, гемиатаксия, гемигипестезия, речевые нарушения) зависела от локализации гематомы и имела преимущественно умеренный характер (65%). У небольшого количества больных отмечались локальные симптомы, такие как изолированные нарушения речи (8,4%), чувствительности (5,5%). Больные ГИ с ограниченными гематомами, протекающим со средней степенью тяжести, характеризовались более быстрыми темпами восстановления нарушенных функций.

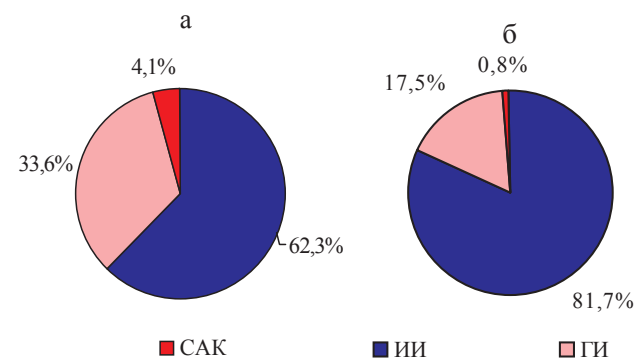


Рис. 5. Структура при верифицированном (а) и неверифицированном (б) (по КТ) характере инсульта

Исходя из вышеизложенного, клиническая картина ГИ была сходна с клиникой ИИ. Многие больные направлялись в стационар, получали лечение с диагнозом ИИ, и только после проведения КТ головного мозга выявлялся другой характер нарушения мозгового кровообращения. Таким образом, проведение КТ головного мозга является основанием для верификации характера инсульта и назначения дифференцированного лечения.

Отмечается различное соотношение локализации гематом у больных различной степени тяжести. Так, у больных первой группы чаще отмечались гематомы в области ствола мозга (16,2%), мозжечке (10,3%), желудочковые (2,9%). В первой и второй группах было больше смешанных (25 и 23,6%) и меньше лобарных кровоизлияний (8,8 и 17,8%), чем у больных третьей группы (9 и 24% соответственно) ($p < 0,01$).

Отдельно приводим анализ в группе больных САК ($n=33$). Летальность составила 24,2%. Клиническая картина была представлена менингеальным синдромом и общемозговой симптоматикой. В 34,6% случаев ($n=12$) течение заболевания осложнялось ангиоспазмом, с клиникой в зависимости от бассейна спазмированного сосуда. Рецидив кровоизлияния наблюдался у 27,3% ($n=9$). Согласно заключению КТ, в 48,5% случаев ($n=16$) отмечались признаки массивного САК. Методом контрастирования в ангиорежиме выявлены аномалии сосудов (аневризмы, артериовенозные мальформации) у 11 больных (5 – СМА, 2 – ЗСА, по одной в ПСА и ПМА и 2 АВМ).

Для анализа причин различий диагноза мы сравнили две группы: 1) с верифицированным на основании нейровизуализации, аутопсии и люм-

бальной пункции (только САК) характером инсульта ($n=1129$); 2) с диагнозом, установленным только на основании клинических критериев ($n=366$). В первой группе больных ИИ был диагностирован в 62,3% ($n=703$), ГИ – 33,6% ($n=380$), САК – 4,1% ($n=46$) случаев. Соотношение в этой группе ГИ к ИИ составило 1/1,9. Во второй группе диагноз ИИ поставлен в 81,7% ($n=299$), ГИ – 17,5% ($n=64$), САК – 0,8% ($n=3$). В этой группе больных отношение ГИ/ИИ равнялось 1/4,7 (рис. 5). Сопоставительный анализ выявил статистически значимое различие при установлении характера инсульта методами нейровизуализации, аутопсии, и на основании только клинических критериев ($p < 0,001$). Анализ определения характера инсульта показал разное распределение инсультов в исследованных группах. Использование методов нейровизуализации позволяет устанавливать характер инсульта в тех случаях, когда клинически это затруднено.

Заключение. Таким образом, клиническое течение инсульта зависит от характера патологического очага (инфаркт, кровоизлияние), величины, локализации и наличия осложнений поражения (отек, объемное воздействие на прилежащие структуры, прорыв крови в желудочки мозга). Наиболее тяжелое течение с высокой летальностью при ишемическом инсульте характерно для обширных и больших инфарктов. При геморрагическом инсульте – при кровоизлияниях в задней черепной ямке, массивных по объему полусферных кровоизлияниях, осложненных прорывом крови в желудочковую систему мозга.

В настоящее время КТ головного мозга является наиболее информативным методом диагностики инсульта в остром периоде. Проведенное нами исследование подтверждает возможность этого метода нейровизуализации безошибочно распознать характер инсульта в тех случаях, когда клинически это затруднено. Компьютерная томография незаменима при выборе тактики лечения (назначение

антикоагулянтов при инфаркте мозга, показания к оперативному лечению при внутримозговом кровоизлиянии). Учитывая клиническое течение инсульта, проведение КТ в динамике позволяет выявить причину ухудшения состояния больных в остром периоде заболевания (рецидив кровоизлияния, геморрагическая трансформация инфаркта, окклюзионная гидроцефалия) и дифференцировано проводить лечение.

Литература

1. Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б. Компьютерная томография головного мозга. – М.: Медицина, 1986. – 256 с.
2. Геморрагический инсульт: Практическое руководство / Под ред. В.И. Скворцовой, В.В. Крылова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 160 с.
3. Жилова Л.Б., Пирадов М.А., Кугоев А.И. Кровоизлияние в мозжечок и инфаркты мозжечка: клинично-компьютерно-томографическое исследование // Инсульт: Прилож. к Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2004. – Вып.10. – С.28 – 32.
4. Матвиенко В.И., Григоров С.В., Пермьякова Л.Г. Компьютерная томография в диагностике геморрагических инсультов // Актуальные проблемы неврологии и нейрохирургии: Сборн. научн. трудов. – Ростов-на-Дону, 1999. – С.101 – 102.
5. Очерки ангионеврологии / Под ред. Суслиной З.А. – М.: «Атмосфера», 2005. – 368 с.
6. Перегудов А.В. Клинические и диагностические аспекты нейровизуализационных критериев при церебральной ишемии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 22 с.
7. Рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике ишемического инсульта / Труфанов Г.Е., Фокин В.А., Пьянов И.В., Банникова Е.А. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб». – 2005. – 192 с.
8. Романова Н.А. Клинично-компьютерно-томографические сопоставления при полушарных инсультах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 24 с.
9. Уордлоу Д. Нейровизуализация при инсульте: достижения и преимущества // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2000. – №8. – С.35 – 37.
10. Шмырев В.И., Архипов С.Л., Кузнецова С.Е., Терновой С.К. Нейровизуализационная диагностика и особенности лечения геморрагического инсульта // Там же. – 2001. – №1. – С.27 – 31.
11. Warach S. Stroke Neuroimaging // Stroke. – 2003. – Vol. 34. – P. 345–347.
12. Warach S., Baron J. - C. Neuroimaging // Stroke. – 2004. – Vol. 35. – P. 351–353.
13. Wardlaw J. Radiology of stroke // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. – 2001. – Apr. – 70 (Suppl. 1). – i7 – i11.