

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ И ОБОЛОЧЕЧНЫХ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ

А.Р.Мурадинова.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья.

Для цитирования: © Мурадинова А.Р.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ И ОБОЛОЧЕЧНЫХ НЕТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ. ЖКМП.-2023.-Т.4.-№4.-С

Поступила: 14.09.2023

Одобрена: 16.09.2023

Принята к печати: 05.12.2023

Аннотация: Геморрагический инсульт, или нетравматическое внутримозговое кровоизлияние (НВЧК), является одной из наиболее тяжелых форм цереброваскулярной патологии. Среди внутримозговых нетравматических кровоизлияний различают внутримозговые нетравматические кровоизлияния, встречающиеся чаще всего, и первичные оболочечные гематомы. Целью исследования явилось выявить клинические особенности внутримозговых и оболочечных нетравматических кровоизлияний. **Ключевые слова:** *геморрагический инсульт, внутримозговые нетравматические кровоизлияния, оболочечное нетравматическое кровоизлияние, аневризма.*

BOSH MIYA TO‘QIMALARI VA PARDALARIGA NOTRAVMA TI K QON QUYILISHILARINI KLINIK XUSUSIYATLARI

А.Р.Мурадинова.

Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti.

Izoh: © Muradimova A.R.

BOSH MIYA TO‘QIMALARI VA PARDALARIGA NOTRAVMA TI K QON QUYILISHILARINI KLINIK XUSUSIYATLARI. KPTJ.-2023-N.4.-№4-M

Qabul qilindi: 14.09.2023

Ko‘rib chiqildi: 16.09.2023

Nashrga tayyorlandi: 05.12.2023

Annotatsiya: Gemorragik insult yoki travmatik bo‘lmagan intrakranial qon ketish (NTIKQT) serebrovaskulyar patologiyaning eng og‘ir shakllaridan biridir. Intrakranial travmatik bo‘lmagan qon ketishlar orasida eng ko‘p uchraydigan intraserebral travmatik bo‘lmagan qon ketishlar va birlamchi meningeal gematomalar o‘rtasida farqlanadi. Tadqiqotning maqsadi notravmatik intraserebral va meningeal qon ketishining klinik xususiyatlarini aniqlash. **Kalit so‘zlar:** *gemorragik insult, intraserebral notravmatik qon quyilish, meningeal notravmatik qon quyilish, anevrizma.*

CLINICAL FEATURES OF INTRACEREBRAL AND MENINGEAL NON-TRAUMATIC HEMORRHAGES

А.Р.Мурадинова.

Fergana medical institute of public health.

For situation: © Muradimova A.R.

CLINICAL FEATURES OF INTRACEREBRAL AND MENINGEAL NON-TRAUMATIC HEMORRHAGES. JCPM.-2023.P.4.№4-A

Received: 14.09.2023

Revised: 16.09.2023

Accepted: 05.12.2023

Annotation: The marked growth of the disease prevalence in recent years caused an increase in the incidence of cerebral stroke. A hemorrhagic stroke, or nontraumatic intracranial hemorrhage (NTIMH), is one of the most severe forms of cerebrovascular disease. Among the non-traumatic intracranial hemorrhages are two types: nontraumatic intracerebral hemorrhage is the most common, and primary shell hematoma. The aim of the study was to identify the clinical and neuroimaging features of various types of non-traumatic intracerebral and meningeal hemorrhage. **Keywords:** *hemorrhagic stroke, nontraumatic intracranial hemorrhage, non-traumatic intracerebral hemorrhage, non-traumatic intracerebral and meningeal hemorrhage, aneurysm.*

Отмеченный в последние годы рост распространенности сосудистых заболеваний обусловил увеличение частоты развития церебрального инсульта [2]. Геморрагический инсульт, или нетравматическое внутримозговое кровоизлияние (НВЧК), является одной из наиболее тяжелых форм цереброваскулярной патологии [1]. Среди внутримозговых нетравматических кровоизлияний различают внутри-

мозговые нетравматические кровоизлияния (ВНК), встречающиеся чаще всего, и первичные оболочечные (субдуральные, эпидуральные) гематомы [4, 9]. Около 80% больных, перенесших инсульт, имеют ограниченную трудоспособность в связи с сохраняющимися нарушениями двигательных функций, а 10% из них становятся тяжелыми инвалидами и нуждаются в посторонней помощи [11].

Среди внутричерепных нетравматических кровоизлияний различают внутримозговые нетравматические кровоизлияния (ВНК), встречающиеся чаще всего, и первичные оболочечные (субдуральные, эпидуральные) гематомы [4, 9]. Около 80% больных, перенесших инсульт, имеют ограниченную трудоспособность в связи с сохраняющимися нарушениями двигательных функций, а 10% из них становятся тяжелыми инвалидами и нуждаются в посторонней помощи [11]. При этом острые нарушения мозгового кровообращения все чаще развиваются у лиц работоспособного возраста [8]. Частота ВНК составляет 12-15 на 100 тысяч населения в год и примерно в 2 раза превышает заболеваемость субарахноидальным кровоизлиянием (САК) [16, 17, 19]. Частота ВНК увеличивается в 2 раза с каждым десятилетием жизни, а после 80 лет она возрастает сразу в 25 раз по сравнению с предыдущим десятилетием. ВНК возникает обычно во время повседневной активности и редко во время сна, что связывают с повышением АД или мозгового кровотока [3, 5-7]. Смертность при ВНК в первые 30 дней составляет 44 - 52% [12, 13]. Главной причиной летального исхода является компрессионно-дислокационный синдром, развивающийся обычно в течение 1-2 недель и главным образом у больных, имеющих балл по шкале комы Глазго (ШКГ) <7 [10]. ВНК может быть в виде гематомы или очага геморрагического пропитывания. Ведущим механизмом образования гематомы являются разрывы патологически измененных стенок церебральных сосудов. Геморрагическое пропитывание, характеризующееся небольшими размерами очага и нечетко выраженными границами, возникает вследствие диapedеза эритроцитов из мелких сосудов [18, 20]. Классические клинические проявления ВНК включают симптомы, связанные с интракраниальной гипертензией, и очаговый неврологический дефицит.

Очаговые нарушения определяются локализацией и размером ВНК. Сравнительно небольшую группу ВНК составляют нетравматические оболочечные гематомы. Факторами риска их развития служат коагулопатии, включая проводимую антикоагулянтную терапию, АГ, сосудистые аномалии, опухоли, инфекции, алкоголизм, судороги, гиповитаминоз [14, 15].

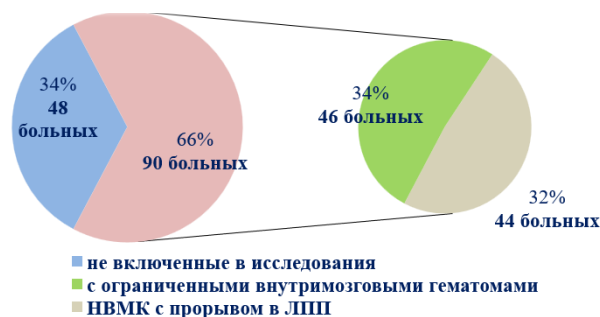
Только КТ и МРТ являются методами, позволяющими надежно диагностировать ВНК и отличить геморрагию от инфаркта. В отсутствии нейровизуализации ошибки в распознавании характера инсульта имеют место в 1/3 всех случаев [11].

Цель исследования: Выявить клинико-нейровизуализационные особенности различных типов внутримозговых и оболочечных нетравматических кровоизлияний.

Материалы и методы исследования. Осуществлена выборка пациентов с кровоизлиянием в головной мозг, получавших лечение в РНИ-ЦЭМПФФ за период с 2020 по 2022 года. В этот период в клинику госпитализировано 138 больных с кровоизлиянием в головной мозг. Согласно заявленным критериям включения и исключения в исследование вошли 90 пациентов с НВМК. В зависимости от наличия прорыва крови в ЛПП все больные были разделены на две основные группы.

Первую группу составили 46 пациента с ограниченными внутримозговыми гематомами, вторую – 44 пациентов, имеющих НВМК с прорывом в ЛПП (рисунок-1). Таким образом, среди всех наших пациентов НВМК практически одинаково часто протекало как в виде ограниченных гематом, так и гематом с прорывом крови в ЛПП.

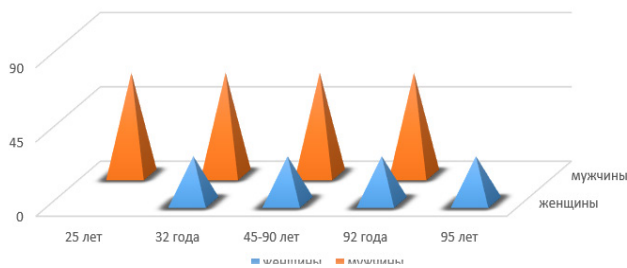
Рисунок 1. Выборка пациентов с кровоизлиянием в головной мозг для исследования.



Возраст всех пациентов составил от 25 до 95 лет. Средний возраст = 71,61 лет \pm 0,96 года. Из них 94 (68%) мужчин в возрасте от 25 до 92 лет. Средний возраст мужчин составил 58 \pm 0,5 лет. Их всех пациентов 44 (32 %) женщины в возрасте от 32 до 95 лет. Средний возраст женщин составил 63 \pm 0,5 года. При статистической обработке было доказано, что среди всех пациентов достоверно чаще преобладали мужчины ($p < 0,0001$).

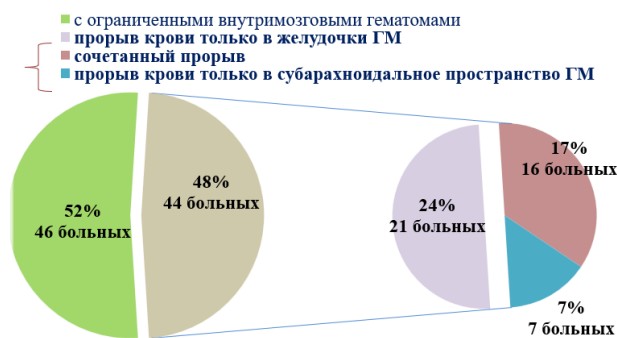
Между пациентами первой и второй групп не было выявлено достоверных отличий, как по возрасту, так и по полу ($p>0,5$) (рисунок-2).

Рисунок 2. Возрастные особенности исследованных больных.



Все пациенты Группы 2 были разделены на три подгруппы в зависимости от локализации прорыва (рисунок-3). По данным нейровизуализации прорыв крови только в желудочки головного мозга имели 21 (47,7% от всех пациентов 2 группы). Так называемый «сочетанный прорыв» (и в желудочки и в субарахноидальное пространство) имели 16 (36,4% от всех пациентов 2 группы). Прорыв крови в субарахноидальное пространство наблюдался у 7 пациентов (в 15,9% случаев).

Рисунок 3. Локализация прорыва крови при НВМК.



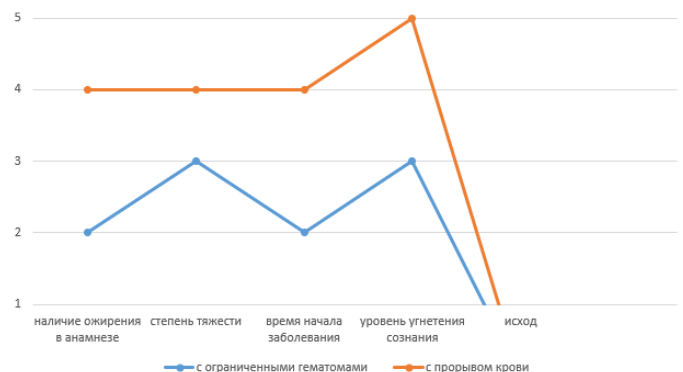
При поступлении и в динамике всем больным проводили комплексное обследование. Клинико-неврологический осмотр пациентов проводился по общепринятой методике в соответствии с методическими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи при ОНМК. У пациентов, принимающих антикоагулянты, обязательно уточнялась схема терапии, группы препаратов, дозировки, регулярность приема и последняя перед данной госпитализацией дата контроля лабораторных показателей, контролирующих эффективность данных препаратов. Использовались методы статистической обработки.

Результаты исследования: При анализе данных

о времени начала заболевания и связи со стрессом и физической нагрузкой не было выявлено достоверных отличий при различной локализации прорыва крови в ЛПП ($p>0,05$).

Уровень сознания пациентов при поступлении в зависимости от наличия прорыва, и от локализации прорыва. Статистический анализ вышеперечисленных данных убедительно показал, что степень угнетения сознания у пациентов с прорывом крови в ЛПП была достоверно выше, чем у пациентов с ограниченными гематомами ($p<0,0001$). Причем, при «сочетанной» локализации прорыва степень угнетения сознания была достоверно выше, чем при изолированном прорыве в желудочки головного мозга или в субарахноидальное пространство ($p<0,0001$). При анализе наличия ожирения мы не выявили достоверных отличий между пациентами двух групп ($p>0,05$). Подавляющее большинство наших пациентов (73,27%) имели индекс массы тела в пределах возрастной нормы. Пациентов с ожирением разной степени выраженности было 24 (26,73%) из 90. Однако, были выявлены достоверные статистические отличия по степени ожирения между пациентами двух групп (ожирение 2 ст. достоверно чаще встречалось среди пациентов группы 1, а ожирение 3 ст. – среди пациентов группы 2 ($p<0,05$)) (рисунок-4).

Рисунок 4. Отличительные особенности 2-х исследуемых групп.

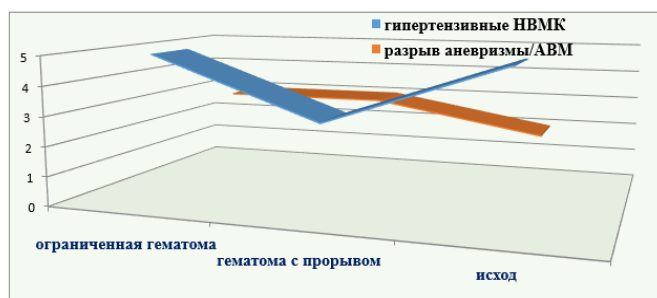


Согласно поставленным цели и задачам нашего исследования, мы проанализировали наиболее вероятные этиологические факторы и исход острого периода заболевания в зависимости от наличия и локализации прорыва крови в ЛПП (рисунок 5). Таким образом, между пациентами первой и

второй групп не было выявлено достоверных отличий в этиологии НВМК ($p > 0,05$). Наиболее часто мы сталкивались с гипертензивными НВМК, которые достоверно чаще заканчивались летальным исходом при наличии прорыва крови в ЛПП ($p < 0,0001$).

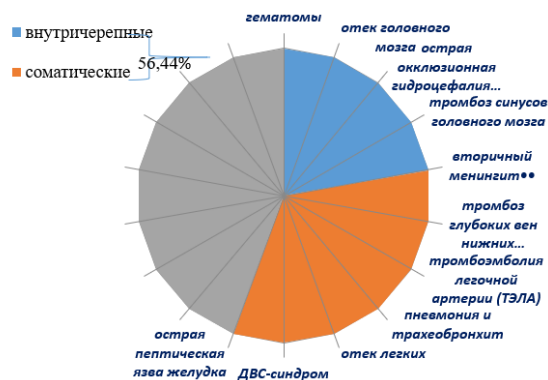
Разрыв аневризмы/АВМ примерно одинаково часто приводил к НВМК в виде ограниченных гематом и гематом с прорывом ($p > 0,38$). Однако, все 7 (в 100% случаев) пациентов, имеющих НВМК в результате разрыва аневризм/АВМ, выжили. А среди пациентов с прорывом крови в ЛПП 6 (54,5%) умерло в остром периоде заболевания ($p < 0,037$). Анализ исхода в случае НВМК на фоне ЦАА, редких причин заболевания и в случае неизвестной этиологии не выявил статистически значимых отличий в этиологии заболевания и исхода острого периода между пациентами Группы 1 и Группы 2 ($p > 0,05$). Статистический анализ данных показал, что причины НВМК при различной локализации прорыва крови в ЛПП значимо различались ($p < 0,05$). Гипертензивные НВМК достоверно чаще протекали с изолированным прорывом крови, чем с «сочетанным» ($p < 0,0002$). Однако, пациенты с гипертензивными НВМК с изолированным прорывом (в желудочки или субарахноидальное пространство) достоверно чаще выживали в течение острого периода заболевания, в то время как все 100% пациентов с «сочетанным» прорывом умирали до 28 суток заболевания ($p < 0,0001$). В случаях НВМК в результате разрыва аневризмы мы не выявили достоверных отличий при различной локализации прорыва и исхода заболевания ($p > 0,31$).

Рисунок 5. Этиологические аспекты пациентов с НВМК.



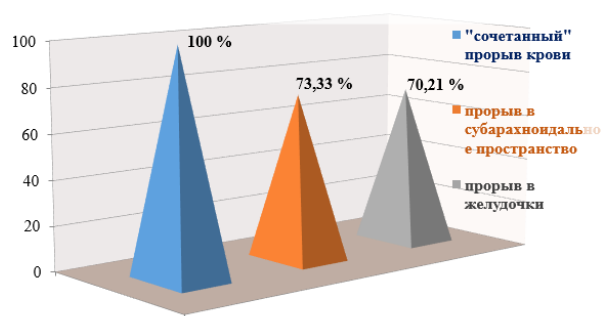
Согласно поставленным задачам исследования в нашей работе мы оценивали частоту возникновения и структуру осложнений острого периода (до 28 суток от начала заболевания) НВМК.

Рисунок 6. Структура осложнений острого периода (до 28 суток от начала заболевания) НВМК.



Все осложнения были разделены на внутричерепные и соматические. К внутричерепным осложнениям мы отнесли непосредственное объемное воздействие гематомы, отек головного мозга, острую окклюзионную гидроцефалию (ООГ), тромбоз синусов головного мозга, вторичный менингит. К соматическим – тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВНК), тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА), пневмонию и трахеобронхит, отек легких, ДВС-синдром, острую пептическую язву желудка.

Рисунок 7. Достоверные отличия в структуре осложнений острого периода НВМК в зависимости от локализации прорыва крови в ЛПП.



Статистический анализ данных показал, что в группе пациентов с прорывом крови в ЛПП осложнения возникали достоверно чаще, чем в группе с ограниченными гематомами ($p < 0,0001$). Таким образом, течение острого периода НВМК с прорывом крови в ЛПП характеризовалось не только достоверно более частыми, но и более тяжелыми осложнениями. В нашей работе мы также проанализировали частоту встречаемости и структуру осложнений острого периода НВМК в зависимости от

локализации прорыва крови в ликворопроводящие пути.

При статистическом анализе данных были выявлены достоверные отличия в структуре осложнений острого периода НВМК в зависимости от локализации прорыва крови в ЛПП ($p < 0,05$).

Заключение: 1. Нетравматические внутримозговые кровоизлияния одинаково часто протекают как в виде ограниченных гематом, так и с прорывом крови в ЛПП. Локализация прорыва крови значимо влияет на клиническое течение, структуру осложнений и исход острого периода заболевания. Отек мозга и отек легких – неблагоприятные прогностические факторы, как в первой, так и во второй группах. Пневмония, ТЭЛА, ДВС-синдром, ООГ являются неблагоприятными факторами только в группе с прорывом.

2. Учитывая сроки развития осложнений при НВМК, таких как: отёк головного мозга (до суток от момента развития инсульта), острая окклюзионная гидроцефалия, ТЭЛА, острый инфаркт миокарда, лечебные мероприятия надо проводить совместно с терапевтами, кардиологами, эндокринологами для более целенаправленно правильного этиопатогенетического и симптоматического лечения во избежание осложнений и летального исхода больных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Инсульт: состояние проблемы // В сб: Труды всерос. общества неврологов России «Неотложные состояния в неврологии». М., 2001. - вып. 1. - С.5-12.
2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А., Гераскина Л.А., Яхно Н.Н. и др. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения: метод. рекомендации. – М., 2000. – 24 с.
3. Виленский Б.С. Неотложные состояния в неврологии. – СПб., 2006.
4. Виленский Б. С. Современная тактика борьбы с инсультом / Б. С. Виленский: - СПб: ФОЛИАНТ, 2005. -288 с.
5. Гусев Е.И. Проблема инсульта в России. // Журн. невро. и психиатр. -2003г.-№9.-Стр.3-7.
6. Дзяк Л. А. Артериальные аневризмы и артериовенозные мальформации головного мозга: учеб. пособие / Л: А. Дзяк, Н. А. Зорин, В. А. Голик и соавт. Днепропетровск: Пороги, 2003; —137 с.
7. Жулев, Н. М. Инсульт экстракраниального генеза / Н. М. Жулев, Н. А. Яковлев, Д. В. Кандыбаи соавт. СПб.: СПб<МАИО, 2004. - 588 с.
8. Карлов, В. А. Неврология: рук. для врач. / В. А. Карлов. 2-е изд., перераб. и доп. -М.: Мед. информ. агентство, 2002. С. 127-139.
9. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Парфенов А.Л., Ефременко С.В., Пирадов А.М. и др. Рекомендательный протокол по ведению больных с гипертензивными внутримозговыми гематомами // Вопросы нейрохирургии. 2007, №4. – С. 3–9.
10. Лихтерман Л.Б. Травматические субдуральные гематомы головного мозга // Вопросы нейрохирургии. М., - 2002. - № 2. - С. 4-7.
11. Мурадимова, А. Р., & Ахмедова, Ф. Ш. (2019). Сестринский уход за пациентами при геморрагическом инсульте. In Инновации в медицине (pp. 188-192).
12. Мурадимова, А. Р., Усманова, Д. Д., & Садиков, У. Т. (2020, October). Пересекающие параллели: сосудистая деменция и ишемическая болезнь сердца. in научно-практическая конференция с международным участием «актуальные проблемы патофизиологии» (Vol. 28, p. 85).

13. Мурадилова, А. Р. (2019). Клинико-неврологические особенности течения сосудистой эпилепсии, прогнозирования и лечения. In *Инновации в медицине* (pp. 178-182).

14. Ахмедова, Ф. Ш., Ахмедова, Е. А., Мурадилова, А. Р., & Абдужаппарова, Н. Э. (2019). Нарушения когнитивных функций при посттравматической энцефалопатии. In *Инновации в медицине* (pp. 166-173).

15. Мурадилова, А. Р. (2019). Клинико-диагностические аспекты и современные подходы к лечению сосудистой деменции. In *Инновации в медицине* (pp. 185-188).

16. Усманова, Д. Д., Мурадилова, А. Р., & Ашуралиев, И. М. (2019). Нейротрофические белки крови и их корреляции с факторами сосудистого риска у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией, осложненной сосудистой деменцией. Редакционная

коллегия, 12.

17. Мурадилова, А. Р. (2019). Клинико-неврологические особенности течения сосудистой эпилепсии, прогнозирования и лечения. In *Инновации в медицине. Материалы I международной научно-практической конференции-Махачкала, 2019.-Том. II.-232 с.* (p. 178).

18. Rashidovna, A. M., & Usmanova, D. D. *Vascular dementia: neuroimaging aspects.* Биомедицина ва амалиёт журнали, 200.

19. Мурадилова, А. Р. (2019). Нейрофизиологический аспект метаболической терапии хронической церебральной ишемии. In *Инновации в медицине* (pp. 192-197).

20. Одинак М., Дыскин Д. Е. *Клиническая диагностика в неврологии: рук. для врач.* // М., СПб.: Спец. Лит, 2007. - Гл. 12. - С.430-483.

Информация об авторх:

© МУРАДИМОВА А.Р. - Ферганский медицинский институт общественного здоровья, г.Фергана.

Muallif haqida ma'lumot:

© MURADIMOVA A.R.– Farg'ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti, Farg'ona sh.

Information about the authors:

© MURADIMOVA A.R.– Fergana medical institute of public health, Fergana.