

випадку множинність мішкоподібних аневризм була підтверджена ангиографічними дослідженнями та під час операцій.

Аналіз результатів спостереження показав, що в осіб з північних регіонів України та ліквідаторів аварії на ЧАЕС протягом останніх 2—3 років перед субарахноїдальним крововиливом (САК) виявлялись виражені ознаки гіпоталамічного синдрому із подальшим формуванням транзитних форм гіпертонічної хвороби. Це були хворі молодого віку, які мали від 25 до 45 років.

Що стосувалося контингенту осіб з мішкоподібними аневризмами з інших областей України, то це були пацієнти віком від 40 до 50 років і старші, у яких виявлено ознаки раннього атеросклерозу в поєднанні з артеріальною гіпертензією або без неї. Гіпоталамічні прояви у цієї категорії хворих в початкових стадіях захворювання були або відсутні, або виражені незначною мірою.

Кризовий перебіг церебральної форми гіпертонічної хвороби нам видається головною причиною виникнення множинних аневризм з подальшим розривом однієї з них у одного і того ж хворого. В результаті спостереження ми прийшли до висновку, що в генезі виникнення

та розвитку множинних аневризм провідну роль відіграє «стійкий патологічний стан» (за термінологією Н.П. Бехтеревої), який формує ланцюг гіпоталамічний синдром — артеріальна гіпертензія — множинні аневризми.

Інший висновок полягає в тому, що населення Чорнобильської зони більше за інших схильне до розвитку патології за такою схемою. Множинні аневризми у цього контингенту зустрічались вдвічі частіше, ніж серед тих, хто проживає в інших регіонах. При цьому помітну роль відіграють не тільки дози опромінення, але й психоемоційні та соціально-економічні фактори як пускові механізми розвитку судинної патології.

To the question of cerebral multitude aneurysm in the patients from Chomobyl zone

*Tsimeyko O.A., Kirichenko V.M., Moroz V.V., Skorokhoda I.I., Aldarf A.I.*

We presenting the results of treatment of 52 patients with multitude aneurysm from different Ukraine' regions, so as from the Chomobyl zone, in which such anomaly have been diagnosed two times more. The reason of the development of aneurysm is me pathological chain «hypothalamic syndrome-arterial hypertension-multitude aneurysm», as well as the doze of irradiation, psychoemotional, social and economic factors.

## Влияние последствий аварии на Чернобыльской АЭС на структуру и характер опухолей головного мозга у детей

Лобастов А.Г., Щипицин С.И.

Днепропетровская государственная медицинская академия,  
г. Днепропетровск, Украина

Увеличение частоты онкологических заболеваний на территории Украины и, в частности, Днепропетровской области, через 10—15 лет после аварии на Чернобыльской АЭС является несомненным фактом влияния радиации на характер метаплазии клеток человеческого организма. Особенно это касается органов, участвующих в непрерывном развитии, к которым и относится головной мозг ребенка.

Целью данного наблюдения является оценка количественного и качественного изменения структуры и характера опухолей головного мозга у детей, возникшие вследствие аварии на Чернобыльской АЭС.

Мы проанализировали истории болезни детей в возрасте до 14 лет, оперированных по поводу опухолей головного мозга в период с 1980 по 1985 г. и с 1995 по 2001 г. Всего с 1980

по 1985 г. было прооперировано 32 ребенка. Опухоли I степени злокачественности (менингиома, эпендимомма, ангиоретикулома) выявили у 6 детей, II степени (астроцитомма) — у 2, III—IV степени (анапластическая менингиома, недифференцированная астроцитомма, недифференцированная эпендимомма, глиобластома, медуллобластома) — у 24 человек. Отношение злокачественных опухолей к доброкачественным составило 3:1. С 1995 по 2001 г. прооперировали 81 ребенка. Опухоли I степени злокачественности (менингиома, эпендимомма, ангиоретикулома) отмечали у 14 детей, II степени (астроцитомма) — у 6, III—IV степени (анапластическая менингиома, недифференцированная астроцитомма, недифференцированная эпендимомма, глиобластома, медуллобластома) — у 61 ребенка. Отношение злокачественных опухолей

к доброкачественным по-прежнему составило 3:1, но при этом вырос удельный вес медуллобластом — с 14 до 32.

Увеличение количества оперативных вмешательств не может быть объяснено только улучшением диагностики и выявляемости опухолей у детей, поскольку количество опухолей через 10 лет после чернобыльской катастрофы возросло в 2,5 раза. И хотя соотношение злокачественных опухолей к доброкачественным сохранилось прежние 3:1, все же обращает на себя внимание повышение удельного веса медуллобластом в структуре всех опухолей,

что нельзя не связывать прямо с чернобыльской катастрофой.

Role of Chernobyl's AES catastrophe on structure and character tumors of the brain for children

Lobastov A.G., Schipitzyn S.I.

32 kids suffering with tumors of the brain were operated since 1980 till 1985 and 81 kids suffering with tumors of the brain were operated since 1995 till 2001. Age of children ranged from 1 to 14 years. The ratio of malignant tumors to benign has made 3:1 for both groups of the patients. The quantity of tumors in 10 years after of a crash on Chernobyl's AES has grown in 2,5 times and for group of children were operated since 1995 till 2001 the densities of medulloblastomas has grown.

## Эпидемиология опухолей головного мозга: статистические факторы

Розуменко В.Д.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины, г.Киев, Украина

В настоящей работе на основании данных эпидемиологических исследований, проведенных в Австралии, Англии, Германии, Италии, Молдове, Норвегии, России, США, Тайване, Украине, Финляндии, Франции, Швеции, Японии и других странах, анализируются факторы, определяющие статистические показатели и обосновывающие существующую тенденцию роста заболеваемости первичными и метастатическими опухолями головного мозга.

Так, например, в США, по данным "Регистра опухолей мозга", заболеваемость первичными опухолями головного мозга в 1990 г. составляла 8,2 на 100 000 населения, в 1995 г. она увеличилась до 10,9 на 100 000 населения, а в 2000 г. этот показатель достиг 12,8 на 100 000 населения. Таким образом, в США в 1990 г. было выявлено 20 500 новых случаев первичных опухолей мозга, в 1995 г. — 28 500, а в 2000 г. — 35 000. 40% первичных опухолей головного мозга относятся к доброкачественным, 60% — к злокачественным. Значительно в большей степени прогрессируют метастатические опухоли головного мозга. Если в 1990 г. в США было диагностировано 20 700 случаев метастатического опухолевого поражения мозга, то в 1995 г. — 80 000, а в 2000 г. — 150 000. Практически в 10—15% случаев злокачественные опухоли метастазируют из других органов в головной мозг. У мужчин наиболее часто в мозг метастазируют раковые опухоли легких, толстой кишки и почек (около 80%), у женщин — рак молочной

железы, легких, толстой кишки и меланомы (до 80%). Тенденция роста заболеваемости как первичными, так и метастатическими опухолями головного мозга имеет место во всех странах.

В Украине по данным, опубликованным в "Бюллетене национального канцер-реестра Украины", заболеваемость злокачественными опухолями головного мозга в 2000 г. составила 4,6 на 100 000 населения. Сведений о первичных доброкачественных и метастатических опухолях головного мозга в "Бюллетене национального канцер-реестра Украины" не имеется.

Факторы, определяющие рост заболеваемости опухолями головного мозга:

- ухудшение экологической обстановки на планете Земля; в индустриально-промышленных странах злокачественные опухоли выявляются чаще, чем в странах с более экологически "чистой" природной окружающей средой;

- частота возникновения опухолей головного мозга (преимущественно злокачественных) возрастает у людей старших возрастных групп; после 60 лет каждые последующие 10 лет жизни увеличивают на несколько порядков вероятность возникновения опухоли, что обусловлено общеприродными принципами развития организма; в высокоразвитых в социально-экономическом отношении странах с более высокой средней продолжительностью жизни, составляющей 75—85 лет, регистрируются и более