



УКРАЇНА

(19) UA (11) 17293 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 8/00
A61B 6/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ХВОРИХ З ВНУТРІШНЬОМОЗКОВИМИ ГЕМОРАГІЯМИ ПІДКОРКОВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ У НАЙГОСТРІЙШОМУ ПЕРІОДІ ЗАХВОРЮВАННЯ

1

(21) u200603567

(22) 03.04.2006

(24) 15.09.2006

(46) 15.09.2006, Бюл. № 9, 2006 р.

(72) Міщенко Тамара Сергіївна, Козьолкіна Світлана Олександрівна, Нікуліна Рима Петрівна

(73) ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, Міщенко Тамара Сергіївна, Козьолкіна Світлана Олександрівна, Нікуліна Рима Петрівна

(57) Спосіб оцінки ступеня тяжкості хворих з внутрішньомозковими геморагіями підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання, що включає визначення клініко-неврологічного статусу з виявленням загальномоозкового синдрому, менінгеального симптомокомплексу, представленості краніобазальних, півкульових симптомів, проведення комп'ютерної томографії з визначенням локалізації вогнища ураження, його об'єму, виразності набряку мозку, зміщення серединних структур мозку, який **відрізняється** тим, що додатково проводять доплерографічне обстеження церебральної гемодинаміки, при цьому при гострому та блискавичному варіантах темпу розвитку захворювання, значному переважанні загальномоозкового синдрому над вогнищевим, сопорозному та коматозному стані хворого, наявності стовбурових типів порушення дихання, синдрому між'ядерної окулоплегії з анізокорією або двобічним мідріазом, спонтанними рухами очних яблук, косоокістю по горизонталі або вертикалі, несиметричному недоведенні очних яблук у бік, протилежний вогнищу ураження у структурі мезенцефалодіенцефальних дисфункцій, наявності понтобульбарних дисфункцій, наявності глибокого порушення м'язового тону за типом паратонічної ригідності у непаралізованих кінцівках, гіпотонії в паралізованих кінцівках та синдрому децеребраційної ригідності, наявності вираженого менінгеального синдрому, двобічних патологічних пірамідних симптомів, порушенні рухової функції за типом контрлатеральної геміплегії та глибокого геміпарезу, порушеннях функції мовлення за типом тотальної афазії та сенсорної афазії у стадії виражених порушень, при наявності за даними комп'ютерної томографії змішаної або медіальної

2

локалізації геморагії з крововиливом у шлуночкову систему та/або субарахноїдальний простір, обсягу вогнища ураження більше 40 см^3 , тотального або генералізованого набряку мозку, вираженого транстенторіального та латерального зміщення більше 5 мм і при наявності за даними ультразвукової доплерографії зменшення по середній мозковій артерії на боці ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку більше 30 %, середньої лінійної швидкості кровообігу більше 30 %, підвищенні індексу опору більше 0,9, систоло-діастолічного співвідношення більше 2,8, асиметрії кровотоку більше 30 %, зменшення по хребетній артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку більше 35 %, середньої лінійної швидкості кровообігу більше 25 %, підвищенні індексу опору більше 0,9, систоло-діастолічного співвідношення більше 2,8, асиметрії кровотоку більше 30 %, різкому зниженні колатерального кровотоку, венозного відтоку, вираженій внутрішньочерепній гіпертензії, наявності вираженого ангіоспазму, діагностують вкрай важкий ступінь тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання, при гострому або підгострому варіантах темпу розвитку захворювання, переважанні вогнищевих синдромів над загальномоозковим, оглушенні, сомноленції або психо-моторному збудженні, тахіпное, наявності дихання за типом Чейн-Стокса або відсутності порушень акту дихання, наявності анізокорії, розбіжній косоокості, парезі зору у бік, протилежний вогнищу ураження, відсутності понтобульбарних дисфункцій, порушенні м'язового тону за типом м'язової спастичності або гіпотонії у паралізованих кінцівках, наявності менінгеального синдрому, однобічних патологічних пірамідних симптомів, порушенні рухової функції за типом контрлатеральної геміплегії, глибокого або помірного геміпарезу, порушеннях функції мовлення за типом тотальної, моторної та сенсорної афазії помірного ступеня вираженості, при наявності за даними комп'ютерної томографії геморагії змішаної, медіальної або латеральної локалізації, обсягу вогнища ураження у межах $25-40 \text{ см}^3$, генералізованого або вираженого перифокального набряку, транстенторіального та латерального зміщення у

(19) UA (11) 17293 (13) U

межах 3-5 мм і, при наявності за даними ультразвукової доплерографії зменшення по середній мозковій артерії на бік ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку у межах 10-30 %, середньої лінійної швидкості кровотоку у межах 15-30 %, підвищенні індексу опору у межах 0,8-0,9, систоло-діастолічного співвідношення у межах 2,4-2,8, асиметрії кровотоку у межах 20-30 %, зменшення по хребетній артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровообігу у межах 20-35 %, середньої лінійної швидкості кровообігу у межах 20-25 %, підвищенні індексу опору у межах 0,8-0,9, систоло-діастолічного співвідношення у межах 2,4-2,8, асиметрії кровотоку у межах 20-30 %, зниженні колатерального кровотоку, венозного відтоку, помірній внутрішньочерепній гіпертензії, наявності помірного ангіоспазму, діагностують важкий ступінь тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання, при гострому, підгострому або ступеневому варіантах темпу розвитку захворювання, вогнищевій симптоматиці, яка значно переважає загальнономозкову, оглушенні або відсутності порушення свідомості, відсутності вітальних порушень, окуло рухових дисфункцій, парезі зору у бік, протилежний вогнищу ураження, відсутності понто-бульбарних дисфункцій, порушень м'язового тону у паралізованих кінцівках, відсутності менингеального синдрому, односторонніх патологічних пірамідних симптомів або

їх відсутності, порушенні рухової функції за типом легкого та помірного контралатерального геміпарезу, порушеннях функції мовлення за типом моторної та сенсорної афазії помірного ступеня вираженості, при наявності за даними комп'ютерної томографії обмеженої геморагії латеральної локалізації, обсягу вогнища ураження у межах 5-25 см³ з вузькою смугою перифокального набряку, відсутності ознак транстенторіального та латерального зміщення і, при наявності за даними ультразвукової доплерографії зменшення по середній мозковій артерії на боці ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку до 10 %, середньої лінійної швидкості кровотоку до 15 %, підвищенні індексу опору у межах 0,6-0,7, систоло-діастолічного співвідношення у межах 2,2-2,4, асиметрії кровотоку до 20 %, зменшенні по хребетній артерії на боці ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку до 20 %, середньої лінійної швидкості кровообігу до 20 %, підвищенні індексу опору у межах 0,6-0,7, систоло-діастолічного співвідношення у межах 2,2-2,4, асиметрії кровотоку до 20 %, збереженості колатерального кровотоку, венозного відтоку, легкій внутрішньочерепній гіпертензії або її відсутності, наявності легкого ангіоспазму або його відсутності, діагностують помірний ступінь тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання.

Корисна модель стосується медицини, а саме, неврології, і може бути використаною у оцінці ступеня тяжкості хворих з внутрішньомозковими геморагіями підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання.

Існує багато способів оцінки ступеня тяжкості хворих з внутрішньомозковими геморагіями підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання, але на цей час вони не достатньо ефективні, тому що базуються лише на аналізі клініко-неврологічного статусу та нейровізуалізаційних порушень головного мозку, без врахування змін церебральної гемодинаміки у найгострійшому періоді внутрішньомозкових геморагій. На відміну від усіх відомих способів і методів діагностики ультразвукова доплерографія екстра- та інтракраніальних артерій голови дозволяє з переквдх годин внутрішньомозкової геморагії достовірно оцінити стан артеріального притоку та венозного відтоку, з'ясувати наявність та ступень виразності ангіоспазму, внутрішньочерепної гіпертензії, визначити стратегію і тактику ведення хворого у найгострійшому періоді захворювання та призначити адекватну патогенетичне обґрунтовану терапію, що викликало необхідність у розробці нових способів.

Найбільш близьким за технічною сутністю та результатом, що досягається, є спосіб, який полягає у дослідженні клініко-неврологічного статусу з визначенням загальнономозкового синдрому (рівень свідомості), менингеального симптомокомплексу (ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга),

представленості краніобазальних (дієнцефало-мезенцифальний, бульбарний), півкульових симптомів (осередкового синдрому - порушення рухової та мовної функції, функції чутливості), проведенні комп'ютерної томографії з визначенням локалізації вогнища ураження, його об'єму, виразності набряку мозку, зміщення серединних структур мозку; також визначалися ознаки ехоенцефалоскопії, електроенцефалографії, реоенцефалографії, магнітно-резонансної томографії, проводилося спеціальне біохімічне дослідження [Михайлов О.Б. Динаміка геморагічних осередків у хворих на мозковий інсульт: Дис. ...канд. мед. наук.- Харьков, 2001.- 171с.].

Спільними суттєвими ознаками прототипу і корисної моделі, що заявляється, є такі:

- клініко-неврологічне обстеження хворих у найгострійшому періоді внутрішньомозкових геморагій з виявленням загальнономозкового синдрому, менингеального симптомокомплексу, представленості краніо базальних, півкульових симптомів,

- комп'ютерно-томографічне дослідження головного мозку у найгострійшому періоді внутрішньомозкових геморагій з визначенням локалізації вогнища ураження, його об'єму, виразності набряку мозку, зміщення серединних структур мозку.

Цей спосіб є недостатньо ефективним, тому що базується лише на аналізі клініко-неврологічного статусу та нейровізуалізаційних порушень головного мозку у найгострійший період захворювання, без врахування змін церебральної

гемодинаміки, оцінки стану артеріального притоку та венозного відтоку, наявності та ступеня виразності ангіоспазму, внутрішньочерепної гіпертензії, що не дає можливості остаточно визначити стратегію і тактику ведення хворого та призначити адекватну патогенетичне обґрунтовану терапію.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу оцінки ступеня тяжкості хворих з внутрішньомозковими геморагіями підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання шляхом додаткового проведення ультразвукової доплерографії екстра- та інтракраніальних артерій голови, що забезпечить підвищення якості діагностики і як слідство забезпечить адекватну терапію.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі, який включає визначення клініко-неврологічного статусу з виявленням загальноомозкового синдрому, менінгеального симптомокомплексу, представленості краніобазальних, пікульових симптомів, проведенні комп'ютерної томографії з визначенням локалізації вогнища ураження, його об'єму, виразності набряку мозку, зміщення серединних структур мозку, новим є те, що додатково проводять доплерографічне обстеження, і якщо при гострому та блискавичному варіантах темпу розвитку захворювання, значному переважанні загальноомозкового синдрому над вогнищевим, сопорозному та коматозному стані хворого, наявності стоволових типів порушення дихання, синдрому між'ядерної окулоплегії з анізокорією або двобічним мідріазом, спонтанними рухами очних яблук, косоокістю по горизонталі або вертикалі, несиметричному недоведенні очних яблук у сторону, протилежну вогнищу ураження у структурі мезенцефало-діенцефальних дисфункцій, наявності понто-бульбарних дисфункцій, наявності глибокого порушення м'язового тону за типом паратонічної ригідності у непаралізованих кінцівках, гіпотонії в паралізованих кінцівках та синдрому децеребраційної ригідності, наявності вираженого менінгеального синдрому, двобічних патологічних пірамідних симптомів, порушенні рухової функції за типом контрлатеральної геміплегії та глибокого геміпарезу, порушеннях функції мовлення за типом тотальної афазії та сенсорної афазії у стадії виражених порушень, при наявності за даними комп'ютерної томографії змішаної або медіальної локалізації геморагії з крововиливом у шлуночкову систему та/або субарахноїдальний простір, обсягу вогнища ураження більш 40см^3 , тотального або генералізованого набряку мозку, вираженого транстенторіального та латерального зміщення більш 5мм, і при наявності за даними ультразвукової доплерографії зменшення по середній мозковій артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку більш 30%, середньої лінійної швидкості кровообігу більш 30%, підвищенні індексу опору більш 0,9, систолодіастолічного співвідношення більш 2,8, асиметрії кровотоку більш 30%, зменшення по позвоночній артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку більш 35%, середньої лінійної швидкості кровообігу більш 25%, підвищенні індексу опору більш 0,9; систолодіастолічного співвідношення більш 2,8, асиметрії кровотоку більш

30%, різькому зниженні коллатерального кровотоку, венозного відтоку, вираженій внутрішньочерепній гіпертензії, наявності вираженого ангіоспазму, діагностують край важкий ступень тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання, при гострому або підгострому варіантах темпу розвитку захворювання, переважанні вогнищевих синдромів над загальноомозковим, оглушанні, сомноленції або психо-моторному збудженні, тахное, наявності дихання за типом Чейн-Стокса або відсутності порушень акту дихання, наявності анізокорії, розбіжній косоокості, парезі взору у сторону, протилежну вогнищу ураження, відсутності понто-бульбарних дисфункцій, порушенні м'язового тону за типом м'язової еластичності або гіпотонії у паралізованих кінцівках, наявності менінгеального синдрому, однобічних патологічних пірамідних симптомів, порушенні рухової функції за типом контрлатеральної геміплегії, глибокого або помірного геміпарезу, порушеннях функції мовлення за типом тотальної, моторної та сенсорної афазії помірного ступеня вираженості, при наявності за даними комп'ютерної томографії геморагії змішаної, медіальної або латеральної локалізації, обсягу вогнища ураження у межі $25\text{-}40\text{см}^3$, генералізованого або вираженого перифокального набряку, транстенторіального та латерального зміщення у межі 3-5мм, і при наявності за даними ультразвукової доплерографії зменшення по середній мозковій артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку у межі 10-30%, середньої лінійної швидкості кровотоку у межі 15-30%, підвищенні індексу опору у межі 0,8-0,9, систолодіастолічного співвідношення у межі 2,4-2,8, асиметрії кровотоку у межі 20-30%, зменшення по позвоночній артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровообігу у межі 20-35%, середньої лінійної швидкості кровообігу у межі 20-25%, підвищенні індексу опору у межі 0,8-0,9, систолодіастолічного співвідношення у межі 2,4-2,8, асиметрії кровотоку у межі 20-30%, зниженні коллатерального кровотоку, венозного відтоку, помірній внутрішньочерепній гіпертензії, наявності помірного ангіоспазму діагностують важкий ступень тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання, при гострому, підгострому або ступеневому варіантах темпу розвитку захворювання, вогнищевій симптоматиці, яка значно переважає над загальноомозковою, оглушанні або відсутності порушення свідомості, відсутності вітальних порушень, окулорухових дисфункцій, парезі взору у сторону, протилежну вогнищу ураження, відсутності понто-бульбарних дисфункцій, порушень м'язового тону у паралізованих кінцівках, відсутності менінгеального синдрому, однобічних патологічних пірамідних симптомів або їх відсутності, порушенні рухової функції за типом легкого та помірного контрлатерального геміпарезу, порушеннях функції мовлення за типом моторної та сенсорної афазії помірного ступеня вираженості, при наявності за даними комп'ютерної томографії обмеженої геморагії латеральної локалізації, обсягу вогнища ураження у межі $5\text{-}25\text{см}^3$ з вузькою смугою перифокального набряку, відсут-

ності ознак транстенторіального та латерального зміщення, і при наявності за даними ультразвукової доплерографії зменшення по середній мозковій артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку до 10%, середньої лінійної швидкості кровотоку до 15%, підвищенні індексу опору у межі 0,6-0,7, систоло-діастолічного співвідношення у межі 2,2-2,4, асиметрії кровотоку до 20%, зменшення по позвоночній артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку до 20%, середньої лінійної швидкості кровообігу до 20%, підвищенні індексу опору у межі 0,6-0,7, систоло-діастолічного співвідношення у межі 2,2-2,4, асиметрії кровотоку до 20%, збереженості коллатерального кровотоку, венозного відтоку, легкій внутрішньочерепній гіпертензії або її відсутності, наявності легкого ангіоспазму або його відсутності діагностують помірний ступень тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому період захворювання.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю ознак, що заявляються, та технічним результатом полягає у такому.

Використання таких критеріїв ультразвукової доплерографії, як максимальна лінійна швидкість кровотоку, середня лінійна швидкість кровотоку, індекс опору, систоло-діастолічне співвідношення, асиметрія кровотоку по середній мозковій артерії та максимальна лінійна швидкість кровотоку, середня лінійна швидкість кровотоку, індексу опору, систоло-діастолічне співвідношення, асиметрія кровотоку по позвоночній артерії, коллатеральний кровоток, венозний відток, наявність внутрішньочерепної гіпертензії та ангіоспазму підвищить якість діагностики і поліпшить ефективність комплексної терапії.

Таким чином, сукупність вищезазначеного комплексного обстеження хворих з внутрішньомозковими геморагіями підкоркової локалізації дозволить з перших годин захворювання достовірно оцінити клініко-неврологічний статут пацієнтів, структурні порушення тканини мозку, стан церебрального кровотоку, розподілити хворих на три клінічні групи за ступенем тяжкості стану, визначити стратегію і тактику ведення хворого у найгострійшому періоді захворювання та призначити адекватну патогенетичне обґрунтовану терапію.

Спосіб здійснюють таким чином.

Хворому оцінюють клінічні критерії внутрішньомозкової геморагії підкоркової локалізації, такі як темп розвитку, переважання загальнономозкового або вогнищевих синдромів у дебюті захворювання, функцію свідомості, порушення акту дихання у структурі вітальних дисфункцій, функції окорухових нервів, представленість понто-бульбарних дисфункцій, м'язовий тонус, менінгеальний синдром, патологічні пірамідні симптоми, рухову та мовну функції; параметри комп'ютерної томографії: локалізація та обсяг вогнища ураження, тяжкість набряку мозку, транстенторіальне та латеральне зміщення мозку; ознаки ультразвукової доплерографії: по середній мозковій артерії - максимальна лінійна швидкість кровотоку, середня лінійна швидкість кровотоку, індекс опору, систоло-діастолічне співвідношення, асиметрія кровотоку,

по позвоночній артерії - максимальна лінійна швидкість кровотоку, середня лінійна швидкість кровотоку, індекс опору, систоло-діастолічне співвідношення, асиметрія кровотоку, коллатеральний кровоток, венозний відток, наявність внутрішньочерепної гіпертензії та ангіоспазму.

При гострому та блискавичному варіантах темпу розвитку захворювання, значному переважанні загальнономозкового синдрому над вогнищевим, сопорозному та коматозному стані хворого, наявності ствольових типів порушення дихання, синдрому між'ядерної окулоплегії з анізокорією або двобічним мідріазом, спонтанними рухами очних яблук, косоокістю по горизонталі або вертикалі, несиметричному не доведенні очних яблук у сторону, протилежну вогнищу ураження у структурі мезенцефало-діенцефальних дисфункцій, наявності понто-бульбарних дисфункцій, наявності глибокого порушення м'язового тонуусу за типом паратонічної ригідності у непаралізованих кінцівках, гіпотонії в паралізованих кінцівках та синдрому децеребраційної ригідності, наявності вираженого менінгеального синдрому, двобічних патологічних пірамідних симптомів, порушенні рухової функції за типом контрлатеральної геміплегії та глибокого геміпарезу, порушеннях функції мовлення за типом тотальної афазії та сенсорної афазії у стадії виражених порушень, при наявності за даними комп'ютерної томографії змішаної або медіальної локалізації геморагії з крововиливом у шлуночкову систему та/або субарахноїдальний простір, обсягу вогнища ураження більш 40см³, тотального або генералізованому набряку мозку, вираженого транстенторіального та латерального зміщення більш 5мм, і при наявності за даними ультразвукової доплерографії зменшення по середній мозковій артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку більш 30%, середньої лінійної швидкості кровообігу більш 30%, підвищенні індексу опору більш 0,9, систоло-діастолічного співвідношення більш 2,8, асиметрії кровотоку більш 30%, зменшення по позвоночній артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку більш 35%, середньої лінійної швидкості кровообігу більш 25%, підвищенні індексу опору більш 0,9, систоло-діастолічного співвідношення більш 2,8, асиметрії кровотоку більш 30%, різькому зниженні коллатерального кровотоку, венозного відтоку, вираженій внутрішньочерепній гіпертензії, наявності вираженого ангіоспазму, діагностують край важкий ступень тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання. При гострому або підгострому варіантах темпу розвитку захворювання, переважанні вогнищевих синдромів над загальнономозковим, оглушанні, сомноленції або психо-моторному збудженні, тахіпноє, наявності дихання за типом Чейн-Стокса або відсутності порушень акту дихання, наявності анізокорії, розбіжній косоокості, парезі взору у сторону, протилежну вогнищу ураження, відсутності понто-бульбарних дисфункцій, порушенні м'язового тонуусу за типом м'язової еластичності або гіпотонії у паралізованих кінцівках, наявності менінгеального синдрому, однобічних патологічних пірамідних симптомів, порушенні рухової функції за типом

контралатеральної геміплегії, глибокого або помірного геміпарезу, порушеннях функції мовлення за типом тотальної, моторної та сенсорної афазії помірного ступеня вираженості, при наявності за даними комп'ютерної томографії геморагії змішаної, медіальної або латеральної локалізації, обсягу вогнища ураження у межі 25-40см³, генералізованого або вираженого перифокального набряку, транстенторіального та латерального зміщення у межі 3-5мм, і при наявності за даними ультразвукової доплерографії зменшення по середній мозковій артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку у межі 10-30%, середньої лінійної швидкості кровотоку у межі 15-30%, підвищенні індексу опору у межі 0,8-0,9, систоло-діастолічного співвідношення у межі 2,4-2,8, асиметрії кровотоку у межі 20-30%, зменшення по позвоночній артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровообігу у межі 20-35%, середньої лінійної швидкості кровообігу у межі 20-25%, підвищенні індексу опору у межі 0,8-0,9, систоло-діастолічного співвідношення у межі 2,4-2,8, асиметрії кровотоку у межі 20-30%, зниженні коллатерального кровотоку, венозного відтоку, помірний внутрішньочерепний гіпертензії, наявності помірного ангіоспазму діагностують важкий ступень тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання. При гострому, підгострому або ступеневому варіантах темпу розвитку захворювання, вогнищевій симптоматиці, яка значно переважає над загальнономозковою, оглушанні або відсутності порушення свідомості, відсутності вітальних порушень, окуло рухових дисфункцій, парезі взору у сторону, протилежну вогнищу ураження, відсутності понто-бульбарних дисфункцій, порушень м'язового тону у паралізованих кінцівках, відсутності менінгеального синдрому, односторонніх патологічних пірамідних симптомів або їх відсутності, порушенні рухової функції за типом легкого та помірного контралатерального геміпарезу, порушеннях функції мовлення за типом моторної та сенсорної афазії помірного ступеня вираженості, при наявності за даними комп'ютерної томографії обмеженої геморагії латеральної локалізації, обсягу вогнища ураження у межі 5-25см³ з вузькою смугою перифокального набряку, відсутності ознак транстенторіального та латерального зміщення, і при наявності за даними ультразвукової доплерографії зменшення по середній мозковій артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку до 10%, середньої лінійної швидкості кровотоку до 15%, підвищенні індексу опору у межі 0,6-0,7, систоло-діастолічного співвідношення у межі 2,2-2,4, асиметрії кровотоку до 20%, зменшення по позвоночній артерії на стороні ураження максимальної лінійної швидкості кровотоку до 20%, середньої лінійної швидкості кровообігу до 20%, підвищенні індексу опору у межі 0,6-0,7, систоло-діастолічного співвідношення у межі 2,2-2,4, асиметрії кровотоку до 20%, збереженості коллатерального кровотоку, венозного відтоку, легкій внутрішньочерепній гіпертензії або її відсутності, наявності легкого ангіоспазму або його відсутності діагностують помірного ступеня тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією

підкоркової локалізації у найгострійшому періоді захворювання.

Приклад. Хворий С. 1951р.н., був госпіталізований у відділення реанімації міської клінічної лікарні №6 м.Запоріжжя 09.06.2004 з клінічним діагнозом "Внутрішньомозкова геморагія підкоркової локалізації у лівій півкулі головного мозку, у басейні лівої середньої мозкової артерії, правостороння геміплегія, вторинний стовбуровий синдром з бульбарними та окоруховими порушеннями. Церебральний атеросклероз III стадії, артеріальна гіпертензія", історія хвороби №3710. Супутні хвороби - цукровий діабет 2-го типу, ішемічна хвороба серця: атеросклеротичний кардіосклероз.

09.06.04., гостро, на фоні фізичної нагрузки, у хворого миттєво виникли різкий головний біль, нудота, блювання, слабкість у лівих кінцівках, оніміння у них. Хворий впав з паралізованими правими кінцівками, втратив свідомість. Бригада швидкої медичної допомоги констатувала підвищення артеріального тиску до 220/120мм рт.ст. Введено 5мл 2,4%-ного розчину еуфіліну, 60мг лазиксу. Спеціалізована неврологічна бригада констатувала гостре порушення мозкового кровообігу і хворий був доставлений у реанімаційне відділення ангіоневрологічного центру на базі міської лікарні №6 через три часи від початку захворювання.

У неврологічному статусі при першому огляді були виявлені: значне переважання загальнономозкового синдрому над вогнищевим, у стані свідомості виявлена кома I стадії, серед вітальних порушень мале місце тахіпноє, у структурі мезенцефало-діенцефальних дисфункцій – розбіжна косоокість по горизонталі, синдром між'ядерної окулоплегії з анізокорією. Було виявлено також грубі понто-бульбарні дисфункції. У паралізованих кінцівках стан м'язового тону був розцінений, як м'язова гіпотонія, менінгеальний синдром був грубо вираженим. На обох кінцівках виявлені патологічні пірамідні симптоми. Порушення рухової функції за типом правобічної геміплегії. Функцію мовлення за станом хворого не можливо було виявити. На першу добу захворювання виконана комп'ютерна томографія головного мозку. При цьому у лівій півкулі мозку виявлено вогнище гіперденсивної щільності речовини мозку обсягом 44см³ змішаної локалізації з вираженим набряком мозку, ознаками транстенторіального та латерального зміщення мозку. Також хворому було проведено ультразвукову доплерографію. При цьому по середній мозковій артерії на стороні ураження зменшення максимальної лінійної швидкості кровотоку досягало 40%, середньої лінійної швидкості кровообігу - 55%, індекс опору був 0,9, систоло-діастолічного співвідношення - 2,8, асиметрія кровотоку 33%, по позвоночній артерії на стороні ураження зменшення максимальної лінійної швидкості кровотоку досягало 46%, середньої лінійної швидкості кровообігу - 43%, індекс опору - 0,9, систоло-діастолічне співвідношення - 2,8, асиметрії кровотоку - 30%, різко був знижен коллатеральний кровоток, венозний відтік, виявлена виражена внутрішньочерепна гіпертензія, ангіоспазм.

Таким чином, сукупність досліджених показників у даного хворого оцінюється, як край важка ступень тяжкості хворого з внутрішньомозковою

геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому період захворювання, пацієнт помер на 9 добу.

Хворий А. 1942р.н., був госпіталізований у відділення гострих порушень мозкового кровообігу міської клінічної лікарні №6 м.Запоріжжя 17.05.2004 з клінічним діагнозом "Внутрішньомозкова геморагія підкоркової локалізації у правій півкулі головного мозку, у басейні правої середньої мозкової артерії, лівосторонній помірний геміпарез. Церебральний атеросклероз III стадії, артеріальна гіпертензія", історія хвороби №3209. Супутні хвороби - ішемічна хвороба серця: атеросклеротичний кардіосклероз.

17.05.04., підгостро, без провокуючих факторів, у хворого поступово виникли слабкість у лівих кінцівках, оніміння у них. Бригада швидкої медичної допомоги констатувала підвищення артеріального тиску до 240/120мм рт.ст.. Введено 5мл 2,4%-ного розчину еуфіліну, 60мг лазиксу. Спеціалізована неврологічна бригада констатувала гостре порушення мозкового кровообігу і хворий був доставлений у відділення гострих порушень мозкового кровообігу ангіоневрологічного центру на базі міської лікарні №6 через 3,5 часи від початку захворювання.

У неврологічному статусі при першому огляді були виявлені: значно переважаючий вогнищевий синдром над загальномоозковим, відсутність: порушення стану свідомості, вітальних, мезенцефало-діенцефальних, понто-бульбарних м'язово-тонічних дисфункцій, менингеального синдрому.

Патологічні пірамідні симптоми були односторонніми. Порушення рухової функції за типом правобічного помірного геміпарезу. Функція мовлення не була порушеною тому, що у хворого вогнище ураження локалізувалось у межі правої півкулі мозку. На першу добу захворювання виконана комп'ютерна томографія головного мозку. При цьому у правій півкулі мозку виявлено вогнище гіперденсивної щільності речовини мозку обсягом 6,9см³ латеральної локалізації з вузькою смугою перифокального набряку, відсутності ознак транстенторіального набряку, відсутності ознак транстенторіального набряку, відсутності ознак транстенторіального набряку. Також хворому було проведено ультразвукову доплерографію. При цьому по середній мозковій артерії на стороні ураження зменшення максимальної лінійної швидкості кровотоку досягало 9%, середньої лінійної швидкості кровотоку - 14%, індекс опору був 0,6, систоло-діастолічного співвідношення - 2,4, асиметрія кровотоку 18%, по позвоночній артерії на стороні ураження зменшення максимальної лінійної швидкості кровотоку досягало 17%, середньої лінійної швидкості кровотоку - 19%, індекс опору - 0,7, систоло-діастолічне співвідношення - 2,4, асиметрії кровотоку - 15%, зі збереженням коллатеральним кровотоком, венозним відтоком, відсутністю внутрішньочерепної гіпертензії та ангіоспазму. Таким чином, сукупність досліджених показників у даного хворого оцінюється як помірного ступеня тяжкості хворого з внутрішньомозковою геморагією підкоркової локалізації у найгострійшому період захворювання, у пацієнта був сприятливий перебіг та вихід гострого періоду захворювання.