

КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ВНУТРИМОЗГОВЫХ И ОБОЛОЧЕЧНЫХ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ.

Эгамбердиева Г.Н.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность исследования: Отмеченный в последние годы рост распространенности сосудистых заболеваний обусловил увеличение частоты развития церебрального инсульта. Геморрагический инсульт, или нетравматическое внутрочерепное кровоизлияние (НВЧК), является одной из наиболее тяжелых форм цереброваскулярной патологии. Среди внутрочерепных нетравматических кровоизлияний различают внутримозговые нетравматические кровоизлияния (ВНК), встречающиеся чаще всего, и первичные оболочечные (субдуральные, эпидуральные) гематомы. Оболочечные кровоизлияния – термин, который объединяет группу неврологических состояний, включающих субдуральные, эпидуральные, субпиальные и субарахноидальные геморрагии (Данилов, В. И., 2005). Наиболее частым из этих состояний является субарахноидальное кровоизлияние. Оно характеризуется излиянием крови в подоболочечное пространство и составляет 12-15% от всех мозговых инсультов, возникающих при гипертонической болезни и атеросклерозе, хотя чаще возникает вследствие разрыва врожденной или приобретенной аневризмы внутрочерепной артерии (Дзяк Л. А., 2003). По данным ряда авторов, причиной спонтанного (нетравматического) субарахноидального кровоизлияния в 70% случаев является врожденная разорвавшаяся аневризма (Krischek B., 2006). Разрыв аневризмы мозгового сосуда необходимо предполагать всегда, если подоболочечное кровоизлияние произошло у молодого человека без предшествовавшей травмы или инфекции. Субдуральные кровоизлияния обусловлены скоплением крови между твердой и паутинной мозговыми оболочками. Вызывают местную и общую компрессию (Жулев, Н. М., 2004). Субдуральные кровоизлияния встречаются чаще, чем эпидуральные. На изолированные субдуральные кровоизлияния приходится примерно 2/5 общего количества случаев компримирующих мозг внутрочерепных кровоизлияний; по частоте субдуральные кровоизлияния занимают первое место среди различных видов кровоизлияний. Среди всех поступивших с ЧМТ субдуральные кровоизлияния встречаются 1-3%. При тяжелой ЧМТ до 9-22%. Резко преобладают у мужчин по сравнению с женщинами (3:1) и встречается во всех возрастных категориях, но гораздо чаще у лиц старше 40 лет.

Эпидуральные кровоизлияния представляют собой скопление крови между твердой мозговой оболочкой и костями черепа. Эпидуральное кровоизлияние выявляют у 1% пациентов, госпитализированных по поводу ЧМТ. У мужчин развивается в 4 раза чаще, чем у женщин. Чаще всего развивается у молодых

мужчин, крайне редко возникает в возрасте до 2 и после 60 лет (Боровиков В. П., 2001). Примерно в 5 % случаев эпидуральное кровоизлияние возникает в задней черепной ямке. Более чем у 80% случаев у больных имеется перелом затылочной кости. Клинические проявления гематомы обусловлены компрессией структур задней черепной ямки с развитием окклюзионной гидроцефалии на уровне IV желудочка. Общая летальность составляет около 26%.

Субпиальные кровоизлияния не даёт отчетливых симптомов, кроме головной боли, обычно локальной. Большие субпиальные кровоизлияния могут сопровождаться легкими выключениями функций соответствующей области мозга. Если такое образование заканчивается образованием рубца, плотно спаивающего оболочку с поверхностью мозга, то это может послужить причиной эпилептических припадков.

Цель: Выявить клинко-нейровизуализационные особенности различных типов внутримозговых и оболочечных нетравматических кровоизлияний. **Задачи:** Изучить клинические особенности различных типов внутримозговых и оболочечных нетравматических кровоизлияний; изучить нейровизуализационные особенности различных типов внутримозговых и оболочечных нетравматических кровоизлияний. Сопоставить клинко-нейровизуализационные особенности при различных типах внутримозговых и оболочечных нетравматических кровоизлияний; выработать алгоритм лечения различных типов внутримозговых и оболочечных нетравматических кровоизлияний.

Материалы и методы исследования: клинко - неврологические исследования; **параклинические методы исследования:** МРТ, КТ исследования. Церебральная ангиография (МРА). УЗДГ. Статистические методы исследования и статистическая обработка. Данные исследования были выполнены на базе неврологических и реанимационных отделений клиники АГМИ и Андижанского филиала РНЦЭМП.

Результаты исследования и их обсуждение: Благодаря проведенному нами обследованию больных с внутримозговыми и оболочечными нетравматическими кровоизлияниями получена возможность раннего прогнозирования развития и особенностей индивидуального течения. Это позволило предпринимать своевременные меры для предупреждения развития и выраженности геморрагических осложнений; в представленном исследовании проведено прямое сравнение эффективности и безопасности выбора медикаментозного метода лечения у пациентов в остром периоде внутримозговыми и оболочечными нетравматическими кровоизлияниями с пациентами, проходящими хирургический метод; назначение медикаментозного метода лечения у пациентов в остром периоде внутримозговыми и оболочечными нетравматическими кровоизлияниями, учитывая локализацию, обширность и клиническое течение геморрагического кровоизлияния позволило значительно уменьшить развитие и выраженность геморрагических осложнений, и летальный исход, возникающих вследствие дилатации сосудов.

Основные результаты проделанной работы: При поступлении в стационар мы оценивали степень тяжести общего состояния пациентов в соответствии с традиционным подходом в зависимости от наличия и локализации прорыва крови в ЛПП. Пациенты с прорывом поступали в более тяжелом состоянии, чем пациенты с ограниченными гематомами ($p < 0,0001$). Статистический анализ вышеперечисленных данных убедительно показал, что степень угнетения сознания у пациентов с прорывом крови в ЛПП была достоверно выше, чем у пациентов с ограниченными гематомами ($p < 0,0001$). Причем, при «сочетанной» локализации прорыва степень угнетения сознания была достоверно выше, чем при изолированном прорыве в желудочки головного мозга или в субарахноидальное пространство ($p < 0,0001$). Общая летальность острого периода НВМК составила 27,72 %, летальность в первой группе – 8,7 %, во второй – 52,3%. Следовательно, выживаемость пациентов в остром периоде НВМК была достоверно ниже при прорыве крови в ЛПП ($p < 0,0001$). Было выявлено, что в случае «сочетанного» прорыва крови в ЛПП летальный исход острого периода заболевания наблюдался у 94,44% пациентов; при изолированном прорыве в желудочки головного мозга в 25,53%; при прорыве в субарахноидальное пространство в 13,33% случаев. Таким образом, пациенты с «сочетанным» прорывом умирали достоверно чаще, чем пациенты с изолированным прорывом только в желудочки или в субарахноидальное пространство головного мозга ($p < 0,0001$).

Выводы: прорыв крови в ликворопроводящие пути негативно влияет как на клиническое течение, так и на исход острого периода нетравматических внутримозговых кровоизлияний. А локализация прорыва крови значимо влияет на клиническое течение, структуру осложнений и исход острого периода заболевания. Нетравматические внутримозговые кровоизлияния одинаково часто протекают как в виде ограниченных гематом, так и с прорывом крови в ликворопроводящие пути; По данным нейровизуализации прорыв крови только в желудочки головного мозга имели 21 (47,96% от всех пациентов 2 группы). Так называемый «сочетанный прорыв» (и в желудочки и в субарахноидальное пространство) имели 16 (36,73 % от всех пациентов 2 группы). Прорыв крови в субарахноидальное пространство наблюдался у 7 пациентов (в 15,3 % случаев); прорыв крови в ликворопроводящие пути достоверно ухудшает исход заболевания, как по степени инвалидизации, так и по уровню летальности. Большинство (75%) пациентов умирает в первую неделю заболевания, независимо от наличия прорыва; на основе полученных данных при проведении данного исследования, учитывая сроки развития осложнений при НВМК, лечебные мероприятия надо проводить совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами для более целенаправленно правильного этиопатогенетического и симптоматического лечения во избежание осложнений и летального исхода больных.

ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Инсульт: состояние проблемы // В сб: Труды всерос. общества неврологов России «Неотложные состояния в неврологии». М., 2001. - вып. 1. - С.5-12.
2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А., Гераскина Л.А., Яхно Н.Н. и др. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения: метод. рекомендации. - М., 2000. - 24 с.
3. Виленский Б.С. Неотложные состояния в неврологии. - Спб., 2006.
4. Виленский Б. С. Современная тактика борьбы с инсультом / Б. С. Виленский: - СПб: ФОЛИАНТ, 2005. -288 с.
5. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России. // Журн. неврол. и психиатр. - 2003г.-№.9.-Стр.3-7.