

Особливості ішемічних інсультів вертебрально-базиллярного басейну

Л.І. Соколова, К.В. Антоненко

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Резюме. У статті на основі комплексного клініко-неврологічного та нейровізуалізаційного обстеження 145 хворих із гострим інфарктом у судинах вертебрально-базиллярного басейну (ВББ) - 85 чоловіків і 60 жінок віком від 32 до 85 років, середній вік $59,5 \pm 11,7$ років і 53 пацієнтів із гострим інфарктом у судинах каротидного басейну (КБ) - 26 чоловіків та 27 жінок віком від 42 до 84 років, середній вік $63,8 \pm 10,6$ років досліджено особливості факторів ризику, клінічної картини та наслідки ішемічного інсультів ВББ з метою підвищення ефективності лікування цих хворих.

Ключові слова: гострий інфаркт, вертебрально-базиллярний басейн, каротидний басейн, фактори ризику, лікування.

У структурі судинних захворювань головного мозку провідне місце (80-85%) займають гострі ішемічні інсульти (Зозуля І.С. і співавт., 2012). Відношення частоти ішемічного інсульту до геморагічного в Україні складає 4:1, а в деяких регіонах країни 3:1.

Частота розвитку ішемічних інфарктів у судинах вертебрально-базиллярного басейну (ВББ), за даними різних авторів, коливається в досить широкі межі (від 14 до 40% у структурі всіх ішемічних інсультів: Bogousslavsky J. et al., 1988; Libman et al., 2001; Lee B.I. et al., 2001; Lee J.H. et al., 2006). Проте публікації попередніх та останніх десятиліть здебільшого присвячені вивченню півкульних ішемічних інсультів. Інфаркти ВББ різні за етіологією, гетерогенні за механізмом розвитку, мають різний клінічний перебіг (Тао W. et al., 2012). Недостатньо висвітленим і суперечливим у літературі залишається питання поширеності факторів ризику розвитку саме для інфарктів задньоциркулярного басейну. Поряд із наявністю типових неврологічних синдромів лікарі нерідко спостерігають не ту клінічну картину, яка описана в клінічних посібниках, а їх атипичний перебіг, що утруднює визначення характеру інсульту й вибір адекватної терапії. Важливе значення для оцінки вираженості неврологічного дефіциту, відновлення втрачених функцій у хворих має система бальної оцінки різних клініко-неврологічних параметрів. Шкала Національного інституту здоров'я США NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), що широко використовується в усьому світі, недостатньо враховує неврологічні розлади, які зумовлені мозочковими та стовбуровими порушення-

ми (Sato S. et al., 2008). У літературі є повідомлення про те, що субтенторіальні інфаркти головного мозку, як і півкульні інсульти можуть супроводжуватися когнітивними та депресивними розладами (Hoffmann M., Schmitt F., 2004; Яворська В.О. та співавт., 2011), однак характеристика та структура цих порушень на сьогоднішній день залишається неповною. Застосування рутинних методів нейровізуалізації – спіральної комп'ютерної томографії (СКТ) та магнітно-резонансної томографії (МРТ) – у звичайному режимі не завжди дозволяє виявити інфаркт стовбура головного мозку в гострому періоді (Chalela J.A. et al., 2007).

Традиційно, ішемічні інсульти ВББ асоціювалися з несприятливими наслідками (Zeumer H. et al., 1993), однак в останніх проведених великих дослідженнях 30-денна летальність була низькою, а функціональні наслідки – сприятливими (Glass T.A. et al., 2002; Akhtar N. et al., 2009; Caplan L., 2009). На сьогоднішній день залишається актуальним дослідження прогностичних факторів виходу задньоциркулярних інфарктів головного мозку, оскільки більшість літературних джерел здебільшого присвячені оцінці наслідків ішемічних інсультів каротидного басейну (КБ).

Наразі існує багато способів лікування ішемічного інсульту, розроблений уніфікований клінічний протокол медичної допомоги таким хворим (Наказ МОЗ України № 602 від 3.08.2012 р.), однак вибір оптимальної тактики консервативного лікування задньоциркулярних інфарктів, визначення ефективності різних терапевтичних стратегій для ішемічних інсультів ВББ залишається важливою для неврологічної практики.

Мета роботи – дослідити особливості факторів ризику, клінічної картини та наслідки ішемічного інсультів ВББ, підвищити ефективність лікування цих хворих.

Матеріал та методи

Проведено комплексне клініко-неврологічне та нейровізуалізаційне обстеження 145 хворих із гострим інфарктом у судинах ВББ (85 чоловіків і 60 жінок) віком від 32 до 85 років, середній вік $59,5 \pm 11,7$ років і 53 пацієнтів із гострим інфарктом у судинах КБ (26 чоловіків та 27 жінок віком від 42 до 84 років, середній вік $63,8 \pm 10,6$ років). Усі хворі були госпіталізовані в перші 6-24 год. від появи первинних симптомів інсульту. Клініко-неврологічне обстеження включало вивчення анамнезу й темпу розвитку інсульту. Ступінь порушення неврологічних функцій оцінювали на час госпіталізації, через 7, 14 та 18–21 добу, на 90-й день та через 1 рік (для інсультів ВББ) за шкалою Національного інституту здоров'я США (NIHSS) і V. Hoffenberth і співавт., 1990 (для інсультів ВББ). Для оцінки ступеня відновлення неврологічних функцій використовували модифіковану шкалу Ренкіна (мШП). Сприятливий функціональний вихід за мШП відповідав 0-2 балам, несприятливий – 3-6 балам. Визначення ступеня функціональної незалежності пацієнта проводили з використанням індексу Бартел (БІ). Когнітивні функції оцінювали за допомогою шкали Mini Mental State Examination (MMSE), для виявлення постінсультної депресії використовували шкалу депресії Бека.

Ішемічне вогнище в усіх хворих було верифіковане проведенням СКТ та/або МРТ головного мозку в T₁, T₂ та дифузійно-зваженому (ДЗ) режимах. До проксимальної території задньоциркулярного басейну відносили довгастий мозок і задньо-нижню частину мозочка; серединної – варолієв міст, передньо-нижню частину мозочка; дистальної – середній мозок, верхню частину мозочка, таламус, потиличну частку та ділянку задніх скроневих часток головного мозку. Функціональний стан магістральних артерій голови в екстракраніальному відділі та інтракраніальних артерій досліджували за допомогою транскраніальної доплерографії й триплексного доплерівського сканування (Multigon 500M; Ultima PA "Радмір" (L=5-10/40 E; p=2-3/20E; LOGIC 400 PRO series). 34 пацієнтам було проведено церебральну ангиографію в умовах нейрохірургічного стаціонару. Патогенетичні підтипи ішемічного інсульту визначали за критеріями TOAST. Для визначення показника повного відновлення неврологічних функцій через 3 міс. використовували Глобальний тест з урахуванням комбінації показників шкал NIHSS ≤ 1 бала, мШП ≤ 1 бала, БІ ≥ 95 балів.

Статистичний аналіз даних проводили з використанням пакету статистичних програм SPSS 17,0. З метою перевірки гіпотези про різницю між групами хворих використовували χ^2 Пірсона, критерій Вілкоксона, U-критерій Манна-Уїтні, t-критерій, однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) та критерій Краскела-Уолеса. Оцінку характеру взаємозв'язку проводили за коефіцієнтом кореляції Спірмена. Статистично вірогідною вважали різницю при $p < 0,05$.

Таблиця 1 Характеристика хворих з різними ураженими судинними басейнами

Показник	ВББ	КБ
Середній вік, роки	59,5 \pm 11,7*	63,8 \pm 10,6
Кількість чоловіків, n (%)	85 (58,6)	26 (49,1)
Співвідношення чоловіки/жінки	1,4	0,9
<i>Термін від розвитку симптомів до госпіталізації, n (%):</i>		
<6 год	19 (13,1)	7 (13,2)
6–12 год	44 (30,3)**	38 (71,7)
12–24 год	82 (56,6)**	8 (15,1)
<i>Чинники ризику, n (%):</i>		
Артеріальна гіпертензія	125 (86,2)	45 (84,9)
ЦД	53 (36,6)*	7 (13,2)
Ішемічна хвороба серця	52 (35,9)	13 (24,5)
Миготлива аритмія	36 (24,8)	15 (28,3)
Транзиторна ішемічна атака в анамнезі	23 (15,9)	6 (11,3)
Інфаркт міокарду в анамнезі	12 (8,3)	7 (13,2)
Надлишкова маса тіла	51 (35,2)	16 (30,2)
Куріння	71 (49,0)	24 (45,3)
Зловживання алкоголем	48 (33,1)	20 (37,8)
Мігрень	18 (12,4)	3 (5,7)
Гіпоплазія хребтової артерії	17 з 114 (14,9)	3 з 33 (9,1)
Остеохондроз шийного відділу хребта	25 з 40 (62,5)	26 з 40 (65,0)

Примітка: Різниця щодо показників пацієнтів з інсультом у судинах КБ статистично значуща при: * $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Результати та їх обговорення

Найчастіше вогнища інфаркту діагностували в межах дистальної території ВББ (51,7%), рідше – у межах серединної та проксимальної: 27,6% та 20,7% випадків, відповідно. Ізольовані задньоциркулярні інфаркти спостерігали в 73,1% пацієнтів, у 26,9% – поєднані. Аналіз розподілу хворих за локалізацією ішемічного вогнища в судинах КБ показав, що у 28 (52,8%) випадках вогнище локалізувалося в басейні лівої середньої мозкової артерії, а у 25 хворих (47,2%) – в басейні правої середньої мозкової артерії.

Пацієнти з ішемічним інсультом у судинах ВББ були молодшими, у них частіше виявляли цукровий діабет – ЦД ($p < 0,05$), ніж у хворих з ураженням КБ (табл. 1). Вони були пізніше госпіталізовані в стаціонар ($p < 0,001$).

Однією з причин пізнього звернення за медичною допомогою при розвитку ішемічного інсульту є погане інформування населення про фактори ризику та симптоми інсульту. За нашими даними, лише 32% хворих з інсультом у судинах ВББ були обізнані з основними його симптомами порівняно із симптоматикою інсульту у судинах КБ (57% хворих).

Вірогідної різниці щодо наявності гіпоплазії хребтової артерії (ХА) між двома групами не виявлено. У всіх 17 хворих із гіпоплазією ХА задньоциркулярний ішемічний інсульт розвинувся іпсилатерально до звуженої артерії. Однак лише в семи пацієнтів ішемічне вогнище локалізувалося в ділянці кровопостачання ХА (проксимальна судинна територія), у решти – у межах середньої та дистальної територій. Серед 17 пацієнтів в 11 (65%) хворих виявляли правобічну гіпоплазію ХА, а в шести (35%) – лівобічну. Ми проаналізували частоту факторів ризику серед пацієнтів з ішемічним інсультом і гіпоплазією ХА й без неї та не виявили ніякої різниці між обома групами. Остеохондроз шийного відділу хребта однаково часто зустрічався серед пацієнтів з ішемічним інсультом різної локалізації, вірогідно частіше в пацієнтів похилого та старечого віку ($p < 0,05$).

Детальний аналіз факторів ризику продемонстрував особливості їх поширеності серед пацієнтів з ураженням різних інтракраніальних територій задньоциркулярного басейну та залежно від вікового складу хворих. Миготлива аритмія (МА) достовірно частіше ($p < 0,001$) зустрічалася серед пацієнтів з інфарктом дистальної території, палінням ($p = 0,022$) – серед хворих з ішемічним ураженням середньої території. Щодо артеріальної гіпертензії (АГ), ЦД, ішемічної хвороби серця (ІХС), надлишкової маси тіла статистично достовірних відмінностей виявлено не було. Більш значимим чинником розвитку поєднаних ішемічних інсультів ВББ порівняно з ізольованими задньоциркулярними інфарктами була МА ($p = 0,015$). МА та ІХС також часто виявляли серед пацієнтів похилого й старечого віку з ішемічним інсультом ВББ порівняно з пацієнтами молодого та середнього віку (42,4% порівняно з 6,9%; 52,1% порівняно з 19,4%, відповідно, $p < 0,05$). Детальний аналіз патогенетичних підтипів ішемічних інсультів різних задньоциркулярних територій ВББ продемонстрував, що серед проксимальних інфарктів частіше зустрічається атеротромботичний підтип, середньої – лакунарний, а дистальної – кардіоемболічний ($p = 0,03$) підтипи.

Ми порівняли клініко-неврологічні порушення у хворих із задньоциркулярними ішемічними інфарктами залежно від ураженої судинної території (КБ або ВБ). Було доведено, що для ішемічних інсультів КБ більш характерні рухові (81,1%), чутливі (67,9%) розлади за гемітипом, ураження VII і XII пар черепних нервів (ЧН) – за центральним типом (75,5%). Для інфарктів ВББ найхарактернішими були розлади чутливості (56,6%), координаційні

Таблиця 2 Частота розвитку альтернувальних синдромів у хворих з задньоциркулярними ішемічними інсультами серед ізольованих уражень стовбура головного мозку (n=42)

Альтернувальний синдром	Частота розвитку, n (%)
Синдром Валенберга-Захарченка та його варіанти	19 хворих (45,2)
Синдром Бабінського-Нажота	1 хворий (2,4)
Синдром Дежеріна	1 хворий (2,4)
Синдром Мійяра-Гюблера	2 хворих (4,7)
Синдром Фовіля	3 хворих (7,1)
Синдром Вебера	2 хворих (4,7)
Синдром Бенедикта	1 хворий (2,4)

(50,3%) і бульбарні порушення (47,6%) разом із вираженою суб'єктивною симптоматикою – головним болем (48,3%), системним запамороченням (61,4%), нудотою/блюванням (49,7%). Серед альтернувальних синдромів лише синдром Валенберга-Захарченка відігравав суттєве топікодіагностичне та клінічне значення (13,1% у загальній популяції пацієнтів з ішемічним інсультом ВББ та 45,2% серед ізольованих уражень стовбура головного мозку) – табл. 2.

Статистичний аналіз клініко-неврологічних порушень у хворих із задньоциркулярними ішемічними інсультами залежно від ураженої інтракраніальної судинної території засвідчив, що інфаркти проксимальної території корелювали з синдромом Бернара-Горнера (63,3% випадків; 95% довірчий інтервал (ДІ) – 0,46-0,78, $p < 0,001$), сегментарною анестезією больової та температурної чутливості на лиці на боці вогнища (53,3% випадків; 95% ДІ – 0,36-0,7, $p < 0,001$) і дисфагією (36,7% випадків; 95% ДІ – 0,22-0,55, $p = 0,017$); середньої території – із дизартрією (72,5% випадків; 95% ДІ – 0,57-0,84, $p = 0,001$), контрлатеральним геміпарезом (65,0% випадків; 95% ДІ – 0,49-0,78, $p < 0,001$), тактильною гіпестезією (52,5% випадків; 95% ДІ – 0,38-0,67, $p = 0,006$) та кохлеовестибулярними розладами (32,5% випадків; 95% ДІ – 0,2-0,48, $p < 0,001$), ураженням VI та VII пар черепних нервів (10,0% випадків; 95% ДІ – 0,03-0,24, $p = 0,042$ та 22,5% випадків; 95% ДІ – 0,12-0,38, $p < 0,001$, відповідно); дистальної території – з геміанопсією (48,0% випадків; 95% ДІ – 0,37-0,59, $p < 0,001$).

У гострий період у 58,6% хворих був інсульт у судинах ВББ легкого ступеня тяжкості, у 33,1% – середнього ступеня тяжкості, у 4,1% – тяжкий інсульт і в 4,1% – вкрай тяжкий інсульт. Середній бал за шкалою NIHSS становив $8,5 \pm 3,3$; за шкалою В. Hoffenberth і співавт. – $14,6 \pm 4,7$ балів. Тяжкість інсульту за шкалою NIHSS залежала від локалізації інсультного вогнища в межах басейну задньої циркуляції: легким ступенем тяжкості характеризувались ішемічні інсульти з ізольованим ураженням задньонижньої частини мозочка чи латеральних відділів довгастого мозку ($6,4 \pm 0,93$ та $5,4 \pm 0,5$ балів, відповідно), лакунарні інфаркти в ділянці варолієвого мосту ($5,8 \pm 1,8$ бала), ізольовані ішемічні інсульти

дистальної території ВББ ($7,0 \pm 2,1$ балів), ізольовані мозочкові інфаркти ($7,2 \pm 1,3$ бала), середній ступінь тяжкості був виявлений у випадку поєднаного ураження мозочка та довгастого мозку, медіальних медулярних інфарктів та інфарктів з половинним ураженням довгастого мозку ($9,4 \pm 1,3$; $11,4 \pm 4,2$ та 12 балів, відповідно), nelaкунарних понтинних інфарктів ($9,2 \pm 1,7$ балів), поєднаних ішемічних інсультів дистальної території ВББ ($10,7 \pm 1,8$ балів), ізольованих nelaкунарних стовбурових інфарктів ($10,5 \pm 4,0$ бала).

Функціональне відновлення пацієнтів із латеральними медулярними інфарктами відбувалося відносно повільно за рахунок координаторних і бульбарних розладів, а хворих із медіальним ураженням довгастого мозку – у зв'язку з руховими порушеннями. Наприкінці гострого періоду несприятливий функціональний вихід за мШП спостерігався в $46,7\%$ пацієнтів з ураженням проксимальної території, через 3 міс. їх частка зменшилась до $14,8\%$, а до кінця року лише в одного пацієнта ($3,7\%$) спостерігався несприятливий функціональний вихід.

Лакунарні інфаркти варолієвого мосту характеризувались гарним функціональним відновленням: протягом гострого періоду повне функціональне відновлення досягнуте в $77,8\%$ пацієнтів, а через 3 міс. – у 100% хворих. На 18-21 добу кількість функціонально незалежних хворих із nelaкунарними понтинними інфарктами становила лише $11,1\%$, через рік їх кількість зросла до $59,3\%$. Функціональне відновлення хворих з nelaкунарним інфарктом серединної території ВББ порівняно з хворими з ішемічними інсультами проксимальної локалізації відбувалося достовірно повільніше за рахунок більш виражених парезів та розладів координації ($p < 0,05$).

Статистично значиме відновлення неврологічних функцій серед пацієнтів з ізольованим ураженням дистальної території ВББ наставало на сьому добу за шкалою NIHSS і на 14-ту добу за шкалою В. Hoffenberth і співавт. ($p < 0,001$), тоді як у хворих із поєднаним ураженням дистальної території – лише на 14-ту добу за обома шкалами ($p < 0,05$).

При порівнянні рівня функціонального відновлення серед пацієнтів з ізольованими мозочковими та nelaкунарними стовбуровими інфарктами було виявлено, що мозочкові ішемічні інсульти, окрім того, що були менш тяжкими порівняно зі стовбуровими, характеризувались також і кращим функціональним відновленням: наприкінці курсу стаціонарного лікування кількість пацієнтів із вираженою функціональною залежністю за БІ знизилася з $34,6\%$ до $3,8\%$, а кількість функціонально незалежних пацієнтів збільшилася з 0 до $26,9\%$ хворих; через 1 рік пацієнтів із вираженою функціональною залежністю не було. Динаміка функціональної залежності при стовбурових nelaкунарних інфарктах була менш значимою: наприкінці гострого періоду інсульту кількість пацієнтів з вираженою

функціональною залежністю зменшилася лише у 2 рази і становила $22,6\%$ хворих, через 3 міс. виражена функціональна залежність утримувалася у $12,9\%$ хворих, а через 1 рік – у $6,4\%$ хворих.

Ми вирішили проаналізувати чинники, що впливають на функціональний вихід пацієнтів з ішемічним інсультом в судинах ВББ. Відповідно до ступеня відновлення неврологічних функцій за мШП наприкінці гострого періоду лікування всіх хворих було розподілено на дві групи: 1-ша група (53 хворих) мали несприятливий функціональний вихід за мШП та 2-га група (92 пацієнти) – сприятливий функціональний вихід за мШП. Предикторами несприятливого наслідку були виявлені такі фактори: фоновий неврологічний дефіцит за шкалою NIHSS ≥ 9 (відносний ризик – ВР = $6,34$; $p < 0,001$), за шкалою В. Hoffenberth і співавт. ≥ 16 (ВР = $3,48$; $p < 0,001$), а також зниженням бальної оцінки рівня свідомості за шкалою ком Глазго ≤ 14 (ВР = $2,84$; $p < 0,001$), наявність у хворого в анамнезі кардіоемболічного інсульту (ВР = $1,90$; $p = 0,004$), транзиторних ішемічних атак (ВР = $1,9$; $p = 0,008$), поєднаних ішемічних вогнищ (ВР = $2,25$; $p < 0,001$) і МА (ВР = $1,69$; $p = 0,02$).

Відомо, що когнітивні порушення, які виникають або поглиблюються після перенесеного ішемічного інсульту, погіршують перебіг відновного періоду, у тому числі й у хворих з ішемічним інсультом у задньоциркулярному басейні. Ми виявили, що ступінь вираженості когнітивних розладів у хворих похилого та старечого віку був достовірно вищим, ніж у пацієнтів молодого та середнього віку ($r = -0,41$; $p < 0,001$). Вірогідної різниці щодо когнітивних функцій між хворими різної статі не отримано. Хворі з вищою освітою мали вірогідно більший бал за шкалою MMSE ($r = 0,55$; $p < 0,001$), ніж хворі із середнім рівнем освіти. За даними шкали MMSE, поєднані інфаркти ВББ характеризуються вираженішими когнітивними розладами (КР) порівняно з ізольованими ($23,6 \pm 3,1$ та $26,8 \pm 2,1$ бали, відповідно; $p < 0,001$). При аналізі частоти та вираженості КР при ураженні різних частин стовбура головного мозку виявлено, що КР відносно частіше спостерігали в пацієнтів з ураженням варолієвого мосту ($38,1\%$), значно рідше – при ураженні довгастого ($16,7\%$) і середнього мозку ($20,0\%$). Вираженіші порушення когнітивних функцій були при ураженні території передньо-нижньої частини мозочка та верхньої частини мозочка, менш виражені – задньо-нижньої частини мозочка ($p < 0,05$). Постінсультну депресію було виявлено в $30,9\%$ пацієнтів з інсультом ВББ. Протягом року спостереження достовірно покращення когнітивних функцій спостерігалось лише протягом перших 3 міс. після інсульту (в основному за рахунок покращання уваги, мовлення та праксису), після цього темпи відновлення сповільнювались. Наприкінці року після ішемічного інсульту частка хворих із депресивними розладами зменшилася до $15,5\%$ із переважанням легкої депресії.

Лікування ішемічного інсульту в судинах задньоциркулярного басейну на сучасному етапі є комплексним. У гострий період інсульту разом з антиагрегатами/антикоагулянтами, гіпотензивними засобами призначали препарати, дія яких спрямована на гальмування прооксидантних ферментів, підсилення трофічного забезпечення, тимчасове гальмування апоптозу.

Частина хворих на ішемічний інсульт у судинах ВББ (40 пацієнтів) та КБ (20 хворих) отримувала терапію препаратами переважно нейропротекторної, нейротрофічної та нейромодуляторної дії, іншій частині хворих призначали препарати переважно антиоксидантної та антигіпоксикантної дії (34 та 15 пацієнтів, відповідно). Результати порівнювали з даними пацієнтів, що отримували тільки традиційну терапію. Окрім цього застосовувалася рання реабілітація хворих після стабілізації гемодинамічних показників, за відсутності ознак набряку головного мозку, з обов'язковою корекцією дисфагічних, вестибуло-атактичних, окорухових розладів.

Динаміка неврологічного статусу, ступеня інвалідизації та функціональної незалежності пацієнтів свідчила про ефективність нейропротекторної терапії у хворих на ішемічний інсульт в судинах ВББ та КБ. Для пацієнтів з ішемічним інсультом в судинах ВББ, яким призначали терапію антиоксидантними та антигіпоксикантними препаратами, було характерним більш швидке відновлення неврологічного дефіциту та покращання функціонального виходу. Через три місяці спостереження повне одужання відзначено в 41,4% хворих, які отримували лікування препаратами з антиоксидантними властивостями, у 30,0%, які отримували лікування засобами переважно нейромедіаторної чи нейротрофічної дії й у 23,3%, які отримували стандартну терапію. У групі хворих з ішемічним інсультом в судинах КБ кращий регрес клінічної симптоматики та функціональний вихід наприкінці лікування у стаціонарі спостерігався серед пацієнтів, яким призначали переважно препарати з нейромедіаторними та нейротрофічними властивостями.

Висновки

Пацієнти з ішемічним інсультом в судинах ВББ порівняно з хворими з інфарктом КБ є молодшими, у них частіше виявляється ЦД. Ішемічні інсульти задньоциркулярної локалізації клінічно проявляються не моносимптомно, а супроводжуються комбінацією неврологічних симптомів залежно від локалізації уражених окремих інтракраніальних територій басейну задньої циркуляції. На функціональний вихід пацієнтів з ішемічним інсультом ВББ наприкінці гострого періоду лікування впливає вираженість фонового неврологічного дефіциту за шкалами NIHSS (із пороговим рівнем ≥ 9 балів) та В. Hoffenberth і співавт. (із пороговим рівнем ≥ 16 балів), ступінь порушення

свідомості за шкалою ком Глазго (з пороговим рівнем ≤ 14 балів), наявність МА, кардіоеMBOLІчний підтип інсульту, перенесені транзиторні ішемічні атаки в анамнезі, поєднане ураження різних структур ВББ. Локалізація ішемічного вогнища має враховуватися при призначенні диференційованої терапії ішемічного інсульту в гострий період.

Список використаної літератури

1. Зозуля І.С., Цимбалюк В.І., Зозуля А.І. Інсульт: стратегія і тактика надання медичної допомоги // Український медичний часопис. - № 5 (91), ІХ/Х. - 2012. - С. 36-39.
2. Ішемічний інсульт (екстренна, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація). Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. - Наказ МОЗ України № 602 від 3.08.2012 р. - Київ. - 120 с. (<http://www.moz.gov.ua>)
3. Яворська В.О., Бондар О.Б., Ібрагімова Є.Л. та ін. Когнітивні порушення при розвитку ішемічного інсульту у вертебробазиллярному басейні й корекція їх за допомогою Церебралізіну // Міжнародний неврологічний журнал. - 2011. - №6 (44). - С. 5-9.
4. Bogousslavsky J., van Melle G., Regli F. The Lausanne Stroke Registry: analysis of 1,000 consecutive patients with first stroke // Stroke. - 1988. - Vol. 19 (9). - P. 1083-1092.
5. Caplan L. Stroke registries and the vertebro-basilar arterial circulation // European Journal of Neurology. - 2009. - Vol. 16. - P. 962-963.
6. Chalela J.A., Kidwell C.S., Nentwich L.M. [et al.] Magnetic resonance imaging and computed tomography in emergency assessment of patients with suspected acute stroke: a prospective comparison // Lancet. - 2007. - Vol. 369. - P. 293-298.
7. Glass T.A., Hennessey P.M., Pazdera L. [et al.] Outcome at 30 days in the New England Medical Center Posterior Circulation Registry // Archives of Neurology. - 2002. - Vol. 59 (3). - P. 369-376.
8. Hoffmann M., Schmitt F. Cognitive impairment in isolated subtentorial stroke // Acta Neurologica Scandinavica. - 2004. - Vol. 109 (1). - P. 14-24.
9. Lee B.I., Nam H.S., Heo J.H., Kim D.I. Yonsei Stroke Registry. Analysis of 1,000 patients with acute cerebral infarctions // Cerebrovascular Diseases. - 2001. - Vol. 12(3). - P. 145-151.
10. Lee J.H., Han S.J., Yun Y.H. [et al.] Posterior circulation ischemic stroke in Korean population // European Journal of Neurology. - 2006. - Vol. 13(7). - P. 742-748.
11. Libman R.B., Kwiatkowski T.G., Hansen M.D. [et al.] Differences between anterior and posterior circulation stroke in TOAST // Cerebrovascular Diseases. - 2001. - Vol. 11(4). - P. 311-316.
12. Sato S., Toyoda K., Uehara T. et al. Baseline NIH Stroke Scale Score predicting outcome in anterior and posterior circulation strokes // Neurology. - 2008. - Vol. 70 (24), Part 2. - P. 2371-2377.
13. Tao W.D., Liu M., Fisher M. et al. Posterior Versus Anterior Circulation Infarction. How Different Are the Neurological Deficits? // Stroke. - 2012. - Vol. 43. - P. 2060-2065.
14. Zeumer H., Freitag H.-J., Zanelli F. et al. Local intra-arterial fibrinolytic therapy in patients with stroke // Neuroradiology. - 1993. - Vol. 35. - P. 159-162.

Надійшла до редакції 17.03.2014