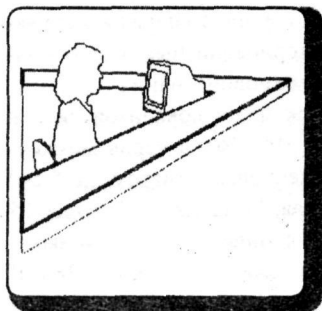




С.А. Чугунова, Т.Я. Николаева, Е.Н. Фарафонова

АНАЛИЗ ДАННЫХ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ФОРМАХ ИНСУЛЬТА

Медицинский институт Якутского государственного университета; Якутский научный центр СО РАМН; Республиканская больница №2, Центр экстренной медицинской помощи, г. Якутск

Геморрагические формы инсульта являются наиболее тяжелыми формами церебральной сосудистой патологии [2, 3]. В последние годы в России отмечается увеличение доли геморрагических инсультов (ГИ) в общей структуре острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). По данным Регистра инсульта, в 2001-2003 гг. соотношение частоты ишемического инсульта (ИИ) и ГИ по России составило 4 : 1, в то время как в более ранних регистрах данное соотношение было 5:1 [6]. В республике Саха (Якутия) удельный вес ГИ в структуре инсульта выше по сравнению с данными по России, соотношение ИИ и ГИ составляет 2,2 : 1 [4]. В республике за последние 20 лет удельный вес ОНМК в общей структуре летальных исходов вырос в два раза. При этом увеличение отмечено за счет ГИ [1].

В связи с внедрением в широкую клиническую практику методов нейровизуализации, значительно улучшилась диагностика ГИ. В то же время остаются спорными многие аспекты лечения. В значительном количестве случаев ГИ не рассматривается возможность проведения хирургического лечения, что объясняется многими причинами: недоступностью нейровизуализации, недостаточной осведомленностью неврологов о современных методах нейрохирургической помощи, административными препятствиями, а также отсутствием единого мнения относительно показаний к оперативному лечению [6, 8, 9]. Это диктует необходимость детального изучения структуры данной патологии, а также определения перспектив внедрения новых методов лечения, в том числе нейрохирургических.

Целью исследования явилось изучение структуры геморрагических форм острых нарушений мозгового кровообращения с использованием метода компьютерной томографии головного мозга.

Материалы и методы

В группу исследования были включены 305 больных с геморрагическими формами инсульта, поступивших в Республиканскую больницу №2 — Центр экстренной медицинской помощи. Все пациенты находились в острой стадии заболевания с диагнозами: внутримозговая гематома (ВМГ), субарахноидальное кровоизлияние (САК) или желудочковое кровоизлияние (ВЖК). Всем больным проводили тщательный неврологический осмотр, общеклинические и биохимические анализы, консультацию нейрохирурга. Тяжесть состояния оценивалась по шкале комы Глазго. Компьютерная томография (КТ) головного мозга назначалась в 100% случаев при подозрении на ГИ на аппарате «SOMATOM AR. SP»

Резюме

Проведен анализ клинических и компьютерно-томографических показателей 305 пациентов с геморрагическими формами инсульта. Показана высокая частота внутримозговых кровоизлияний. По локализации чаще встречались гематомы в полушариях головного мозга (234 случая), реже в стволе мозга (14 случаев) и в мозжечке (11 случаев). В структуре данной патологии преобладали кровоизлияния по типу внутримозговых гематом. Доля гематом, традиционно считающихся доступными для хирургического лечения, составила 33,9% от общего числа внутримозговых кровоизлияний. Установлено, что 39,7% внутримозговых кровоизлияний сопровождались прорывом крови в желудочки мозга.

S.A. Chugunova, T.Ya. Nikolaeva, E.N. Pharaphonova

THE ANALYSIS OF COMPUTED TOMOGRAPHY DATA OF HEMORRHAGE STROKE

Yakut State University; Republic Hospital №2 - Emergency Medical Care Centre; Yakut Research Centre of Siberian Department RAMS

Summary

The clinical manifestations and computed tomography data of 305 patients with hemorrhage stroke have been analyzed in this study. High frequency of intracerebral hemorrhage was noted. The proportion of brain hemisphere hemorrhage was higher (234 cases) than that of the stem hemorrhage (14) and of cerebella hemorrhage (11). The proportion of hematomas indicated for surgical treatment was 33,9%. Blood rupture to the brain ventricles was diagnosed in 39,7% of cerebral hemorrhages.

(«Siemens», Германия) по программе Sequence, с толщиной выделяемого слоя и шагом стола 10 и 5 мм для ствола мозга. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы Statistica.5.

Результаты и обсуждение

В 2005 г. в РБ № 2 — ЦЭМП поступило 153 больных с геморрагическими формами инсульта, в 2006 г. — 152. Из них мужчин — 156 (51,1%), женщин — 149 (48,9%). Средний возраст в общей группе составил 55,8 лет, у мужчин — 54 г., у женщин — 57,8 г. В табл. 1 представлена структура различных геморрагических форм ин-

Таблица 1

Структура геморрагических форм ГИ по годам (2005-2006 гг.)

Диагноз	2005, n (%)	2006, n (%)	Итого, n (%)
Внутричерепные гематомы	131 (85,6)	128 (84,2)	259 (84,9)
Субарахноидальное кровоизлияние	20 (13,1)*	22 (14,5)*	42 (13,8)*
Внутрижелудочковое кровоизлияние	2 (1,3)*	2 (1,3)*	4 (1,3)*

Примечание. * — $p < 0,0001$ в сравнении с частотой ВМГ.

Таблица 2

Характеристика больных, объема и осложнений в зависимости от типа внутримозговой гематомы

Показатель	Тип гематомы					
	Латеральная	Медиальная	Лобарная	Смешанная	Ствол	Мозжечок
N (%)	70 (27,02)	41 (15,83)	65 (25,09)	58 (22,39)	14 (5,4)	11 (4,27)
Возраст пациентов	33-89	35-79	19-80	25-84	42-79	41-85
Средний возраст	57,56	58,37	57,57	57,96	51,75	58,56
Объем гематомы, min-max (см ³)	0,5-138	1,5-27,1	0,6-186,4	13,5-195,7	1,5-25	2,9-38
Прорыв крови в желудочки, n (%)	15 (21,7)	22 (53,65)*	20 (30,7)	37 (63,8)**	8 (57,1)	1 (9,1)
Сочетание с САК, n (%)	5 (7,2)	1 (2,4)	7 (10,7)	8 (13,8)	1 (7,1)	1 (9,1)

Примечание. * $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ в сравнении с частотой прорыва крови в желудочки при латеральной ВМГ, в остальных случаях разница статистически недостоверна.

сульта, согласно данным КТ головного мозга. Как видно из таблицы, за два последних года количество ежегодно поступающих в стационар больных с ГИ не изменилось. Внутричерепные кровоизлияния (ВМГ) выявлены в 259 случаях, что составило 84,9% от общего числа геморрагических форм. Частота их была достоверно выше по сравнению с САК и ВЖК. ВМГ несколько чаще встречались у мужчин — в 136 случаях (52,5%), у женщин — в 123 (47,5%). Возраст пациентов — от 19 до 89 лет. Средний возраст у мужчин составил 56 лет, у женщин — 59,4 лет. По нашим данным, ВМГ чаще локализовались в полушарии головного мозга, их доля составила 90,3% (234 случая), реже в стволе мозга — 5,4% (14 больных) и в мозжечке — 4,2% (11 больных). Результаты представлены в табл. 2. Наиболее частой локализацией внутримозговых гематом считается скорлупа (приблизительно от одной трети до половины всех ГИ) [7]. В нашем исследовании гематомы латеральной локализации встречались в 27,02% от общего числа ВМГ.

По объему кровоизлияния были распределены следующим образом: до 20 см³ — 31 случай, 21-40 см³ — 17 случаев, 41-60 см³ — 12, более 60 см³ — 10 случаев. Лобарные гематомы составили 25,09%, объем кровоизлияний данной локализации составил: до 20 см³ — у 21 больного, 21-40 см³ — у 17 больных, 41-60 см³ — у 13,

более 60 см³ — у 14. В данной группе больных в 6 случаях (9,23%) были выявлены артериовенозные мальформации, послужившие источником кровоизлияния.

Кровоизлияния в мозжечок чаще локализовались в полушариях — у 10 больных (90,9%), в червь мозжечка — у 1 (9,09%). Объем мозжечковых гематом: до 5 см³ — 2 случая, 6-10 см³ — 4 случая, 11-15 см³ — 1, более 15 см³ — 4. В одном случае у мужчины 60 лет были выявлены двойные гематомы: одна гематома объемом 38 см³ локализовалась в области медиальных отделов левого полушария мозжечка, червя мозжечка и частично медиальных отделов правого полушария мозжечка, другая — в чечевицеобразном ядре слева объемом 17 см³. Кроме того, выявлено геморрагическое содержимое в III и IV желудочках, водопроводе. Обе гематомы были одинаковой плотности (д.м.п. 78 ед Н), что свидетельствует об одномоментности их возникновения.

В настоящее время оперативное лечение обычно проводится при субкортикальных и путаменальных гематомах объемом более 20 см³, а также при кровоизлияниях в мозжечок объемом более 15 см³. При этом учитывается степень неврологического дефицита, общая тяжесть состояния, сопутствующие заболевания и возраст [6]. В нашей группе больных гематомы, предположительно подлежащие традиционному хирургическому лечению, то есть латеральной и лобарной локализации объемом более 20 см³ и мозжечковые кровоизлияния объемом более 15 см³, составили 33,9% от общего числа ВМГ.

Прорыв крови в желудочковую систему встречается в 40% всех внутримозговых кровоизлияний. Данное осложнение значительно ухудшает течение заболевания и также рассматривается как показание к оперативному лечению [5]. В нашем исследовании 39,7% внутримозговых кровоизлияний сопровождалось прорывом крови в желудочки мозга. Наиболее высок риск прорыва крови в желудочковую систему мозга при таламических кровоизлияниях (до 80% случаев) [6]. По нашим данным, достоверно чаще, по сравнению с латеральной локализацией ВМГ это осложнение возникло при медиальных кровоизлияниях (53,65 против 21,5%; $p < 0,05$) и при смешанных ВМГ (63,8 против 21,5%; $p < 0,01$) (табл. 2). Объем гематом при медиальных ВМК составил от 3,5 до 27,1 см³. Гематомы смешанной локализации, как правило, достигали больших объемов (до 195,7 см³) и, возможно, поэтому часто осложнялись прорывом крови в желудочковую систему мозга.

САК были диагностированы в 42 случаях, что составило 13,8% от всех геморрагических ОНМК. Данная форма патологии чаще диагностировалась у женщин, чем у мужчин — 25 (59,5%) и 17 (40,5%) соответственно. В 15 случаях (35,7%) при проведении КТ головного мозга с контрастным усилением у больных с САК были выявлены аневризмы на основании мозга, в том числе: в бассейне средней мозговой артерии — у 6 чел., в передней мозговой артерии — у 4, в передней соединительной — у 4 и в супраклиноидном отделе внутренней сонной артерии — у 1. Массивные САК диагностированы в 59,5% (25 случаев), в 28,57% случаев САК сочеталось с ВЖК.

Изолированные ВЖК считаются редкими формами ГИ и чаще всего являются следствием разрыва аневризм головного мозга, преимущественно передней соединительной артерии [6]. В данном исследовании выявлены

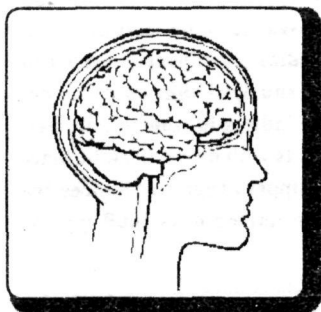
четыре случая данной патологии (мужчин — 3 чел., женщин — 1). Все ВЖК были массивными и сопровождались признаками острой окклюзионной гидроцефалии.

Таким образом, геморрагические формы инсульта возникают в основном у лиц трудоспособного возраста. В структуре данной патологии преобладали кровоизлияния по типу внутримозговых гематом. Доля гематом, традиционно считающихся доступными для хирургического лечения, то есть латеральной и лобарной локализации объемом более 20 см³ и мозжечковые кровоизлияния объемом более 15 см³, составила 33,9% от общего числа внутримозговых кровоизлияний. У 39,7% больных внутримозговые гематомы осложнились прорывом крови в желудочковую систему мозга. Достоверно чаще, по сравнению с латеральной локализацией, это осложнение возникало при медиальных кровоизлияниях и при смешанных внутримозговых гематомах.

Учитывая вышеизложенное, необходимо усовершенствование методов и расширение объема нейрохирургической помощи при данной патологии.

Л и т е р а т у р а

1. Аргунов В.А., Винничук С.А. // Якутский медицинский журнал. 2003. №4. С. 6-10.
2. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. // Неврология. М.: Медицина, 2000. С. 259-290.
3. Куреши А., Тахрим С., Бродерик Д. и др. // Междун. мед. журнал. 2000. №4. С. 327-334.
4. Николаева Т.Я. Ишемический инсульт в Восточно-Сибирском регионе: эпидемиология, факторы риска, клиничко-генетические и нейроиммунные механизмы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 40 с.
5. Пирадов М.А. // Атмосфера. Нервные болезни. 2005. №5. С. 17-19.
6. Скворцова В.И., Крылов В.В. Геморрагический инсульт: Практ. рук-во. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. 160 с.
7. Barnett H.J.M., Mohr J.P., Bennett M. et al. Stroke: Pathophysiology, Diagnosis and Management. New York etc.: Churchill Livingstone, 1992. С. 137.
8. Hankey G.J. // Stroke. 2003. Vol.34, P. 1568-1569.
9. Minematsu K. // Stroke. 2003. Vol.34, P.1567-1568.



УДК 616.12 - 008.331.1 - 053.81/85 - 02 : 612.82

С.А. Смакотина, О.А. Трубникова, О.В. Афонасков,
О.Л. Барбараш

ПОКАЗАТЕЛИ МЫШЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Кемеровская государственная медицинская академия; Кемеровская областная клиническая больница, г. Кемерово; Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

В последнее время все больший интерес вызывает проблема повышенного артериального давления как фактора риска расстройств когнитивных функций и развития сосудистой деменции [6]. Среди всех «органов-мишеней» гипертонической болезни (ГБ) головной мозг занимает особое место. Цереброваскулярные осложнения во многом определяют судьбу больных ГБ, поскольку могут быть непосредственной причиной утраты трудоспособности и летального исхода [9]. Россия занимает второе место в мире по смертности от церебрального инсульта, она в 3-8 раз выше, чем в США, Франции и Швейцарии [20]. В последние годы к числу определяемых «конечных точек» при лечении пациентов с АГ стали относить и

чрезвычайно важный показатель — состояние когнитивных функций [5, 9, 16, 17]. В том случае, если у человека имеют место нарушения памяти, мышления или других высших психических функций, но они не препятствуют профессиональной деятельности и/или не вызывают дезадаптации пациента в быту, говорят о когнитивных нарушениях. В ранее проведенных исследованиях когнитивные функции оценены у больных ГБ только пожилого возраста [5, 9, 15, 18, 20]. Вместе с тем имеются данные, что не только у пациентов с ГБ и с уже развившейся деменцией, но и у лиц с умеренными когнитивными нарушениями возрастает риск развития сердечно-сосудистых осложнений [2, 4, 5, 13, 16].