

Л.А. Дзяк, К.В. Митрофанов, Е.В. Мизякина, Е.С. Цуркаленко

Особенности течения внутричерепных кровоизлияний из разорвавшихся артериовенозных мальформаций

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: артериовенозная мальформация, церебральное кровоизлияние, клиничко-неврологические особенности.

В статье проанализированы клиничко-неврологические особенности течения спонтанных внутричерепных кровоизлияний, обусловленные разрывом артериовенозных мальформаций, у 100 взрослых больных в зависимости от клиничко-анатомической формы кровоизлияния – субарахноидальной и паренхиматозной. Показано, что степень угнетения сознания, выраженность неврологических и витальных нарушений, тяжесть состояния больного в геморрагическом периоде ассоциируются с наличием осложненных форм кровоизлияния.

Особливості перебігу внутрічерепних крововиливів з артеріовенозних мальформацій, що розірвалися

Л.А. Дзяк, К.В. Митрофанов, К.В. Мизякіна, О.С. Цуркаленко

У статті проаналізовано клініко-неврологічні особливості перебігу спонтанних внутрічерепних крововиливів, обумовлених розривом артеріовенозних мальформацій, у 100 дорослих хворих залежно від клініко-анатомічної форми крововиливу – субарахноїдальної і паренхіматозної. Показано, що ступінь пригнічення свідомості, вираженості неврологічних і вітальних порушень, тяжкість стану хворого в геморрагічному періоді асоціюються з наявністю ускладнених форм крововиливу.

Ключові слова: артеріовенозна мальформація, церебральний крововилив, клініко-неврологічні особливості.

Патологія. – 2009. – Т.6., №3. – С. 40-47

Features of course of intracranial hemorrhages from arteriovenous malformation

L. Dzyak, K. Mitrofanov, K. Miziakina, E. Tsurkalenko

In the article clinic and neurologic features of course of spontaneous intracranial hemorrhages, conditioned of the break of arteriovenous malformations, are analyzed in 100 adults depending on the clinic and anatomical forms of hemorrhage – subarachnoidite and parenchymatous ones. It is showed that the degree of oppressing of consciousness, expression of neurological and vital violations, severity of patient state in a hemorrhagic period are associated with the presence of the complicated forms of hemorrhage.

Key words: arteriovenous malformation, cerebral hemorrhage, clinic and neurologic features.

Pathologia. 2009; 6(3): 40-47

Среди различных форм цереброваскулярной патологии артериовенозные мальформации (АВМ) сосудов головного мозга остаются значительным источником инвалидизации и смертности населения трудоспособного возраста. АВМ чаще всего встречается у молодых людей (80%), сопровождаются внутричерепными кровоизлияниями (70%), которые у 35% случаев приводят к летальному исходу, а в остальных значительно снижают трудоспособность [1,2]. Ежегодный риск кровоизлияний из АВМ составляет 1,5-4% [3, 4].

В связи с этим, изучение клиничко-неврологических особенностей течения внутричерепных кровоизлияний из АВМ является актуальной проблемой.

Целью нашего исследования являлось изучение особенностей течения геморрагического периода внутричерепных кровоизлияний из АВМ.

Пациенты и методы

Для решения поставленных задач обследовано 100 больных с внутричерепными кровоизлияниями из АВМ.

Характер кровоизлияний уточнялся на основе данных клиничко-неврологического, ангиографического, компьютерно-томографического обследования.

С учетом клинических проявлений и анатомической характеристики кровоизлияния из АВМ, обследуемые были распределены на две клинические группы (таблица 1).

Анализ течения геморрагического периода в выделен-

Таблица 1

Распределение больных в клинических группах в зависимости от формы кровоизлияния

Клинические группы	Количество больных	
	абс.число	%
Группа I – субарахноидальные кровоизлияния (САК)	41	41
Группа II -паренхиматозные кровоизлияния	59	59

ных группах был проведен в зависимости от наличия или отсутствия осложненных форм кровоизлияния и включал оценку состояния сознания, очаговых полусферных, стволовых неврологических синдромов, а также состояние витальных функций.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакетов программ Excel-2003 и Биостатистика 4.03 (Практика, 1998). Для оценки достоверности различий относительных величин использовался критерий согласия Х-квадрат Пирсона (χ^2), в том числе с поправкой Йейтса [5].

Результаты и их обсуждение

Результаты распределения в клинических группах, в зависимости от наличия или отсутствия осложненных форм кровоизлияния, представлены в таблицах 2, 3.

Таблица 2

Распределение больных в I клинической группе в зависимости от наличия или отсутствия осложненных форм кровоизлияния

Клиническая группа	Формы кровоизлияний / количество больных							
	не осложненное САК		осложненный САК					
			САК + паренхиматозное		САК + вентрикулярное		САК + паренхиматозно-вентрикулярное	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
I группа n=41	14	34,1	8	19,5	9	22,0	10	24,4

Таблица 3

Распределение больных в II клинической группе в зависимости от наличия или отсутствия осложненных форм кровоизлияния

Клиническая группа	Формы кровоизлияний / количество больных			
	не осложненное паренхиматозное кровоизлияние		осложненное паренхиматозное кровоизлияние	
			паренхиматозно-вентрикулярное	
	абс.	%	абс.	%
II группа n=59	35	59,3	24	40,7

Кровоизлияния без осложнений наблюдались у половины больных II клинической группы (59,3%) и у каждого третьего больного I группы (34,1%). Различия между группами достоверные ($\chi^2=6,1$; $p<0,05$), т.е. САК чаще бывают осложненными.

Анализ времени поступления больных в стационар (табл. 4) показал, что большинство больных (83,0%) были госпитализированы в первые трое суток, в том числе 82,9% больных в I клинической группе с САК, 83,1% – с паренхиматозными кровоизлияниями ($p>0,90$).

У 7 больных в I клинической группе и у 10 во II группе клиническая картина заболевания развивалась постепенно в течение 2-4 суток, т.е. наблюдалось нарастание общемозговой, оболочечной, очаговой симптоматики на фоне повышения температуры тела. При таком подостром развитии внутричерепных кровоизлияний устанавливался диагноз «менингит» или «менингоэнцефалит» и больные были госпитализированы в инфекционные стационары, что послужило причиной поздней госпитализации в нейрохирургическое отделение (4-7 суток и позже 7 суток).

В I клинической группе неосложненная форма субарахноидального кровоизлияния отмечалась в 34,1% случаях. Начало геморрагического периода характери-

зовалось возникновением резкой головной боли, которая в большинстве случаев сопровождалась головокружением, рвотой, тошнотой, адинамией. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского) наблюдались у всех больных, однако степень выраженности была разной.

Субарахноидально-паренхиматозная форма кровоизлияния наблюдалась у 19,5%. Клинический дебют геморрагического периода проявлялся цефалгическим синдромом в сочетании с фокальным неврологическим дефицитом. В половине случаев (50,0%) отмечался судорожный синдром, психотический – у одного больного. Обращало на себя внимание отсутствие менингеального синдрома в 75,0% случаев.

Клинический дебют заболевания субарахноидально-вентрикулярного кровоизлияния характеризовался резко выраженным цефалгическим синдромом, артериальной гипертензией 88,9%, гипертермией 44,4%, гормоническим судорожным синдромом.

Дебют геморрагического периода субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярного кровоизлияния характеризовался, помимо цефалгического синдрома и фокального неврологического дефицита, судорожным синдромом с полиморфными приступами (50,0%), а

Таблица 4

Распределение больных в клинических группах в зависимости от времени поступления в стационар

Сроки	Группа I n=41		Группа II n=59		Всего n=100	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Первые трое суток	34	82,9	49	83,0	83	83,0
На 4-7 суток	3	7,3	3	5,1	6	6,0
Позже 7 суток	4	9,8	7	11,9	11	11,0

Таблица 5

Характеристика состояния сознания в I клинической группе по шкале комы Глазго

Уровень сознания и суммарная оценка в баллах	Формы кровоизлияний / количество больных							
	не осложненный САК		осложненный САК					
			САК –паренхиматозное		САК –вентрикулярное		САК -паренхиматозно-вентрикулярное	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ясное сознание – 15 баллов	5	35,7	3	37,5	4	44,5	1	10,0
Оглушение 13 – 14 баллов	7	50,0	3	37,5	3	33,3	2	20,0
Сопор 9 – 12 баллов	2	14,3	2	25,0	2	22,2	4	40,0
Кома 4 – 8 баллов	-	-	-	-	-	-	3	30,0
Всего:	14	100	8	100	9	100	10	100

также наличием диэнцефального синдрома (подъем АД сопровождался эпизодами гипотонии, т.е. отмечалась лабильность цифр АД, температуры, пульса, наблюдался озноб, обильное потоотделение).

Анализ показателей, характеризующих состояние сознания в группе больных с субарахноидальным кровоизлиянием, представлен в *таблице 5*.

Проведенный анализ состояния сознания у больных с субарахноидальными кровоизлияниями показал, что нарушение сознания имело место у 68,3%. Установлено, что степень его нарушения зависела от клинко-анатомической формы САК ($\chi^2=9,9$ с поправкой Йейтса; $p<0,05$). Так, в группе больных с неосложненной формой САК нарушение сознания по типу оглушения (13-14 баллов по шкале комы Глазго) наблюдалось в 50,0% случаев, сопора (9-12 баллов) в 14,3% случаев. В груп-

пе больных с субарахноидально-паренхиматозным и субарахноидально-вентрикулярным кровоизлиянием нарушение сознания по типу сопора (9-12 баллов) наблюдалось в 25,0% случаев и 22,2%, соответственно ($p>0,60$). Наиболее выраженные нарушения сознания выявлены у больных со смешанной формой кровоизлияний (субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярной). При этой клинко-анатомической форме больные поступали в клинику с грубым расстройством сознания по типу сопора (9-12 баллов по шкале комы Глазго) – в 40,0% случаев, комы (4-8 баллов по шкале комы Глазго) – 30,0%, в состоянии оглушения – 20,0%. Только 1 человек из этой подгруппы был в ясном сознании. Смерть мозга (3 балла) не зафиксирована ни в одном случае. В качестве критерия выхода из коматозного состояния служили признаки открывания глаз спонтанно или в от-

Таблица 6

Характеристика полушарных, краниобазальных неврологических симптомов в I клинической группе

Характеристики симптомов	Формы кровоизлияний / количество больных							
	не осложненный САК		осложненный САК					
			САК -паренхиматозное		САК -вентрикулярное		САК – паренхиматозно-вентрикулярное	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет нарушений	11	78,6	2	25,0	6	66,7	4	40,0
Умеренные нарушения	2	14,3	3	37,5	3	33,3	5	50,0
Выраженные нарушения	1	7,1	2	25,0	-	-	1	10,0
Грубые нарушения	-	-	1	12,5	-	-	-	-
Всего:	14	100	8	100	9	100	10	100

Таблица 7

Характеристика стволовых неврологических симптомов у больных в I клинической группе

Характеристики стволовых нарушений	Формы кровоизлияний / количество больных							
	не осложненный САК		осложненный САК					
			САК – паренхиматозное		САК – вентрикулярное		САК – паренхи- матозновентрикулярное	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет нарушений	6	42,9	4	50,0	3	33,3	4	40,0
Умеренные нарушения	7	50,0	4	50,0	6	66,7	2	20,0
Выраженные нарушения	1	7,1	-	-	-	-	4	40,0
Всего:	14	100	8	100	9	100	10	100

вет на стимулы, либо выполнение простых инструкций (9 и более баллов по шкале комы Глазго).

Характеристика выраженности полушарных и краниобазальных, а также стволовых неврологических симптомов представлена в *таблицах 6, 7*.

Анализ показателей характера выраженности в I клинической группе полушарных и краниобазальных неврологических симптомов показал, что у 43,9% больных, преимущественно в группах, где субарахноидальное кровоизлияние сопровождалось паренхиматозным компонентом – 66,7% против 26,1% больных неосложненной формой САК и САК с вентрикулярным компонентом ($\chi^2=6,8$; $p<0,01$).

Характеристика стволовых неврологических симптомов в I клинической группе представлено в *таблице 7*.

Что касается характеристики стволовых неврологических симптомов у больных I клинической группы, то нарушения разной степени выраженности были выявлены у 58,5% пациентов. Анализ показал отсутствие достоверной зависимости между наличием нарушений

и клинко-анатомической формой субарахноидального кровоизлияния ($p>0,90$). В то же время наибольшее количество выраженных нарушений стволовой симптоматики было в группе больных с субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярными кровоизлияниями – 40,0% против 1 случая при неосложненной форме САК. Грубых нарушений стволовых неврологических симптомов у больных САК выявлено не было.

Характеристика витальных нарушений в I клинической группе представлена в *таблице 8*.

Установлено, что витальные нарушения различной степени выраженности имели место у 63,4% больных, при всех клинко-анатомических формах САК, но с разной степенью выраженности. Так, при неосложненной форме САК преобладали умеренные нарушения – 42,9%, в то время как при смешанной форме кровоизлияния достоверно чаще отмечались витальные нарушения выраженного или грубого характера 70,0% ($\chi^2=7,9$ с поправкой Йейтса; $p<0,05$). Случаев критических нарушений не выявлено.

Распределение больных в I клинической группе в зависи-

Таблица 8

Характеристика витальных нарушений в I клинической группе

Характеристика виталь- ных нарушений	Формы кровоизлияний / количество больных							
	не осложненный САК		осложненный САК					
			САК - паренхиматозное		САК – вентрикулярное		САК -паренхиматозно- вентрикулярное	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нет нарушений	6	42,9	3	37,5	4	44,5	2	20,0
Умеренные нарушения	6	42,9	2	25,0	2	22,2	1	10,0
Выраженные нарушения	2	14,2	1	12,5	3	33,3	3	30,0
Грубые нарушения	-	-	2	25,0	-	-	4	40,0
Всего:	14	100	8	100	9	100	10	100

**Распределение больных в зависимости от тяжести состояния
в I клинической группе**

Градация состояния	Формы кровоизлияний / количество больных							
	не осложненный САК		осложненный САК					
			САК - паренхиматозное		САК – вентрикулярное		САК – паренхиматозно-вентрикулярное	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Удовлетворительное	5	35,7	3	37,5	2	22,2	-	-
Средней тяжести	7	50,0	1	12,5	3	33,3	1	10,0
Тяжелое	1	7,1	2	25,0	4	44,5	5	50,0
Крайне тяжелое	1	7,1	2	25,0	-	-	4	40,0
Всего:	14	100	8	100	9	100	10	100

мости от тяжести состояния представлено в *таблице 9*.

Анализ полученных результатов показал, что в группе больных с неосложненной формой САК больные в 50,0% случаев находились в состоянии средней степени тяжести. Тяжелое и крайне тяжелое состояние отмечалось только у 2 больных.

В наиболее тяжелом состоянии находились больные с осложненными формами САК ($\chi^2=8,95$; $p<0,01$ по сравнению с САК без осложнений): тяжелое и крайне тяжелое состояние отмечалось у 50,0% больных с субарахноидально-паренхиматозным кровоизлиянием, у 44,5% – с субарахноидально-вентрикулярным и в 90,0% случаев при субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярной форме САК. Терминальных больных не было.

Вторую клиническую группу составили больные с паренхиматозным кровоизлиянием 59 человек. Среди них неосложненная форма паренхиматозного кровоизлияния наблюдалась в 59,3% случаев. 40,7% случаев после разрыва мальформации внутричерепные гематомы осложнялись внутримозжечковыми кровоизлияниями.

В выделенных группах больных начало геморрагического периода характеризовалось наличием очаговой

неврологической симптоматики, которая зависела от локализации поражения. Очаговая неврологическая симптоматика возникала наряду с общемозговыми симптомами (головная боль, рвота, тошнота, нарушение сознания). Соотношение очаговых и общемозговых симптомов зависело от величины гематомы, локализации, отношения к ликворопроводящим путям, прорыва в желудочковую систему, выраженности внутричерепной гипертензии.

При локализации гематомы в отдалении от функционально значимых зон неврологический дефицит был минимальным или в ряде случаев отсутствовал. При распространенной гематоме желудочков было характерным развитие грубых витальных нарушений с многократной рвотой, гипертермией или цианозом лица, обильным потоотделением, гипертермией. При прорыве крови в желудочек температура тела нередко повышалась до 40-41°C. Наблюдались гормонические судороги.

Характеристика состояния сознания больных во второй клинической группе по шкале комы Глазго представлена в *таблице 10*.

Проведенный анализ в данной клинической группе

Таблица 10

Распределение больных во II клинической группе в зависимости от состояния сознания по шкале комы Глазго

Уровень сознания и суммарная оценка в баллах	Клинические формы			
	Паренхиматозная		Паренхиматозно-вентрикулярная	
	абс.	%	абс.	%
Ясное сознание – 15 баллов	13	37,1	2	8,3
Оглушение 13 – 14 баллов	15	42,9	8	33,3
Сопор 9 – 12 баллов	4	11,4	8	33,3
Кома 4 – 8 баллов	3	8,6	6	25,0
Всего:	35	100	24	100

показал, что ясное сознание наблюдалось только в четверти случаев 25,4%. При этом наиболее тяжелые случаи его нарушения отмечались в группе больных с вентрикулярным компонентом ($\chi^2=10,9$; $p<0,05$). В частности, в состоянии комы (4-8 баллов по шкале комы Глазго) и сопора (9-12 баллов) находились 8,6% и 11,4% больных с неосложненным паренхиматозным кровоизлиянием против 25,0% и 33,3% больных с паренхиматозно-вентрикулярной формой.

Средняя продолжительность комы зависела от характера кровоизлияния и была максимальной до 12 суток у больных с паренхиматозно-вентрикулярным кровоизлиянием.

Характеристика выраженности полушарных, краниобазальных и стволовых неврологических симптомов во второй клинической группе представлена в *таблицах 11 и 12*.

Анализ характеристики полушарных и краниобазаль-

ных неврологических симптомов у больных во II клинической группе показал наличие нарушений у подавляющей части больных 89,8%, в том числе выраженные – 35,6%, грубые – 23,7%. При этом достоверных различий между разными клинко-анатомическими формами паренхиматозных кровоизлияний не выявлено ($p>0,70$).

Анализ распределения больных во II клинической группе в зависимости от стволовых неврологических симптомов показал отсутствие нарушений у 30,5% пациентов, преимущественно у больных с паренхиматозным кровоизлиянием – 40,0% против 16,7% с паренхиматозно-вентрикулярной формой кровоизлияния ($\chi^2=3,7$; $p<0,06$). Кроме того, если в группе с неосложненной формой кровоизлияния преобладали умеренные стволовые нарушения (42,9%), то при присоединении вентрикулярного компонента – выраженные и грубые (41,6%).

Характеристика больных во II клинической группе в

Таблица 11

Распределение больных во II клинической группе в зависимости от характеристики полушарных, краниобазальных неврологических симптомов

Характеристика симптомов	Клинические формы			
	Паренхиматозная		Паренхиматозно-вентрикулярная	
	абс.	%	абс.	%
Нет нарушений	4	11,4	2	8,3
Умеренные нарушения	12	34,3	6	25,0
Выраженные нарушения	12	34,3	9	37,5
Грубые нарушения	7	20,0	7	29,2
Всего:	35	100	24	100

Таблица 12

Распределение больных во II клинической группе в зависимости от стволовых неврологических симптомов

Характеристика стволовых нарушений	Клинические формы			
	Паренхиматозная		Паренхимато-вентрикулярная	
	абс.	%	абс.	%
Нет нарушений	14	40,0	4	16,7
Умеренные нарушения	15	42,9	10	41,7
Выраженные нарушения	6	17,1	8	33,3
Грубые нарушения	0	0	2	8,3
Всего:	35	100	24	100

Таблица 13

Распределение больных во II клинической группе в зависимости от характера нарушений витальных функций

Характеристика витальных нарушений	Клинические формы			
	Паренхиматозная		Паренхиматозно-вентрикулярная	
	абс.	%	абс.	%
Нет нарушений	18	51,4	3	12,5
Умеренные нарушения	10	28,6	13	54,2
Выраженные нарушения	4	11,4	4	16,7
Грубые нарушения	3	8,6	4	16,7
Всего:	35	100	24	100

Таблица 14

Распределение больных в зависимости от тяжести состояния во II клинической группе

Градация состояния	Клинические формы			
	Паренхиматозная		Паренхиматозно-вентрикулярная	
	абс.	%	абс.	%
Удовлетворительное	17	48,6	2	8,3
Средней тяжести	6	17,1	5	20,9
Тяжелое	6	17,1	8	33,3
Крайне тяжелое	6	17,1	9	37,5
Всего:	35	100	24	100

зависимости от характера нарушений витальных функций представлен в *таблице 13*.

Такая же направленность показателей была выявлена при анализе степени выраженности витальных нарушений в данной клинической группе. Нарушения витальных функций отсутствовали у половины больных (51,4%) с изолированной паренхиматозной формой кровоизлияния и только у 12,5% пациентов с паренхиматозно-вентрикулярным кровоизлиянием ($\chi^2=9,4$; $p<0,002$). Выраженные и грубые нарушения отмечались в 20,0% и 33,3% случаев, соответственно по группам, в зависимости от клинко-анатомической формы кровоизлияния ($p>0,20$).

Распределение больных во II клинической группе в зависимости от тяжести состояния представлено в *таблице 14*.

Анализ распределения больных во II клинической группе показал корреляционную зависимость между тяжестью состояния и характером кровоизлияния – коэффициент сопряженности $\phi=0,44$ ($\chi^2=11,2$; $p<0,01$). В частности, если в группе с паренхиматозными кровоизлияниями в удовлетворительном состоянии находились 48,6% больных, то с паренхиматозно-вентрикулярным

кровоизлиянием – 8,3%. Тяжелое и крайне тяжелое состояние наблюдалось в 34,3% и 70,8% случаев, соответственно по группам.

Сравнительный анализ течения геморрагического периода в I и II клинических группах позволил установить достоверные различия между группами только в структуре и характере полушарных и краниобазальных неврологических симптомов ($\chi^2=31,4$; $p<0,001$). Нарушений не было у половины больных I клинической группы (56,1%) и только у 10,2% больных во II группе (рис. 1). Выраженные и грубые нарушения, напротив, преобладали при паренхиматозных кровоизлияниях – 59,3% против 12,2% случаев, соответственно по группам.

Аналогичные закономерности были установлены при сравнении изолированных (неосложненных) форм кровоизлияний в I и II клинических группах: нарушения в характере полушарных и краниобазальных неврологических симптомов отсутствовали у 78,6% больных с неосложненной формой САК против 11,4% больных с паренхиматозными кровоизлияниями ($\chi^2=21,6$; $p<0,001$).

Как видно из *рис. 1*, во II клинической группе на-

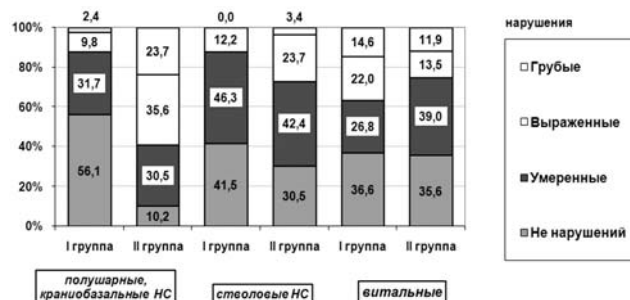


Рис. 1. Характеристика различных неврологических симптомов (НС) и витальных нарушений в геморрагическом периоде в I и II клинических группах

рушения стволовых неврологических симптомов чаще носили выраженный и грубый характер, чем при САК – 27,1% против 12,2% ($\chi^2=3,3$; $p<0,07$). В то же время при сравнении групп с неосложненными формами кровоизлияний существенных различий не установлено ($p>0,40$).

Различия между клиническими группами по структуре и характеру витальных нарушений также были статистически незначимыми ($p>0,50$).

Распределение больных в выделенных клинических группах по степени нарушения сознания, оцениваемой по шкале комы Глазго, было сопоставимым ($p>0,60$), хотя грубое расстройство сознания по типу комы отмечалось в 15,3% больных с паренхиматозными кровоизлияниями против 7,3% больных с САК ($p>0,20$) (рис. 2).

Все рассмотренные выше закономерности и особен-

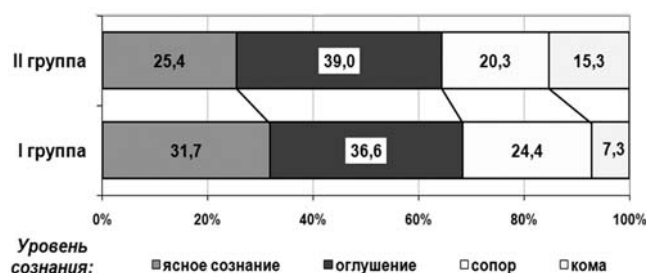


Рис. 2. Распределение больных I и II клинических групп по степени нарушения сознания в геморрагическом периоде

ности клинических проявлений АВМ безусловно влияют на тяжесть состояния больных в геморрагическом периоде. Нами не выявлено существенных различий между состоянием больных в I и II клинических группах как в целом ($p>0,40$), так и при осложненных формах кровоизлияний ($p>0,50$) (рис. 3). В то же время при сравнении неосложненных форм кровоизлияний отмечена тенденция к утяжелению состояния больных с паренхиматозными кровоизлияниями по сравнению с САК – в тяжелом и крайне тяжелом состоянии находились 34,3% и 14,3% больных по группам соответственно ($p>0,10$).



Рис. 3. Тяжесть состояния больных в геморрагическом периоде в I и II клинических группах

Выводы

1. Неосложненные формы кровоизлияний достоверно чаще выявлялись при паренхиматозных кровоизлияниях, чем при субарахноидальных.

2. Сознание большей части больных в геморрагическом периоде было нарушено, а степень его угнетения достоверно зависела от клинко-анатомической формы кровоизлияния. Наиболее выраженные нарушения сознания выявлены у больных с осложненными формами – субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярной и паренхиматозно-вентрикулярной.

3. Выраженность полушарных и краниобазальных неврологических нарушений была достоверно выше при паренхиматозных кровоизлияниях, в том числе в случаях, когда субарахноидальное кровоизлияние сопровождалось паренхиматозным компонентом.

4. Стволовые неврологические нарушения выявлялись более чем у половины больных и были более выраженными при осложненных формах паренхиматозного кровоизлияния.

5. Выраженность витальных нарушений ассоциировалась с наличием осложненных форм кровоизлияния, прежде всего смешанных.

6. Почти половина больных с кровоизлияниями из АВМ находилась в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, при этом тяжесть состояния достоверно зависела от распространенности процесса.

Литература

- Щеглов В.И., Буцко Е.С., Аннин Е.А. и др. // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. 1998. Т.2. № 4. С. 22-28
- Щеглов В.И., Громов Л.А., Шамаев М.И. и др. // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. 1998. Т.2. № 4. С. 13-18
- Brown R.D.Jr. Unruptured intracranial aneurysms and arteriovenous malformations: frequency of intracranial hemorrhage and relationship of lesions / Brown R.D.Jr., Wiebers D.O., Forbes G.S. // J Neurosurg. – 1990. – V.73. – P. 859-863.
- Stapf C. Predictors of hemorrhage in patients with untreated brain arteriovenous malformation / Stapf C., Mast H., Sciacca R.R. et al. // Neurology. – 2006. – V.66. – P. 1350-1355.
- Гланц С. Медико-биологическая статистика: Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459с.

Сведения об авторах:

Дзяк Людмила Антоновна, д. мед. наук, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии ДГМА.

Митрофанов Константин валентинович, ассист. кафедры неврологии и нейрохирургии ДГМА.

Мизякина Екатерина Васильевна, канд. мед. наук, ассист. кафедры неврологии и нейрохирургии ДГМА.

Цуркаленко Елена Сергеевна, канд. мед. наук, ассист. кафедры неврологии и нейрохирургии ДГМА.

Адрес для переписки: 49044 г. Днепрпетровск, областная клиническая больница им. Мечникова, кафедра неврологии и нейрохирургии ДГМА.. Тел. (056) 713-53-11