

Висновки. При менингиомах головного мозгу ендovasкулярна емболізація є відносно простою, достатньо безпечною і ефективною операцією, яка значно знижує ризик при подальшому хірургічному видаленні пухлики. По наших спостереженнях найбільш сприятливим часом для хірургічного втручання є 7-9 днів після емболізації.

Ключові слова: менингіоми, ендovasкулярні операції, емболізація.

V.N. Zahorodnii

**Endovascular surgery for brain meningioma
SI “Scientific and Practical Centre of Endovascular Neuro
Roentgenosurgery of the NAMS of Ukraine”, Kyiv**

Introduction. One of the features of meningioma is a well-developed vasculature. Consequently, the surgical removal of meningioma is often complicated by massive blood loss, intraoperative damage to arteries, veins, cranial nerves, which reduces the radicality of surgery.

Materials and methods. Selected were 16 patients with brain meningioma, which were undergoing treatment at the SI “Scientific and Practical Center of Endovascular neuroradiosurgery NAMS of Ukraine” from 2003 to 2012. There were 6 males (37.5%), 10 females (62.5%). The age of patients was 21-53. Meningioma of supratentorial location was found in 14 (87.5%) cases, subtentorial – in 2 (12.5%) patients.

Results. Guided endovascular embolization of meningioma was performed in 16 cases. A total occlusion of tumor blood flow was achieved in 12 (75%) cases, partial occlusion of tumor blood flow - in 4 cases, which was associated with the characteristics of blood flow - diffuse type, without direct arteriovenous shunts. There were no complications after endovascular intervention. The subsequent surgical removal of meningioma was performed in 14 patients. There was registered significant reduction in intraoperative blood loss occlusion of tumor blood flow.

Conclusions. Endovascular embolization in brain meningioma is a relatively simple, quite safe and effective operation, which reduces the risk of complications in a further surgical removal of the tumor. According to our observations, the best time for surgery is 7-9 days after embolization.

Key words: meningioma, endovascular surgery, embolization.

© I.B. KIT, 2013

I.B. Kim

**ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ СУБАРА
ХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВА
Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика**

Вступ. Особливу клінічну проблему серед усіх порушень мозкового кровообігу становить геморагічний інсульт. Незважаючи на тривалість вивчення, фундаментальність досліджень, присвячених проблемі мозкового

інсульту, багато які аспекти патогенезу, клініки, перебігу потребують уточнення. Що на сьогоднішній день робить доцільним дослідження геморагічного інсульту у різних вікових групах.

Мета. Підвищення ефективності діагностики геморагічного інсульту з окрема САК, на підставі більш поглибленого вивчення клінічного перебігу.

Методи. Було обстежено 226 пацієнтів з геморагічним інсультом з яких 30 випадків субарахноїдального крововилива (133 (Г1) з них 27 (САК) - увійшло в основну групу, де завершення хвороби носило позитивний результат, та 93(Г1) з них 3 (САК) випадки – з фатальним завершенням хвороби. Методика обстеження включала динамічний аналіз клінічного неврологічного, загально-соматичного, офтальмологічного, отоневрологічного дослідження.

Результати. Усім (15-55,56%) пацієнтам основної групи із наявними в них АА, як причини САК, за показами було проведено хірургічне лікування – кліпування аневризми. Прооперовані хворі за шкалою Ханта та Хесса відповідали 1-2 ступеню тяжкості. Термін оперативного втручання не перевищував 3-х днів.

Висновки. САК – невідкладний стан, який потребує екстреної діагностики і адекватного лікування. В перші 24 години після САК ризик повторного крововилива складає 3-4%, в перший місяць – 1-2% щоденно, через 3 місяці щорічний ризик рецидиву складає 3%. Єдиний спосіб попередити повторний крововилив - провести хірургічне кліпування аневризми або її ендovasкулярну оклюзію. При відсутності лікування при САК із аневризми 25% пацієнтів помирає в перші 24 години, а 40% - в перші 3 місяці.

Ключові слова: субарахноїдальний крововилив, клініка, діагностика, лікування.

ВСТУП

Геморагічні інсульти становлять до 39% судинних захворювань головного мозку. Летальність при консервативному лікуванні досягає 85%, при хірургічному лікуванні — до 40%, але залишається значною при прориві крові у шлуночкові систему, що виникає у 42–48% хворих [3].

Більшість пацієнтів, які виживають, залишаються зі стійким вираженим неврологічним дефіцитом [3]. Виникають як ізольовані крововиливи у шлуночки, так і їх поєднання з крововиливами у речовину мозку, що є особливо небезпечним, а нерідко і смертельним ускладненням паренхіматозного крововиливу [1].

Нетравматичні внутрішньочерепні крововиливи є дуже складним розділом невідкладної нейрохірургії й неврології, бо такі захворювання потребують швидких діагностичних рішень та адекватної лікувальної тактики. Особливе місце серед них посідають суб-арахноїдальні та інші форми внутрішньочерепних крововиливів у результаті розриву аневризм судин головного мозку й артеріальних мальформацій, які становлять 50–62 і 6–9% відповідно [2].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В основну групу були включені 133 хворих на нефатальний гострий геморагічний інсульт, в тому числі 86 (64,66%) чоловіків та 47 (35,34%) жінок. Контрольну групу склали 93 хворих на фатальний геморагічний інсульт, в тому

числі чоловіків - 58 (62,37%) , жінок – 35 (37,63%). В обох групах дослідження кількість хворих чоловічої статі статистично достовірно ($p < 0,05\%$) перевищувала кількість хворих жіночої статі.

За віковим складом хворі були розподілені на групи у відповідності до класифікації віку ВООЗ, з урахуванням критеріїв включення в дослідження: молодий вік 18 – 45 (молодий вік), 46-59 (середній вік), 60-74 років (похилий вік), 75-80 років (старечий вік).

В основній групі було 38 (28,57%) хворих молодого віку, 75 (56,39%) – середнього, 19 (14,29%) – похилого та 1 (0,75%) – старечого віку. Середній вік хворих основної групи становив $49,8\% \pm 1,0\%$ років. У контрольній групі також кількість хворих середнього віку була найбільшою – 49 (52,69%) осіб. Середній вік хворих даної групи - $52,6 \pm 1,3\%$ років.

Варіабельність дебюту гострого геморагічного інсульту спричиняє велику кількість хибних діагнозів на догоспітальному етапі. Встановлення коректного діагнозу не завжди можливе навіть за умов досконалого знання клінічної картини інсульту, оскільки вираженість загальнономозкових симптомів та розлади з боку життєво важливих органів можуть нівелювати вогнищеві симптоми. Для підтвердження діагнозу необхідним є виконання нейровізуалізаційних методів дослідження.

Для оцінки хворих із нетравматичним спонтанним САК використовували шкалу Ханта Хесса (Henry J. M. Barnett, Stroke Pathophysiology, Diagnosis and Management, 1986). Дані про тяжкість стану хворих основної та контрольної групи на момент надходження в клініку наведені у таблиці 1.

Таблиця

Тяжкість стану хворих основної та контрольної групи із нетравматичним САК за шкалою Ханта-Хесса

Ступінь тяжкості	Основна група (n=27)		Контрольна група (n=3)	
	Абс.	%	Абс.	%
1	8	29,63	--	--
2	14	51,85	2	66,66
3	3	11,11	--	--
4	--	--	--	--
5	2	7,41	1	33,33

Ступінь тяжкості у пацієнтів із спонтанним САК у 22 (81,48%) випадках відповідав 1-2 ступеню за шкалою Ханта і Хесса, у хворих контрольної групи – в 2 (20%) випадках відповідала 1 ступеню тяжкості.

Причиною нетравматичного САК у осіб основної групи в 13 (48,15%) випадках була мішковинна аневризма (АА) передньої сполучної артерії

головного мозку, яку виявлено завдяки застосування СКТ – ангіографії. У 2 (7,41%) випадках АА розташовувалась у ділянці задньої сполучної мозкової артерії. Однак, у 2 (4,41%) випадках причиною САК була АГ без будь-якого морфологічного субстрату. У 10 (37,04%) випадках САК був ускладненням паренхіматозного крововилива.

Серед хворих контрольної групи в 2 випадках причиною крововиливу в підпаутинний простір була мішквинна АА передньої сполучної артерії головного мозку, в одному випадку виявити причину крововиливу не вдалося.

Діагностика типу інсульту, встановлення локалізації, розміру вогнища геморагії та її причини у хворих обох груп в клініці проводилась з використанням нейровізуалізуючих методів – СКТ, КТ, СКТ-ангіографії, а в деяких випадках – МРТ.

У багатьох хворих розвиток симптомів вогнищового ураження головного мозку при САК може бути зумовлений локальною ішемією, спричиненою спазмом артерій, який виявляється методом ТКДГ.

Спазм судин частіше розвивається на 3-5-й день захворювання і утримується протягом 2-4 тиж. Спазм артерій у разі субарахноїдального крововиливу із безпосереднім впливом крові на симпатичні сплетення артерій, токсичною дією на артерії продуктів розпаду гемоглобіну. Із гуморальних чинників спазмогенні властивості мають катехоламіни, продукти розпаду тромбоцитів. Спазмогенну дію справляють лейкотрієни, ейкозаноїди (простогландини, переважно фракція Е, тромбоксани).

ВИСНОВОК

САК – невідкладний стан, який потребує екстреної діагностики і адекватного лікування. В перші 24 години після САК ризик повторного крововиливу складає 3-4%, в перший місяць – 1-2% щоденно, через 3 місяці щорічний ризик рецидиву складає 3%. Єдиний спосіб попередити повторний крововилив - провести хірургічне кліпівання аневризми або її ендovasкулярну оклюзію. При відсутності лікування при САК із аневризми 25% пацієнтів помирає в перші 24 години, а 40% - в перші 3 місяці.

Література

1. Зозуля Ю.П., Волошин П.В., Міщенко Т.С. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострими порушеннями мозкового кровообігу: методичні рекомендації. Київ. 2005.
2. Крылов В.В., Скороход А.А., Ткачев В.В. Организация хирургического лечения больных с нетравматическими внутримозжечковыми кровоизлияниями в многомиллионном городе. Мед. журнал БГМУ. 2006, 1: 358–359.
3. Міщенко Т.С., Здесенко І.В., Лапшина О.І., Перцева Т.Г., Джандоева Н.Ш. Епідеміологія та фактори ризику розвитку мозкового інсульту в Україні. В кн.: Матеріали Першого національного конгресу «Інсульт та судинно-мозкові захворювання», 14–15 вересня. 2006. Київ.

И.В. Кум

Особенности субарахноидального кровоизлияния Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Введение. Особую клиническую проблему всех нарушений мозгового кровообращения составляет геморрагический инсульт. Несмотря на длитель-

ность изучения, фундаментальность исследований, посвященных проблеме мозгового инсульта, многие аспекты патогенеза, клиники и течения требуют уточнения. На сегодняшний день целесообразным является исследование геморрагического инсульта в различных возрастных группах.

Цель. Повышение эффективности диагностики геморрагического инсульта, в частности САК, на основании более углубленного изучения клинического течения заболевания.

Методы. Было обследовано 226 пациентов с геморрагическим инсультом, из которых 30 случаев (27 - вошло в основную группу, где исход болезни носил положительный результат, и 3 случая - с летальным исходом болезни). Методика обследования включала динамический анализ клинического неврологического, общесоматического, офтальмологического, отоневрологического исследования.

Результаты. Всем (15-55,56%) пациентам основной группы с имеющимися у них артериальной аневризмой, как причиной субарахноидального кровоизлияния (САК), по показаниям было проведено хирургическое лечение - клипирование аневризмы. Прооперированы больные по шкале Ханта и Хесса соответствовали 1-2 степени тяжести. Срок оперативного вмешательства не превышал 3-х дней.

Выводы. САК – неотложное состояние, требующее экстренной диагностики и адекватного лечения. В первые 24 часа после САК риск повторного кровоизлияния составляет 3-4%, в первый месяц - 1-2% ежедневно, через 3 месяца ежегодный риск рецидива составляет 3%. Единственный способ предотвратить повторное кровоизлияние – провести хирургическое клипирование аневризмы или ее эндоваскулярной окклюзии. При отсутствии лечения при САК с аневризмы 25% пациентов умирает в первые 24 часа, а 40% - в первые 3 месяца.

Ключевые слова: субарахноидальное кровоизлияние, клиника, диагностика, лечение.

Iryna Kit

Peculiarities of subarachnoid hemorrhage

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Hemorrhagic stroke is a major clinical problem of all brain blood circulation disorders. Despite the duration and fundamentality of the studies of the problem of stroke, many aspects of the pathogenesis, clinical manifestations and course of the disease require clarification. As of today, it is worthwhile to study hemorrhagic stroke in different age groups.

The purpose of the study is to improve the diagnosis of hemorrhagic stroke, and SAH (subarachnoid hemorrhage) in particular, based on a more in-depth study of the clinical course.

Methods. We have examined 226 patients with hemorrhagic stroke including 30 cases of subarachnoid hemorrhage (27 patients who constituted the study group, where the disease had a positive outcome, and 3 cases of fatal outcome

of the disease). Methods of the examination included dynamic analysis of clinical neurological and general physical, ophthalmic, and neurological study.

Results. All patients (15-55,56%) of the study group with presence of arterial aneurysm, which is considered to be causes of SAH (subarachnoid hemorrhage), underwent surgical treatment, namely clipping of the aneurysm. The patients who underwent such an operation had 1-2 degrees of severity according to the Hunt and Hess scale. Surgery did not exceed 3 days.

Conclusions. SAH (subarachnoid hemorrhage) is an urgent condition that requires urgent diagnosis and adequate treatment. In the first 24 hours after SAH the risk of recurrent hemorrhage is 3.4%; during the first month it is 1.2% daily; after 3 months the annual risk of recurrence is 3%. The only way to prevent re-bleeding is to clip the aneurysm or endovascular aneurysm occlusion. If untreated, 25% of patients with the SAH from the aneurysm die within the first 24 hours, and 40% of them die in the first 3 months.

Key words: subarachnoid hemorrhage (SAH), symptoms, diagnosis, treatment.

© В.А. КАСЬЯНОВ, 2013
В.А. Касьянов

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА КРУ «КТМО «Университетская клиника», г.Симферополь

Введение. Ежегодно на Украине осложненная позвоночно-спинномозговая травма (ПСМТ) имеет место у 2000-3000 пострадавших, из них около 76-80% становятся инвалидами I-II группы. Несмотря на наличие большого опыта в диагностике и лечении больных с ПСМТ проблема ее изучения является крайне актуальной для АР Крым, где частота ПСМТ значительно возрастает в курортный период.

Цель. Изучение факторов, влияющих на прогноз ПСМТ грудного отдела позвоночника и спинного мозга, с учетом региональных особенностей АРКрым.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 140 больных с ПСМТ грудного отдела позвоночника и спинного мозга, находившихся на лечении в нейрохирургическом центре КРУ «КБ им. Н.А.Семашко» за период 2005-2010 гг. Использовалась унифицированная система оценки неврологических нарушений при ПСМТ (ASIA). Изучено влияние на прогноз ПСМТ следующих факторов: степень тяжести ПСМТ; возраст пациентов; объем консервативной терапии; сроки оперативного лечения; вид оперативного вмешательства; осложнения. Статистическая обработка полученных результатов с определением связи между изучаемыми показателями проводилась при помощи вычисления критерия К.Пирсона χ^2 (хи-квадрат) для непараметрической статистики. Разницу считали статистически достоверной при $p < 0,05$.