

О. М. ГОНЧАРУК (Київ)

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СПОНТАННИХ КРОВОВИЛИВІВ У ЗАДНЮ ЧЕРЕПНУ ЯМУ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Робота ґрунтується на аналізі результатів клінічного перебігу, діагностики та прогнозу 312 хворих із спонтанними крововиливами в структури задньої черепної ями. Основними причинами крововиливів у задню черепну яму є артеріальна гіпертензія, артеріальні аневризми та судинні мальформації. Встановлено, що у людей молодого та зрілого віку частіше бувають крововиливи у стовбур мозку, у осіб старше 60 років – крововиливи у мозочок. Розрив артеріальних аневризм з крововиливом у задню черепну яму частіше настував у віці до 60 років, судинні мальформації частіше проявлялись в молодому віці.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вік, спонтанний крововилив, задня черепна яма, нейровізуалізація, клініка.

В даний час смертність від серцево-судинних та судинно-мозкових хвороб становить 63% в структурі загальної смертності [11]. Кожен четвертий померлий від хвороб системи кровообігу у 2001 р. мав судинно-мозкову патологію [3].

Особливе місце в структурі захворюваності та смертності займають гострі порушення мозкового кровообігу (інсульти) внаслідок своєї поширеності, важкості перебігу, високого рівня інвалідизації та смертності.

У більшості західних країн серед причин смерті інсульт займає третє місце за частотою і є причиною найбільш тяжких порушень серед осіб працездатного віку, котрі залишилися живими. Вартість лікування інсультів дуже висока. Наприклад, в 2003 р. прямі витрати США становили 31 млрд доларів, а загальні економічні витрати у зв'язку з втратою працездатності – 51 млрд доларів США [16].

Частота виникнення інсультів у світі складає біля 200 (в Росії 350–530) на 100 тис. населення [2;5;6]. В Україні у 2008 р. вперше захворіли на інсульт 107124,0 громадян, або 282,9 на 100 тис. населення, причому 35,5% всіх мозкових інсультів (МІ) сталися у людей працездатного віку [11].

У порівнянні з 2007 р. кількість мозкових інсультів (МІ) в Україні зросла на 1611 випадків, тобто на 4,7 на 100 тис. населення [11]. При такій динаміці в найближчі 5 років в Україні кожен п'ятий громадянин помре, а кожен 10 залишиться залежним інвалідом, оскільки показники смертності та інвалідності при МІ надзвичайно високі [10]. В деяких країнах смертність при інсульті протягом року становить 50%, при цьому 80% осіб, які вижили, залишаються глибокими інвалідами. Особливо велика смертність серед лю-

дей молодого віку, у яких МІ мають тяжкий, часто дуже агресивний, перебіг [1;7;12]. Проблемними для України є діагностика та лікування хворих із субарахноїдальними крововиливами, внаслідок яких щороку помирають понад 1000 людей молодого віку (1334 у 2008 р.). Це, як правило, не діагностовані аневризми та артеріо-венозні мальформації судин головного мозку [7;11]. За даними проведеного епідеміологічного дослідження, співвідношення геморагічних інсультів до ішемічних в Україні становить 1:3,6, тоді як в Росії – 1:4, а в країнах ЄС – 1:7. Геморагічні інсульти мають тяжкий перебіг і високу смертність [2;4;6;11].

У 2008 р. в Україні від внутрішньомозкових крововиливів (ВМК) померло 13426 хворих [11]. Міжнародні дослідження свідчать про чітку тенденцію до збільшення внутрішньомозкових крововиливів, котрі складають 15% всіх мозкових інсультів. Летальність в гострому періоді геморагічного інсульту коливається від 38% до 93% і в середньому в популяції складає 79,5% [1;4;6;11].

Протягом року від ВМК помирає 60% хворих; із тих, що вижили, лише 31% стають функціонально незалежними через 3 місяці після крововиливу [4;6;7;10].

Особливостям виникнення, діагностики, організації медичної, у тому числі спеціалізованої, допомоги хворим з МІ приділяється надзвичайно велика увага неврологів, нейрохірургів, радіологів, громадських організацій.

Причин виникнення ВМК багато [1;7;9;13;15;16]. Основною причиною (60%) всіх ВМК є артеріальна гіпертензія, частка церебральної ангіопатії становить 10–12%, артеріо-венозних мальформацій та розривів аневризм головного мозку – 8%, прийому антикоагулянтів – 10%; серед причин ВМК також гормональні зміни тощо.

Серед ВМК особливе місце належить спонтанним крововиливам у задню черепну ямку (ЗЧЯ), клінічні прояви уражень та труднощі діагностики і лікування яких обумовлені анатомічною будовою та структурно-функціональними особливостями нервових утворень задньої черепної ямки.

Особливістю локалізації крововиливів в межах ЗЧЯ є їх залежність від віку хворих. Наприклад, мозочкові та тегментно-базиллярні стовбурові крововиливи частіше виникають у пацієнтів віком понад 60 років, тоді як гематоми стовбура мозку виявляються переважно у осіб віком до 50 років.

Більшість авторів вважають, що основною причиною мозкових геморагій є артеріальна гіпертензія, особливо у людей старшого віку, а у молодих – патологія судин (артеріальні аневризми та судинні мальформації) [11;13;14;15;16].

Дані офіційної статистики свідчать про великий вплив тютюну на смертність населення України. За даними офіційної статистики, у 1991 р. смертність від тютюну в Україні становить 776,28 на 100 тис. населення. Це значно перевищує кількість людей, що захворіли на інсульт у 2008 р., – 282,9 на 100 тис. [8;11].

Матеріали і методи Робота ґрунтується на аналізі результатів клінічного перебігу, діагнос-

тики та прогнозу 312 хворих із спонтанними крововиливами в структури ЗЧЯ. Для диференціальної діагностики гіпертензивних крововиливів у мозочок і стовбур проаналізовано 60 хворих з ішеміями стовбуру і мозочку.

Хворі перебували на стаціонарному лікуванні в клініці невідкладної нейрохірургії лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва та центрі рентген-ендоваскулярної нейрохірургії АМН України з 1991 по 2009 рр.

Результати дослідження та їх обговорення. Спонтанні крововиливи в утвори ЗЧЯ виникали внаслідок дистрофічно-дегенеративних змін судин на фоні артеріальної гіпертензії (АГ) у 170 (54,5%±2,8%) хворих (I група), розриву артеріальних аневризм (АА) – у 98 (31,4%±2,6%) хворих (II група), артеріо-венозних мальформацій (АВМ) у 24 (7,7%±1,5%) хворих (III група) і кавернозних ангиом (КА) – у 20 (6,4%±1,4%) хворих (IV група).

Хворих молодого віку (15–29 років) було 38 (12,2%±1,9%), зрілого віку (30–44 роки) – 92 (29,5%±2,6%), середнього віку (45–59 років) – 160 (51,3%±2,8%), літнього віку (60 і більше років) – 22 (7,1%±1,4%). Як видно з таблиці 1, більшість хворих із крововиливами в ЗЧЯ становили особи молодого, зрілого та середнього віку.

Таблиця 1. Розподіл хворих із спонтанними крововиливами в ЗЧЯ за віком

Вік хворих, роки	Кількість хворих		Похибка, %
	абс.	%	
15–29	38	12,2	1,9
30–44	92	29,5	2,6
45–59	160	51,3	2,8
до 60	290	92,9	1,4
60 і більше років	22	7,1	1,4
<i>Всього</i>	<i>312</i>	<i>100</i>	

Статистично достовірну ($p < 0,05$) більшість хворих (92,9%±1,4%) із крововиливами в ЗЧЯ становили особи працездатного віку (до 60 років). Слід зазначити, що понад половину (51,3%±2,8%) становили люди середнього віку – від 45 до 59 років.

Розподіл хворих з крововиливами в ЗЧЯ залежно від статі наведено в таблиці 2.

Статистично достовірно ($p < 0,05$) переважно частину хворих із крововиливами в ЗЧЯ склали

особи чоловічої статі – 176 (56,4±2,8%) і 136 (43,6±2,8%) – жіночої.

Дані Державного комітету статистики України про розподіл постійного населення України за статтю та віком (2005–2009 рр.), які свідчать про переважання жінок в загальній структурі населення, та наші дані про достовірну більшість чоловіків з крововиливами в ЗЧЯ, можна зробити висновок про суттєву перевагу осіб чоловічої статі у структурі спонтанних крововиливів в ЗЧЯ (табл.3).

Таблиця 2. Розподіл хворих з крововиливами в ЗЧЯ залежно від статі

Стать	Кількість хворих		Похибка, %	p
	абс.	%		
Чоловіки	176	56,4	2,8%	
Жінки	136	43,6	2,8%	
<i>Всього</i>	<i>312</i>	<i>100</i>		<0,05

Таблиця 3. Розподіл населення України за статтю у 2005–2010 рр. *

Рік	Чоловіки	Жінки
2005	21754,0	25346,5
2006	21574,7	25174,5
2007	21434,7	25031,0
2008	21297,7	24894,6
2009	21185,0	24778,4
2010	21107,1	24675,5

Примітка: * за даними Державного комітету статистики України [17].

Висока захворюваність чоловіків обумовлена багатьма факторами, вагомими серед яких є тютюнокуріння та алкоголізм, про що повідомляють і ряд авторів [6;7;10]. За нашими даними, регулярно курили не менше 20 цигарок на добу 138 (78,4%) пацієнтів чоловічої статі, у 124 (70,4%) осіб крововилив стався на фоні вживання алкоголю. Отже, можна стверджувати, що тютюнокуріння та пияцтво сприяють спонтанним внутрішньочерепним крововиливам.

Слід зазначити, що у більшості ($p < 0,05$) хворих молодого і зрілого віку – 40 випадків із 53 (75,4% \pm 5,9%) – крововилив стався на фоні гострої алкогольної інтоксикації або хронічного запою. Під час поступлення в стаціонар у всіх відмічено підвищення артеріального тиску – в межах 160–180 мм рт. ст. систолічний та 90–110 мм рт. ст. діастолічний.

Із 170 хворих, котрі були доставлені в клініку каретою швидкої допомоги, статистично

достовірно ($p < 0,05$) у переважній більшості – 101 (59,4% \pm 3,8%) – були крововиливи у стовбур мозку, у мозочок крововиливи були у 62 (36,5% \pm 3,7%) і у 7 (4,1% \pm 1,5%) – дифузні крововиливи у мозочок та стовбур мозку.

Локалізація гіпертензивних крововиливів в залежності від віку хворих відображена в таблиці 4.

Статистично достовірно ($p < 0,05$), що найбільша кількість гіпертензивних спонтанних крововиливів у структури ЗЧЯ спостерігалася в осіб працездатного віку – 148 (87,1% \pm 2,6%).

У 98 хворих (57,6% \pm 3,8%) – (II група) виявлені мішкоподібні аневризми судин вертебро-базиллярного басейну (ВББ), котрі супроводжувалися геморагічним синдромом. Хворі поступали у центр з нейрохірургічних та неврологічних відділень, в які вони були госпіталізовані після апоплексії.

Більшість хворих II групи – 94 (95,9% \pm 2,0%) становили особи працездатного віку, у кожного другого – 51 (52% \pm 5,0%) крововилив внаслідок роз-

Таблиця 4. Локалізація крововиливів у ЗЧЯ в залежності від віку хворих

Локалізація крововиливу	Вік хворих, роки				Всього: кількість, %
	молодий (15–29)	зрілий (30–44)	середній (45–59)	літній/похилий (60 і більше)	
Стовбур мозку	5	28	60	8	101 (59,4% \pm 3,8%)
Мозочок	4	14	32	12	62 (36,5% \pm 3,7%)
Стовбур і мозочок (тотально)	1	1	3	2	7 (4,1% \pm 1,5%)
Всього: кількість, %	10 (5,9% \pm 1,8%)	43 (25,3% \pm 3,3%)	95 (55,9% \pm 3,8%)	22 (12,9% \pm 2,6%)	170

риву АА стався до 45 років. В анамнезі в цих родинах були випадки раптової смерті осіб відносно молодого віку (від 40 до 50 років) з найбільшою вірогідністю церебрального генезу, що може свідчити про спадковий вплив на формування АА.

У 24 хворих причиною крововиливів були АВМ. Розподіл хворих з АВМ за віком та статтю наведено в таблиці 5.

Крововиливи при АВМ в структури ЗЧЯ частіше траплялися у чоловіків. При цьому крововиливи у мозочок спостерігаються в 7 раз частіше, ніж у стовбур. У всіх хворих було діагностовано субарахноїдальний крововилив.

Проаналізовано характер крововиливів у ЗЧЯ 20 хворих, причиною яких були кавернозні судинні мальформації. Переважали особи

Таблиця 5. Розподіл хворих з АВМ за віком та статтю

Вік хворих, роки	Стать		Локалізація крововиливу	
	чоловіча	жіноча	мозочок	стовбур
15–29	3	6	8	1
30–44	8	4	10	2
45–59	2	1	3	
<i>Всього</i>	<i>13</i>	<i>11</i>	<i>21</i>	<i>3</i>

чоловічої статі – відповідно 14 (70%±10,2%) і 6 (30%±10,2%) хворих.

Більшість хворих були молодого та зрілого віку (18 спостережень –90%±6,7%), двоє хворих (10%±6,7%) були у віці старше 60 років.

Середній вік появи симптомів кавернозної ангиоми становив 36,5 року, що відповідає літературним даним.

Аналіз хворих з крововиливами у задню черепну яму у віці понад 15 років показав, що основними причинами крововиливів у ЗЧЯ є АГ, АА та судинні мальформації (артеріовенозні та кавернозні ангиоми).

Виявлено, що при крововиливах 92,9% становлять особи працездатного віку (до 60 років), при цьому 41,7% – це люди молодого та зрілого віку (15 до 44 років). Слід зазначити, що у більшості ($p < 0,05$) хворих молодого і зрілого віку – 40 (75,4%±5,9%) із 53 – крововилив стався на фоні гострої алкогольної інтоксикації або хронічного запою. Під час поступлення у всіх них відмічено підвищення артеріального тиску – в межах 160–180 мм рт. ст. систолічний та 90–110 мм рт. ст. діастолічний артеріальний тиск.

Встановлено, що у людей молодого та зрілого віку частіше бувають крововиливи у стовбур мозку, котрі характеризуються тяжким клінічним перебігом та високою летальністю. У осіб старше 60 років частіше бувають крововиливи в мозочок.

Розрив артеріальних аневризм ВББ з крововиливом у ЗЧП в більшості випадків наставав у

віці до 60 років, і тільки у 4 (4,1%±2,0%) хворих був у віці після 60 років. Хворі молодого та зрілого віку склали половину – 52%±4,9%.

Судинні мальформації (АВМ та КА) частіше проявляються в молодому віці. Середній вік проявів судинних мальформації геморагічним синдромом був 36,5 року.

Аналіз летальності при гіпертензивних крововиливах виявив, що найвищою була летальність у хворих середнього віку: із 95 померло 62, що складає 65%, тоді як в групі осіб зрілого віку вона становила 51%, похилого – 45%, найнижчою була летальність у хворих молодого віку – 20%, хоча геморагії в цій групі характеризувалися тяжким клінічним перебігом.

Висновки

Спонтанні крововиливи у ЗЧЯ, як правило, виникають в осіб працездатного віку. Основними причинами їх виникнення є артеріальна гіпертензія, артеріальні аневризми та судинні мальформації. Гемодинамічний фактор (підняття артеріального тиску), зловживання алкоголем та тютюнокуріння сприяють крововиливам як в паренхіму мозку, так і в підболонокковий простір.

У осіб молодого і зрілого віку при артеріальній гіпертензії частіше трапляються крововиливи у стовбур мозку, котрі характеризуються тяжким клінічним перебігом та високою летальністю.

Перспективним є визначення прогностичних критеріїв для профілактики спонтанних внутрішньочерепних крововиливів у осіб різного віку.

Список літератури

1. Бурцев Е. М. Нарушения мозгового кровообращения в молодом возрасте. – М. : Медицина, 1978. – С. 196
2. Варакин Ю. Я. Эпидемиология сосудистых заболеваний головного мозга / Н. Я. Варакин // Очерки ангиологии; за ред. З. А. Суслина. – М. : Атмосфера, 2005. – С. 66–83.
3. Вісник Верховної Ради України. – 2003. – №1350–IV 4. – 27 листоп.
4. Внутримозговое кровоизлияние : факторы, определяющие тяжесть состояния и исход заболевания / С. М. Виничук, О. А. Пустовая, М. М. Прокопів [и др.] // Укр. мед. часоп. – 2007. – №5 (61). – С. 25–32.
5. Галкина Т. Н. Эпидемиологические аспекты нетравматических внутримозговых кровоизлияний / Т. Н. Галкина, Е. Н. Кондаков // Нейрохирургия. – 2000. – №1–2. – С. 28–31.
6. Геморрагический инсульт : практич. рук-во / под. ред. В. И. Скворцовой, В. В. Крылова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 155, [5] с.
7. Деев А. С. Причинные факторы, течение и исходы геморрагического инсульта в молодом возрасте / А. С. Деев, И. В. Захарушкина // Неврол. журн. – 2001. – №5. – С. 15–18.
8. Демографічна криза в Україні її причини та наслідки. – К., 2003. – 450 с.
9. Лебедева И. А. Возрастные характеристики основных групп жителей Ханты-Мансийского автономного округа,

- перенесших мозговою інсультом / И. А. Лебедева, В.И. Анищенко // Укр. нейрохірургіч. журн. – 2010. – №3. – С. 31.
10. Поліщук М. Є. Роль громадських організацій в боротьбі з інсультом / М. Є. Поліщук // Судинні захворювання головного мозку. – 2007. – №4. – С. 2–4.
11. Стан неврологічної служби України в 2008 р. : статистично-анатомічний довідник / М. П. Жданова, О. М. Зінченко, М. В. Голубчиков, Т. С. Міщенко; МОЗ України. – Х., 2009. – 24 с.
12. Чухловина М. Л. Особенности патогенеза и диагностики геморрагического инсульта у лиц молодого возраста / М. Л. Чухловина, В. И. Гузева, Е. М. Мацукатова // Клин. медицина. – 2004. – №3. – С. 11–16.
13. Blood pressure, hemorrhagic stroke, and ischemic stroke : the Korean national prospective occupational cohort study / Y. M. Song, J. Sung, D. A. Lawlor [et al.] // BMJ. – 2004. – Vol. 328, №7435. – P. 324–325.
14. Busse O. Stroke units and stroke services in Germany / O. Busse // Cerebrovasc. Dis. – 2003. – Vol. 15, Suppl.1. – P. 8–10.
15. Effect of untreated hypertension on hemorrhagic stroke / D. Woo, M. Haverbusch, P. Sekar [et al.] // Stroke. – 2004. – Vol. 35, №7. – P. 1703–1708.
16. Rudd A. G. Health policy and outcome research in stroke / A. G. Rudd, D. B. Matchar // Stroke. – 2004. – Vol. 35, №2. – P. 397–400.
17. <http://www.ukrstat.gov.ua>

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ В ЗАДНЮЮ ЧЕРЕПНУЮ ЯМУ

О.М. Гончарук (Киев)

Работа основана на анализе результатов клинического течения, диагностики и прогноза 312 больных со спонтанными кровоизлияниями в структуры задней черепной ямы. Основными причинами кровоизлияний в заднюю черепную яму являются артериальная гипертензия, артериальные аневризмы и сосудистые мальформации. Установлено, что у людей молодого и зрелого возраста чаще бывают кровоизлияния в ствол мозга, у лиц старше 60 лет – кровоизлияния в мозжечок. Разрыв артериальных аневризм с кровоизлиянием в заднюю черепную яму чаще происходит в возрасте до 60 лет, сосудистые мальформации чаще проявлялись в молодом возрасте.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **возраст, спонтанное кровоизлияние, задняя черепная яма, нейровизуализация, клиника.**

AGE PECULIARITIES OF SPONTANEOUS HEMORRHAGES IN THE POSTERIOR CRANIAL FOSSA

О. М. Гончарук (Kyiv)

The work is based on the results of clinical course, diagnosis and prognosis of 312 patients with spontaneous hemorrhages in the posterior cranial fossa. The main causes of hemorrhage in the posterior cranial fossa is arterial hypertension, arterial aneurysms and vascular malformations. It is found that in young adulthood and more often there are hemorrhages in the brain stem, in individuals older than 60 years - bleeding in the cerebellum. Rupture of arterial aneurysms of the posterior cranial fossa with hemorrhage often advancing the age of 60 years, vascular malformations often manifested in a young age.

KEY WORDS: **age, spontaneous hemorrhage, posterior cranial fossa, neuroimaging, clinic.**

Рецензент: д.мед.н., чл.-кор. НАМН України М.Є. Поліщук