

Дарий И. В.

**ОСОБЕННОСТИ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПРИ
АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКОМ И КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОМ ПОДТИПАХ
ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Сикорская М. В.

Кафедра нервных болезней

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Актуальность. Ежегодно в мире умирает около 6 млн человек вследствие мозгового инсульта. Понимание механизмов развития и повреждающего действия острого церебрального инсульта постепенно развивалось на протяжении последних десятилетий. Это обусловлено, прежде всего, широким применением новейших методов диагностики, позволяющих изучить структуру, особенности кровотока, метаболизма, состояние функции головного мозга. Одним из таких методов является компьютерная томография (КТ).

Цель: выявление особенностей компьютерно-томографических данных атеротромботического и кардиоэмболического подтипов ишемического инсульта (ИИ).

Материалы и методы. Нами было обследовано 73 пациента с ИИ на базе шестой городской клинической больницы г. Запорожье: 38 больных атеротромботическим инсультом (АТИ) и 35 больных кардиоэмболическим (КЭИ). КТ проводилась всем больным с помощью рентгеновского мультиспирального сканера «SOMATOM SPIRIT» (Siemens) №31906 (величина среза 3,8 мм).

Результаты и их обсуждение. По результатам КТ были выявлены следующие данные в группах больных АТИ и КЭИ: определялись очаговые изменения в бассейне левой средней мозговой артерии (СМА) в 52,6% и 62,9%, случаях соответственно, в бассейне правой СМА у 47,4% и 37,1% больных, соответственно. Локализация очага у пациентов с АТИ и КЭИ оказалась следующей: корково-подкорковые очаги были у 42,1% и 40% пациентов, соответственно; подкорковые очаги визуализировались у 7,9% и 31,4%, соответственно ($p < 0,05$); корковые очаги отмечались у 34,2% и 14,2%, соответственно ($p < 0,05$); множественные очаги были у 15,8% и 14,2%, соответственно. По размеру очага АТИ и КЭИ распределились следующим образом: мелкие (до 15мм) наблюдались у 13,2% и 14,3% больных, соответственно; средние (от 15 мм до 50 мм) - у 52,6% и 62,9%, соответственно, крупные очаги отмечались у 34,2% и 22,9%, соответственно. В группах больных АТИ и КЭИ категории КТ-признаков распределились следующим образом: наличие одной или нескольких артерий с повышенным коэффициентом поглощения рентгеновского излучения (гиперденсивность, симптом усиления артерии) отмечалось у 73,7% и 48,6% пациентов, соответственно ($p < 0,05$); потеря дифференцировки между серым и белым веществами мозга наблюдалось у 21,1% и 20%, соответственно; сглаженность корковых борозд и признаки отека вещества головного мозга были у 18,4% и 20%, соответственно; признаки инсулярной ленты и гиподенсивность базального ганглия отмечались у 39,5% и 34,3%, соответственно; геморрагические трансформации визуализировались у 7,9% и 17,1%, соответственно ($p < 0,05$); множественные старые сосудистые очаги встречались у 5,3% и 14,3%, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, были выявлены следующие закономерности КТ-данных в зависимости от патогенетического подтипа ишемического инсульта: при АТИ чаще, чем при КЭИ встречалась локализация очага в корковых структурах (34,2% против 14,2%, соответственно ($p < 0,05$)); при КЭИ - в подкорковых структурах (31,4% против 7,9%, соответственно ($p < 0,05$)); при АТИ симптом усиления артерии встречался на 25,1% чаще, чем при КЭИ ($p < 0,05$); при КЭИ чаще, чем при АТИ отмечались геморрагические трансформации (17,1% против 7,9%, соответственно ($p < 0,05$)) и множественные старые сосудистые очаги в различных сосудистых бассейнах (14,3% против 5,3 %, соответственно ($p < 0,05$)).