

УДК 616.831-005.1-056.5

Литвиненко Н.В., Дельва М.Ю.

Особливості відновлюваного періоду ішемічних стовбурових інсультів в осіб з ожиріннямКафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою (зав. каф. – проф. Н.В.Литвиненко)
ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія”

Резюме. Мета дослідження – вивчення динаміки відновлення функціональних порушень після первинних ішемічних інсультів стовбуру головного мозку у пацієнтів з ожирінням при відсутності цукрового діабету. Для дослідження було відібрано три групи пацієнтів: з нормальною вагою (34 особи), з абдомінальним типом ожиріння (40 осіб) та з неабдомінальним (стегново-сідничним) типом ожиріння (31 особа). При виписці зі стаціонару в осіб з ожирінням у 20-22% спостережень виявлялось грубе або виражене порушення життєдіяльності (4-5 балів за модифікованою шкалою Ренкіна) та в 16-17% потребувалася постійна стороння допомога у побуті (індекс Бартелла <60); частота відповідних значень у пацієнтів з нормальною вагою становила 11% та 6%. Через 90 днів після інсульту частота вищезазначених показників була: у пацієнтів з ожирінням – 6-10% та 10-12%, а у пацієнтів з нормальною вагою тіла – 0%.

Ключові слова: ожиріння, ішемічний стовбуровий інсульт, відновний період, функціональний дефект.

Дане дослідження є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою ВДНЗУ „Українська медична стоматологічна академія” – „Оптимізація та патогенетичне обґрунтування методів діагностики і лікування судинних та нейродегенеративних захворювань нервової системи з урахуванням клініко-гемодинамічних, гормональних, метаболічних, генетичних та імунно-запальних чинників” (номер державної реєстрації 0111U006303).

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

В останні роки в науковій літературі з'явилися повідомлення про незалежний та істотний вплив ожиріння на клінічні особливості гострих ішемічних інсультів. Зокрема, за умов однакових нейровізуалізаційних морфометричних характеристик церебральних гемісферальних інфарктів, в осіб з ожирінням (особливо виразно з абдомінальним ожирінням) інсульти мають більш важкий клінічний перебіг; повільніший регрес неврологічної симптоматики, більш частий розвиток різноманітних ускладнень і, як наслідок, триваліший термін госпіталізації [2]. Гострі порушення мозкового кровообігу в басейні вертебро-базиллярних артерій (які представлені, переважно, стовбуровою локалізацією) складають 15-20% від усіх ішемічних інсультів [3]. Як відомо, стовбурові інсульти характеризуються певними відмінностями в клінічному перебігу та у постінсультних функціональних наслідках [7]. Нами було показано, що при обох типах ожиріння (особливо виразно при абдомінальному типі) відновлення неврологічного дефіциту протягом гострого періоду ішемічних стовбурових інсультів достовірно повільніше та не таке значне, як в осіб з нормальною масою тіла (робота знаходиться в друці). Однак до теперішнього часу немає досліджень, присвячених відновленню функціонального дефекту після ішемічних стовбурових інсультів в осіб з різними типами ожиріння. Тому, для більш точного прогнозування процесів відновлення після ішемічних інсультів стовбурової локалізації при різних типах ожиріння, необхідно проаналізувати динаміку регресу функціонального дефекту у цієї категорії пацієнтів.

Метою дослідження було вивчення динаміки відновлення функціональних порушень при первинних ішемічних стовбурових інсультах у пацієнтів з ожирінням за умов відсутності цукрового діабету.

Матеріал і методи дослідження

В дослідження включено пацієнтів обох статей у віці 48-73 роки з ішемічними інсультами стовбуру головного мозку, що були госпіталізовані в неврологічне відділення 1-ї МКЛ м. Полтави протягом першої доби від початку захворювання. Усі пацієнти не мали цукрового діабету та вираженої супутньої патології, що може впливати на процеси відновлення функціональних порушень (онкологічні захворювання, судомний синдром, хвороби системи крові, виражені серцева, ниркова, печінкова або дихальна недостатності, прогресуюча стенокардія, гострий інфаркт міокарда, судинна деменція, алкоголізм тощо). Крім того, пацієнти не мали свідчень з медичної документації та, за даними нейровізуалізації, про раніше перенесені ішемічні нелакунарні інсульти.

Вага тіла пацієнтів вимірювалася механічними вагами при госпіталізації або при покращенні стану тяжких хворих, в деяких випадках – зі слів родичів пацієнта. За допомогою сантиметрової стрічки вимірювали окружність талії (посередині відстані між краєм реберної дуги і гребенем стегнової кістки) та окружність стегон (на рівні великих відростків стегнових кісток). На основі антропометричних даних вираховували індекс маси тіла (ІМТ) – співвідношення ваги тіла (в кілограмах) до квадрату зросту пацієнта в (метрах). Характер розподілу підшкірної жирової клітковини визначали співвідношенням окружності талії до окружності стегон (ОТ/ОС). Нормальна маса тіла вважалася при ІМТ-18,5-24,9 кг/м². Ожиріння фіксувалося при ІМТ^е>30 кг/м². Абдомінальний тип ожиріння діагностувався при умові ОТ/ОС>0,9 у чоловіків та>0,85 у жінок [11].

Діагноз інсульту був верифікований за допомогою магнітної резонансної томографії головного мозку на апараті Signa Profile (напруженість магнітного поля 0,2 Тесла).

Для дослідження було відібрано три групи спостереження: 1-а група - пацієнти з нормальною вагою (34 випадки), 2-а група - пацієнти з абдомінальним типом ожиріння І-ІІ ст. (40 випадків), 3-я група – пацієнти з неабдомінальним (стегново-сідничним) типом ожиріння І-ІІ ст. (31 випадок).

В стаціонарі пацієнти отримували однотипну фармакотерапію (антиагреганти, антикоагулянти при кардіоеMBOLІчному підтипі ішемічного інсульту, гіпотензивні, метаболічні препарати, нейропротектори тощо), лікувальну фізкультуру, масаж. Після виписки зі стаціонару пацієнти приймали гіпотензивні, антиагрегантні або антикоагулянтні препарати з метою вторинної профілактики інсультів, в деяких випадках – нейропротекторні засоби та продовжували подібні реабілітаційні заходи в амбулаторних умовах (лікувальна фізкультура, логопедичні заняття тощо).

З метою вивчення постінсультних функціональних дефектів визначали рівень функціональної незалежності за допомогою модифікованої шкали Ренкіна (МШР) та залежність у повсякденній життєвій активності за допомогою індексу активності повсякденного життя Бартелл (ІБ) [4, 8]. Дослідження показників МШР та ІБ проводили на момент виписки зі стаціонару та через 90 днів після інсульту. За показниками МШР пацієнтів розподіляли на три когорти: 1-а – з показниками 0-1 бал (функціональний стан повністю відновлений або відсутні істотні порушення життєдіяльності), 2-а – з показниками 2-3 бали (легке або помірне порушення життєдіяльності), 3-я – з показниками 4-5 балів (виражене або грубе порушення життєдіяльності). За значеннями ІБ пацієнтів також розподіляли на три когорти: 1-а - зі значеннями ІБ^е≥85 (незначні обмеження в самообслуговуванні, пацієнти практично не потребують сторонньої допомоги при виконанні побутових маніпуляцій), 2-а – зі значеннями в межах 80-60 (пацієнти частково потребують сторонньої допомоги під час прийому їжі, під час персональної гігієни, під час одягання, під час ходьби сходами тощо) та 3-я – зі значеннями <60 (пацієнти не можуть себе самостійно обслуговувати та потребують постійного стороннього догляду) [6, 10]. Функціональні наслідки захворювання через 90 днів після інсульту досліджували методом анкетування в телефонному режимі у тих пацієнтів, з якими можна було зв'язатися по телефону (не

досліджувались смертельні випадки) і які погоджувалися надати відповідну інформацію про стан свого здоров'я [5, 9].

Результати дослідження та їх обговорення

Таблиця 1 демонструє, що у пацієнтів з обома типами ожиріння на момент виписки зі стаціонару в два рази частіше зустрічаються випадки з грубим або вираженим порушенням життєдіяльності (МШР 4-5 балів) та, відповідно, рідше спостерігається відсутність істотних функціональних порушень. Цей феномен можна пояснити, ймовірно, більш повільним відновленням неврологічного дефіциту згідно зі шкалою інсультів Національного інституту здоров'я та більш частим розвитком різноманітних ускладнень у гострому періоді ішемічних інсультів у пацієнтів з ожирінням [2]. Крім того, у пацієнтів з обома типами ожиріння частіше фіксується повна відсутність регресу або недостатній регрес функціонального дефекту через 90 днів після розвитку захворювання. Цей факт можна обґрунтувати, ймовірно, більшою частотою вираженого або грубого вихідного функціонального дефекту на момент виписки зі стаціонару, зниженням нейрорегенеративних та нейропластичних здатностей головного мозку (у пацієнтів з абдомінальним типом ожиріння спостерігаються більш виражені нейровізуалізаційні морфометричні ознаки зовнішньої та внутрішньої церебральної атрофії [1]), можливим розвитком різноманітних ускладнень, супутньою соматичною поліорганною патологією та можливим обмеженням адекватних реабілітаційних заходів протягом відновлюваного періоду захворювання у пацієнтів з ожирінням.

Таблиця 2 показує, що на момент виписки зі стаціонару у пацієнтів з ожирінням більш, ніж у 2 рази частіше спостерігається значне зниження показників самообслуговування згідно ІБ (ІБ <60), тоді як пацієнти з нормальною масою тіла частіше мають легкий рівень порушення активності в повсякденному житті (частково потребують або зовсім не потребують сторонньої допомоги). Цей факт можна пояснити, ймовірно, тими ж причинами, що і відсоткове розподілення значень МШР (значення ІБ та МШР є взаємозв'язаними [10]). Через 90 днів після інсульту у пацієнтів з нормальною масою тіла значно частіше відмічаються більш виразні позитивні показники самообслуговування (ІБ ≥ 85): майже половина усіх пацієнтів мають легкий рівень порушення активності в повсякденному житті та не потребують сторонньої допомоги; тоді як одна десята частина пацієнтів з обома типами ожиріння мають значні обмеження в повсякденному житті (ІБ <60).

Причому не спостерігається відмінностей у частоті розподілу пацієнтів згідно значень МШР та ІБ в різні часові точки після інсультів як при абдомінальному, так і при неабдомінальному типах ожиріння, що може пояснюватися досить малою кількістю спостережень, коли не можливо виявити незначні відмінності.

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів згідно значень МШР

Групи пацієнтів	При виписці зі стаціонару			Через 90 днів після інсульту		
	0-1 бал	2-3 бали	4-5 бали	0-1 бал	2-3 бали	4-5 бали
з нормальною вагою	7 (21%)	23 (68%)	4 (11%)	16 (47%)	18 (53%)	-
з абдомінальним ожирінням I-II ст.	5 (12%)	27 (68%)	8 (20%)	11 (28%)	25 (62%)	4 (10%)
з неабдомінальним ожирінням I-II ст.	4 (13%)	20 (65%)	7 (22%)	9 (29%)	20 (65%)	2 (6%)

Висновки

У пацієнтів з ожирінням у відновному періоді ішемічних стовбурих інсультів рідше спостерігається повноцінний регрес функціонального дефекту та порушення навиків самообслуговування.

Перспективи подальших досліджень

Для розробки адекватних реабілітаційних заходів, необхідні подальші дослідження з метою ідентифікації патофізіологічних механізмів, що лежать в основі недостатнього відновлення функціонального дефекту після ішемічних стовбурих інсультів у пацієнтів з ожирінням.

Література

1. Дельва М.Ю. Нейровізуалізаційні морфометричні характеристики головного мозку в гострому періоді ішемічних інсультів в осіб з ожирінням / М.Ю. Дельва, Н.В. Литвиненко, Н.С. Пилипенко [та інш.] / Вісник проблем біології та медицини. – 2011. – Вип.2, т.1. – С. 117-119.
2. Литвиненко Н.В. Клініко-нейровізуалізаційні характеристики гострого періоду нелакунарних гемісферальних інсультів у осіб з ожирінням / Н.В. Литвиненко, М.Ю. Дельва, П. Дельва // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2011. – Т. 11, вип. 4 (36), ч. 1. – С. 55-58.
3. Неврология. Национальное руководство: [под ред. Гусева Е.И., Коновалова А.Н., Скворцовой В.И., Гехт А.Б.]. – ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1040 с.
4. Banks JL. Outcomes Validity and Reliability of the Modified Rankin Scale: Implications for Stroke Clinical Trials A Literature Review and Synthesis / J.L. Banks, C. Marotta, // Stroke. – 2007. – V. 38. – P. 1091-1096.
5. Bruno A. Simplified Modified Rankin Scale Questionnaire Reproducibility Over the Telephone and Validation With Quality of Life / A. Bruno, A.E. Akinwuntan, C. Lin [et al.] // Stroke. – 2011. – V. 42. – P. 2276-2279.
6. Kay R. Dichotomizing stroke outcomes based on self-reported dependency / R. Kay, K.S. Wong, G. Perez G. [et al.] // Neurology. – 1997. – V. 49. – P. 1694-1696.
7. Libman R.B. Differences between Anterior and Posterior Circulation Stroke in TOAST / R.B. Libman, T.G. Kwiatkowski, M.D. Hansen [et al.] / Cerebrovascular Diseases. – 2001. – Vol. 11, №4. – P. 311-316.
8. Mahoney FI. Functional evaluation: the Barthel Index / F.I. Mahoney, D. Barthel // Maryland State Medical Journal. – 1965. – V. 14. – P. 56-61.
9. Pietra GL. Validity and Reliability of the Barthel Index Administered by Telephone / G.L. Pietra, K. Savio, E. Oddone [et al.] // Stroke. – 2011. – V. 42. – P. 2077-2079.
10. Sulter G. Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials / G. Sulter, C. Steen, J. De Keyser // Stroke. – 1999. – V. 30. – P. 1538-1541.
11. World Health Organization. Definition diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications / Report of a WHO consultation // Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva World Health Organization; (publ.no.WHO/NCD/NCS/99.2).

Литвиненко Н.В., Дельва М.Ю.

Особенности восстановительного периода ишемических стволых инсультов у лиц с ожирением

Резюме. Цель исследования – изучение динамики восстановления функциональных нарушений после первичных ишемических стволых инсультов у пациентов с ожирением при отсутствии сахарного диабета. Для исследования было отобрано три группы пациентов: с нормальным весом (34 пациента), с абдоминальным типом ожирения (40 пациентов) и с неабдоминальным (бедренно-ягодичным)

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів згідно даних ІБ

Групи пацієнтів	При виписці зі стаціонару			Через 90 днів після інсульту		
	≥ 85 балів	60-80 балів	<60 балів	≥ 85 балів	60-80 балів	<60 балів
з нормальною вагою	6 (18%)	26 (76%)	2 (6%)	14 (41%)	27 (59%)	-
з абдомінальним ожирінням I-II ст.	4 (10%)	29 (73%)	7 (17%)	8 (20%)	27 (68%)	5 (12%)
з неабдомінальним ожирінням I-II ст.	4 (13%)	22 (71%)	5 (16%)	9 (29%)	19 (61%)	3 (10%)

типом ожирення (31 пацієнт). При виписці із стаціонару у лиц с ожирением в 20-22% случаев наблюдалось грубое или выраженное нарушение жизнедеятельности (4-5 баллов согласно модифицированной шкалы Рэнкина) и в 16-17% случаев требовалась постоянная посторонняя помощь в быту (индекс Бартелла <60). Частота соответствующих значений у пациентов с нормальным весом составляла 11% и 6%. Через 90 суток после инсульта частота вышеуказанных показателей была: у пациентов с ожирением – 6-10% и 10-12%, а у пациентов с нормальной массой тела – 0%.

Ключевые слова: ожирение, ишемический стволовой инсульт, восстановительный период, функциональный дефект.

Lytvynenko N.V., Delva M.Yu.

Peculiarities of Functional Recovery after Ischemic Brainstem Strokes in Obese Patients

Summary: The aim of the study was to investigate the dynamics of

functional recovery after primary ischemic brainstem strokes in patients with obesity that didn't have diabetes mellitus. It was formed three groups of patients: with normal weight, with abdominal obesity and with non-abdominal (femoral-sciatic) obesity. Each group had from 31 to 40 patients. At the time of discharge from hospital, 20-22% of obese patients had moderate or severe disabilities (4-5 points according to modified Rankin scale) and 16-17% of obese patients required permanent outside assistance at home (Barthel index <60). The frequencies of corresponding indicators in patients with normal weight were 11% and 6% respectively. In 90 days after strokes, frequencies of the above mentioned parameters were: in patients with obesity – from 6 to 10% and from 10 to 12%, in patients with normal body weight – 0%.

Key words: obesity, ischemic brainstem stroke, recovery, functional defects.

Надійшла 07.05.2012 року.

УДК 616.314.17-008.1+616.314-007

Мельничук А.С., Рожко М.М.

Стан тканини пародонта в осіб із частковими дефектами зубних рядів

Кафедра стоматології факультету післядипломної освіти (зав. каф. – проф. М.М.Рожко)

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Серед 65 обстежених із частковою втраатою зубів (від 1 до 3) 35 із них мали не ліковані включені дефекти зубних рядів, а у 30 виявлено мостоподібні протези з різних матеріалів, які потребували заміни. У всіх діагностовано дефекти III і IV класів за Кенеді. Пародонтальний статус визначали за індексом гігієни Грін-Вермільйона, пробою Шиллера-Пісарєва, числом Свракова, глибиною пародонтальних кишень та індексом Рамфьорда. Встановлено, що неясні ортопедичне лікування і використання пластмас може бути як першо-причиною розвитку генералізованого пародонтиту, так і чинником, який прискорює поглиблення патологічного процесу у випадку, коли початкові прояви генералізованого пародонтиту уже були до ортопедичного лікування. У хворих, яким раніше проводили ортопедичне лікування, проте ортопедичні конструкції потребують заміни, порівняно з пацієнтами, яким необхідне первинне ортопедичне лікування включених дефектів, при умові однакових рентгенологічних змін клінічні прояви генералізованого пародонтиту дещо відрізняються: запальні зміни (за показниками проби Шиллера-Пісарєва і числа Свракова) проявляються достовірно більше, а дистрофічно-запальні зміни (за показниками глибини пародонтальних кишень та індексу Рамфьорда) мають тенденцію до підвищення.

Ключові слова: часткові дефекти зубних рядів, генералізований пародонтит, клініко-рентгенологічний стан пародонта.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Генералізований пародонтит належить до найпоширеніших захворювань людства. Ця патологія дуже часто призводить до ранньої втрати зубів, оскільки при її розвитку звичайне оклюзійне навантаження починає перевищувати толерантність структур пародонта і перетворюється з чинника, що стимулює розвиток, у травмуючий, який порушує трофіку і пошкоджує тканини пародонта [1, 2]. Водночас, втрата зубів з іншого приводу (наприклад, ускладненого карієсу), спричиняє перевантаження зубів, які залишилися, оклюзійну травму та розвиток пародонтиту. Оклюзійна травма відіграє провідну роль у подальшому розвитку хвороби і негативно впливає на всю зубо-щелепну систему [3, 4].

За даними ВООЗ, у 75% хворих на пародонтит спостерігається часткова втрата зубів. При цьому незмінне ортопедичне лікування дефектів зубних рядів складає більшу частину допомоги особам у віці від 35 до 44 років, досягаючи показника 85,4% [5, 6].

Встановлено, що у хворих на пародонтит жителів м. Івано-Франківська і області у 18,97% випадків необхідно виготовляти незнімні види протезів, у 50,48% – знімні-шшини протези, а в 28,54% – комбіновані [7]. Клінічні зміни у цих пацієнтів досить різноманітні та залежать від кількості втрачених зубів, їх розташування у зубному ряді, від виду прикусу і функції цих зубів [8].

Запорукою успішного ортопедичного лікування хворих із частковою втраатою зубів на фоні генералізованого пародонтиту є визначення пародонтологічного статусу при плануванні ортопедичного лікування.

Метою дослідження є вивчення клінічних особливостей стану тканин пародонта у хворих із частковою втраатою зубів.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 65 хворих із частковою втраатою зубів, у яких діагностовано хронічний генералізований пародонтит у розвинутій стадії, віком 20-44 років. Серед них 35 пацієнтів мали включені дефекти і раніше не були протезовані, а у 30 хворих виявлено мостоподібні конструкції із різних матеріалів, які потребували заміни з різноманітних причин. Дефекти зубних рядів відповідали III і IV класам за Кенеді, а кількість втрачених зубів складала від 1 до 3. Генералізований пародонтит діагностували на підставі клініко-рентгенологічних показників за класифікацією Данилевського М.Ф., 1994. Пародонтальний статус визначали за індексом гігієни Грін-Вермільйона, пробою Шиллера-Пісарєва, числом Свракова, глибиною пародонтальних кишень та індексом Рамфьорда [9].

Результати дослідження та їх обговорення

У всіх обстежених пародонтальні індекси і проби були змінені (табл. 1). Аналізуючи дані, наведені в таблиці, гігієна ротової порожнини у пацієнтів не була достатньою. При цьому у хворих, яким не проводилося ортопедичне лікування, індекс Грін-Вермільйона склав $1,73 \pm 0,10$ балів, а у хворих із мостоподібними протезами гігієнічний стан тканин пародонта був на 10,98% гіршим і становив $1,92 \pm 0,15$ бали ($p > 0,05$). Це зумовлено наступними виявленими нами чинниками: неточним крайовим приляганням коронки до уступа зуба, що сприяє затримці їжі; використанням неякісних пластмас, які завдяки залишковому токсичному мономеру негативно діють на маргінальний пародонт;