

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів і
молодих вчених**

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ

«НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ СТУДЕНТІВ ЗДМУ – 2020»

**в рамках I туру «Всеукраїнського конкурсу студентських
наукових робіт з галузей звань і спеціальностей
у 2019 – 2020 н.р.»**

06 – 07 лютого 2020 року

Запоріжжя – 2020

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

Голова оргкомітету:

ректор ЗДМУ, проф. Колесник Ю.М.

Заступники голови:

проректор з наукової роботи, проф. Туманський В.О., голова Студентської ради Турчиненко В.В., проф. Разнатовська О.М., голова Наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених, д.біол.н. Павлов С.В.

Члени оргкомітету:

заступник голови Студентської ради Подлужний М.С., голова навчально-наукового сектору Студентської ради Москалюк А.С., заступники голови навчально-наукового сектору Будагов Р.І., Скоба В.С.

Секретар: Брезицька К.П.

**АНАТОМІЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ
ІНТРАКРАНІАЛЬНОГО АНЕВРИЗМАТИЧНОГО КРОВОВИЛИВУ ТА МОЖЛИВІСТЬ
ПРОГНОЗУВАННЯ ІСХОДУ ЛІКУВАННЯ**

Запорожченко Є.А.

І медичний факультет, 5 курс

Цереброваскулярна патологія є однією з основних причин грубої інвалідизації та смертності у світі. Інтракраніальний крововилив внаслідок розриву артеріальних аневризм (АА) головного мозку (ГМ) представляє одну з найбільш складних і актуальних проблем сучасної неврології та нейрохірургії. Асимптомні аневризми виявляються в 2-4% від усього населення, в

той час як інтракраніальні крововиливи, асоційовані з розривом аневризми судин головного мозку, зустрічається в середньому в 12-18 випадках на 100 тис. населення. За даними рандомізованих досліджень – 85-95% аневризми локалізуються в каротидному басейні: комплекс передньої мозкової - передньої сполучної артерії (ПМА-ПСА) - 30%, Внутрішня сонна артерія (ВСА) – 35-45%, Середня мозкова артерія (СМА) -20 %, Вертебро-базиллярний басейн (ВББ) 5-15%. Розриви АА служать однією з головних причин спонтанних субарахноїдальних крововиливів (САК), обумовлюючи до 90% всіх випадків. Первинний крововилив призводить до смерті кожного третього хворого (30-35%). Ізольований неускладнений САК спостерігається менше, ніж в половині випадків. Розрив аневризми в 40% спостереженнях супроводжується внутрішньошлуночковим або паренхіматозним крововиливом, а також розвитком гострої оклюзійної гідроцефалії. У той же час крім прямого ушкодження мозку в момент розриву аневризми в ході гострого періоду характерний розвиток вторинних патологічних процесів: ангіоспазма і вторинної ішемії ГМ, арезорбтивної гідроцефалії.

Першочерговим завданням хірургічного лікування розриву АА є оклюзія останніх для усунення ризику їх повторного розриву. Всесвітні літературні джерела свідчать про краші результати лікування в ультраранній період (до 72 год.), який супроводжується відсутністю вазоспазму і відстроченої ішемії.

Мета:

- Проаналізувати залежність типу інтракраніального крововиливу і частоти розвитку ускладнень гострого періоду в залежності від локалізації аневризми.
- Виявити вплив термінів хірургічної оклюзії аневризми на частоту розвитку вторинних ускладнень гострого періоду інтракраніального крововиливу і результати лікування.
- Оцінити прогностичну достовірність клінічних та радіологічних шкал тяжкості САК.

Матеріали та методи. Проведено аналіз результатів лікування хворих з аневризматичним інтракраніальним крововиливом. Всі пацієнти проходили лікування на базі нейрохірургічного відділення КУ «ЗОКЛ» ЗОР. Серед 103 випадків аневризматичних крововиливів в 75 спостереженнях (72,8%) відзначався ускладнений перебіг. Критерієм включення в групу ускладненого перебігу було: субарахноїдально-вентрикулярний (СВК), субарахноїдально-паренхіматозний (СПК) і субарахноїдально-вентрикулярно-паренхіматозний крововилив (СВПК), ангіоспазм з клінічними проявами, відстрочена ішемія (підтверджена КТ або МРТ), гостра або арезорбтивна гідроцефалія .

При надходженні для оцінки тяжкості субарахноїдального крововиливу використовували клінічні шкали Hunt-Hess і WFNS, а також радіологічну шкалу Fisher. Результати лікування оцінювалися згідно модифікованої шкали Ренкіна (МШР). Нейровізуалізація типу крововиливу, геморагічних і ішемічних ускладнень при лікуванні хворих і протягом всього періоду спостереження, а також, в деяких випадках, джерела крововиливу проводилась за допомогою: комп'ютерної томографії головного мозку і магнітно-резонансної томографії. За даними церебральної ангіографії, яка була проведена в 100% випадках, була визначена локалізація аневризми, особливості їх будови, визначення ступеня і поширеності ангіоспазму.

Результати. З 75 пацієнтів у групі «ускладненого перебігу», тільки у 41 (54,6%) пацієнта були виявлені ознаки вторинного ушкодження мозку. За локалізацією церебральні аневризми, які були джерелом крововиливу, мали такий розподіл: ПМА-ПСА 50 (48,5%) випадків, ВСА – 30 (29,1%), СМА – 16 (15,5%), аневризми ВББ були в 7 (6,9%) випадках.

Серед усіх випадків відзначено наступний розподіл частоти ускладнень в залежності від локалізації розірваної аневризми. ПМА-ПСА: СВК я в 5 (10%) випадках, СПК в 5 (10%), СВПК – в 12 (24%) випадках. Ангіоспазм виявлено у 11 (22%) пацієнтів, в той час коли відстрочена ішемія – у 12 (24%), гідроцефалія у 5 (10%) випадках. ВСА: СВК – у 8 (26,7%) пацієнтів, СПК – у 5 (16,7%), СВПК – відзначено в 3 (10%) випадках. Ангіоспазм виявлено у 3 (10%) пацієнтів, відстрочена ішемія була у 12 (24%), гідроцефалія у 4 (13,3%) пацієнтів. СМА: СВК спостерігалось в 2 (12,5%), СПК – в 3 (18,8%) випадках Відстрочена ішемія була виявлена у 4 (25%) пацієнтів. Інші ускладнення в даній локалізації не зазначалися.

ВББ: 1 пацієнт був з проявами ангіоспазму, відстрочена ішемія була в 3 (42,9%) випадках, СВК у 2 (28,6%) та СВПК 1 (14,3%) випадку, гідроцефалія виявлялася у 2 (28,6%) пацієнтів.

Хірургічне лікування при розриві АА проводилося всім пацієнтам. 38 (36,9%) було прооперовано в перші три доби, 39(37,9%) протягом перших двох тижнів, 26(25,2%) – після 15 діб. Ангіоспазм з клінічними проявами виявлено в 5 (13,5%) випадках хірургічного лікування до 72 год, 6 (15,4%) – в перші два тижні і один пацієнт прооперований після 15 діб. Відстрочена ішемія розвинулася в 9 (29,7%) випадках до 72 год., 11 (28,2%) – в перші два тижні і 4 (16%) випадки при оперативному втручанні після 15 діб.

На підставі комплексного аналізу клінічних проявів і даних нейровізуалізації була оцінена прогностична достовірність клінічних та радіологічної шкал. Відзначена пряма кореляція між ступенем тяжкості САК згідно «клінічних» шкал (Hunt-Hess, WFNS) і модифікованої шкалою Ренкіна. У той же час кореляції між ступенем тяжкості САК згідно «радіологічної» шкали Fisher і МШР не було.

Висновки:

1. Відзначається пряма залежність типу інтракраніального крововиливу і частоти розвитку ускладнень гострого періоду від локалізації розірваної церебральної аневризми. Найбільш агресивний перебіг властивий для аневризм ВББ. Для аневризм СМА не характерен розвиток гідроцефалії і ангіоспазму.
2. Терміни хірургічної оклюзії аневризм особливо не впливають на частоту розвитку вторинних ускладнень гострого періоду розриву АА, проте в періоді 4-14 діб ризик розвитку ангіоспазму з клінічними проявами вище.
3. Радіологічна шкала Fisher не має прогностичного значення, та не може бути використана для визначення тактики лікування.