

УДК: 616.831-005-06

*А.А. Козелкин, В.И. Дарий, Т.П. Гамалий, С.А. Козелкина, Т.П. Терновая***КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗГОВОЙ ИШЕМИЧЕСКИЙ ПОЛУШАРНЫЙ ИНСУЛЬТ С ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ**

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: мозговой инсульт, качество жизни, интрацеребральные осложнения

Проблема сосудистых заболеваний головного мозга и особенно их острых форм в виде мозговых инсультов весьма актуальна и имеет не только огромное медицинское, но и социально-экономическое значение. Особенную опасность представляют мозговые инсульты с различными интрацеребральными осложнениями, нередко приводящие к смертельным исходам [1,3].

Под нашим наблюдением в клинике нервных болезней Запорожского государственного медицинского университета находилось 100 больных, страдающих мозговым полушарным ишемическим инсультом (МПИИ), из них 67 человек в остром периоде имели различные интрацеребральные осложнения (ИО). Ведущими этиологическими факторами развития ишемического инсульта явились атеросклероз (49 человек) и сочетание атеросклероза с гипертонией (51 человек).

Крайне важным в остром периоде МИ явилось исследование состояния структур вне основного очага МИ: диэнцефальных, стволовых и корешковых дисфункций, которое было проведено в соответствии с уровнем и локализацией поражения. Так, учитывая характеристику осложненного синдрома, имеющего место при ИОПИИ в его остром периоде, нами были выделены: диэнцефальный, мезэнцефальный и понто-бульбарный уровни поражения, описанные в литературе (2,4). Проводился анализ мышечно-дистонического и пирамидного гомолатерального синдрома. Проведенное исследование общемозгового и очагового синдрома в динамике течения острого периода МПИИ обнаружило его значительный полиморфизм и вариабельность, связанные с различным вовлечением в патологический процесс структур мозга вне мозгового основного очага.

По данным клинического обследования в раннем восстановительном периоде полушарного ишемического инсульта на первый план

выступали очаговые нарушения (двигательные, чувствительные, вегетативные, координаторные, расстройства высших психических функций). Общемозговые синдромы были выражены незначительно или отсутствовали. Неврологическое обследование позволило разделить 100 выживших больных в раннем восстановительном периоде на три группы в зависимости от выраженности неврологических расстройств: 1) вариант благоприятного исхода ИОПИИ с резко выраженными проявлениями интрацеребральных осложнений, с глубоко выраженным очаговым двигательным неврологическим дефицитом (ОАД в пределах 2 - 2,5 балла) и речевым дефицитом в раннем восстановительном периоде в стадии выраженных расстройств (18 больных); 2) вариант благоприятного исхода ИОПИИ с умеренно выраженными проявлениями интрацеребральных осложнений, с менее выраженным очаговым двигательным неврологическим дефицитом (ОАД в пределах 3-4 балла) и речевым дефицитом в раннем восстановительном периоде в стадии выраженных расстройств (49 больных), 3) вариант благоприятного исхода ПИИ без ИО с ограниченными последствиями инсульта (33 человека).

При количественной оценке полушарных нарушений имело место достоверное изменение двигательных и речевых нарушений. Двигательный дефицит оценивали по шестибальной шкале Гольдблата (0, 1, 2, 3, 4, 5 баллов) относительно суммы объема активных движений в ноге, стопе, руке и кисти (20 баллов максимально). Уровень самообслуживания оценивался по индексу Бартеля (максимально 100 баллов). Речевые нарушения в виде моторной, сенсорной афазий учитывались по 3-х бальной шкале (1 балл – минимальные проявления, 2 – выраженные, 3 – полное отсутствие данных видов речи).

Количественные изменения речевых, двига-

тельных нарушений и индекса Бартеля (на 17-21 и 35-42 сутки) в зависимости от наличия интрацеребральных осложнений в ост-

ром периоде заболевания у больных полушарным ишемическим инсультом представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Изменения речевых, двигательных нарушений и индекса Бартеля (на 17-21 сутки) в зависимости от наличия и выраженности интрацеребральных осложнений в остром периоде полушарного ишемического инсульта

	1-я группа n=18	2-я группа n=49	3-я группа n=33
Движения	6,14+0,75* **	14,8+0,35* **	17,3+0,4*
Речь моторная	0,56+0,26	0,45+0,13	0,39+0,14
Речь сенсорная	0,33+0,18	0,24+0,09	0,3+0,13
И.Бартеля	74,4+3,18* **	91,3+1,7* **	97,3+0,7*

Примечание: n – количество больных, * - достоверные отличия 1-й и 2-й группы от 3-й, ** - достоверные отличия 1-й и 2-й групп.

Как видно из вышеприведенной таблицы, отмечались достоверные отличия по двигательному дефициту и шкале самообслуживания Бартеля между всеми тремя группами больных в раннем восстановительном периоде в зависимости от наличия и тяжести течения интрацеребральных осложнений в остром периоде заболевания. Достоверных раз-

личий в речевых нарушениях не отмечалось.

Динамика изменения речевых, двигательных нарушений и индекса Бартеля (на 35-42 сутки) в зависимости от наличия и выраженности интрацеребральных осложнений в остром периоде заболевания у больных полушарным ишемическим инсультом представлена в таблице 2.

Таблица 2

Изменения речевых, двигательных нарушений и индекса Бартеля (на 35-42 сутки) в зависимости от наличия и выраженности интрацеребральных осложнений в остром периоде полушарного ишемического инсульта

	1-я группа n=18	2-я группа n=49	3-я группа n=33
Движения	8,19+1,03* **	16,8+0,36* **	18,5+0,27*
Речь моторная	0,44+0,23	0,29+0,1	0,27+0,1
Речь сенсорная	0,28+0,18	0,18+0,08	0,24+0,1
И. Бартеля	82,2+3,8* **	96,3+1,03* **	99,6+0,25*

Примечание: n – количество больных, * - достоверные отличия 1-й и 2-й группы от 3-й, ** - достоверные отличия 1-й и 2-й групп

Таким образом, наличие дизэнцефальных, мезэнцефальных и понто - бульбарных расстройств стволовых отделов мозга существенно влияет на течение мозгового ишемического инсульта, замедляя и затрудняя восстановительные процессы, при этом свидетельствующие о выраженных изменениях в срединных структурах мозга вследствие отека - набухания головного мозга и дислокационных проявлений. Наличие в острейшем периоде МИИ признаков вышеуказанных дисфункций мозговых структур вне основного очага является фактором, значительно утяжеляющим течение МПИИ.

Необходимо отметить, что ранний восстановительный период у больных с МИИ с интрацеребральными осложнениями характеризуется более медленными процессами восстановления двигательных, речевых и когнитивных расстройств, что существенно влияет на уровень самообслуживания больного, речевого контакта с окружающими, а следовательно на качество жизни больного. При этом следует отметить, что качество жизни больного, перенесшего МИИ с интрацеребральными осложнениями, значительно влияет на качество жизни близких родствен-

ников, т.к. эта категория больных требует постоянного ухода длительный период времени. Проблема качества жизни постинсультных больных, перенесших в остром периоде ИО не только медицинская, но и социально-экономическая. Реа-

билитационные мероприятия у этих больных должны проводиться более длительно с дифференцированным использованием различных нейрореабилитационных методов и более активной фармакотерапией.

А.А. Козьолкін, В.И. Дарій, Т.П. Гамалій, С.А. Козьолкіна, Т.П. Тернова

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ, ПЕРЕНЕСШИХ МОЗКОВИЙ ІШЕМІЧНИЙ ПІВКУЛЬОВИЙ ІНСУЛЬТ З ІНТРАЦЕРЕБРАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

Запорізький державний медичний університет

Під нашим спостереженням у клініці нервових хвороб Запорізького державного медичного університету знаходилося 100 хворих, що перенесли мозковий півкульовий ішемічний інсульт, з них 67 чоловік у гострому періоді мали різні інтрацеребральні ускладнення. Виявилось, що наявність у найгострішому періоді мозкового ішемічного інсульту ознак вищевказаних процесів поза основним вогнищем є чинником, який набагато ускладнює його плин і результат. Це значною мірою відбивалося на якості життя цих хворих, вивченому за шкалою Бартеля. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2004. — № 2 (12). — С.46-48)

A.A. Kozyolkin, V.I. Dariy, T.P. Gamaliy, S.A. Kozyolkina, T.P. Ternovaya

LIVING STANDART OF PATIENTS AFTER CEREBRAL HEMISPHERIC ISCHEMIC STROKE WITH INTRACEREBRAL COMPLICATION

Zaporozhye State Medical University

One hundred patients suffering from cerebral hemispheric ischemic stroke were observed in the Clinical Centre of nervous diseases at Zaporozhye State Medical University. Among them 67 patients had different intracerebral complication in the acute period. It has been revealed, that the extrafocal disorders in the most acute period of the cerebral ischemic stroke resulted in the aggravation of the disease, its outcome and considerably influenced on the living standart of the patients, determined by Bartel scale. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2004. — № 2 (12). — P.46-48)

Литература

1. Виленский Б.С., Широков Е.А., Гриневиц Т.В. Классификация осложненных инсульта. Материалы научно-практической конференции. С.-Петербург.- 2000.- С. 279.
2. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. - СПб.: Фолиант, 2003. - 397 с.

3. Віничук С.М. Судинні захворювання головного мозку та спинного мозку. – Київ, 1996. – 115 с.
4. Коршунов Д.Г. Значение стволовой дисфункции в хирургическом лечении больных с разорвавшимися аневризмами сосудов головного мозга: Дис...канд. мед. наук. - Санкт-Петербург, 1992.- 205 с.

Поступила в редакцию 22.06.2004