

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ У ХВОРИХ, ЩО
ПЕРЕНЕСЛИ АНЕВРИЗМАЛЬНИЙ СУБАРАХНОЇДАЛЬНИЙ
КРОВОВИЛИВ

Дуве Х.В.

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я.
Горбачевського МОЗ України”

Кафедра неврології, психіатрії, наркології та медичної психології

Частота субарахноїдального крововиливу (САК) складає 6-16, а смертність від САК – 3,2 на 100 тисяч населення.(Міщенко Т.С.,2013; Зозуля І.С.,2014). Клінічна симптоматика в гострому періоді та частково і у відновному та резидуальних періодах аСАК залежить від ряду факторів: локалізації аневризми, масивності крововиливу, наявності оклюзії лікворних шляхів, дислокаційного синдрому, набряку мозку і вазоспазму.

До недавніх часів вважалось, що при закритті аневризми оперативним шляхом настає повне виліковування пацієнта. Однак, численні наукові дослідження свідчать про наявність у пацієнтів цілої низки розладів: головного болю, порушення сенсорних відчуттів, епіпадів, змін когнітивної сфери, депресії, тривожності, тощо. (Nieuwkamp D. J. et al, 2009; Passier P. et al, 2010; Rinkel G. J.,2011; Ross S. et al, 2013). Зважаючи на те, що літературні дані щодо клінічної симптоматики у пацієнтів, що перенесли аСАК є фрагментарними та суперечливими, вивчення особливостей клінічних проявів у пацієнтів залежно від віку, тривалості захворювання, форми САК є актуальним.

Мета: уточнення клінічних особливостей у пацієнтів у відновному та резидуальному періодах аСАК.

Матеріал та методи. Обстежено 80 пацієнтів (48 чоловіків, 32 жінок) у віці від 21 до 62 років, які перенесли аСАК. Розподіл за катамнезом був наступний: до 6 місяців–17 (21,25%), від 6 до 12 місяців–11 (13,75%), від 1

до 3 років–9 (11,25%), 3-5 років–10 (12,5%), 5-10 років–24 (30%), більше 10 років–9 (11,25%).

Субарахноїдальний крововилив перенесли 29(36,25%) пацієнтів, субарахноїдально-паренхіматозний–33(41,25%), субарахноїдально-вентрикулярний-12(15%), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний-6(7,5%) пацієнтів.

Методи дослідження: загально-клінічні, клініко-неврологічні, інструментальні (МРТ, КТ, УЗДГ), статистичні.

Результати дослідження. При аналізі неврологічної симптоматики встановлено, що ведучими синдромами були: цефалгічний - 88,75%, лікворно-динамічних порушень - 72,5%, когнітивних розладів - 75%, емоційно-вольових порушень - 67,5 %. Синдроми пірамідної та екстрапірамідної недостатності виявляли у 53,75% та у 42,50 % пацієнтів, центральні парези -у 26,25%, чутливі розлади – у 42,50%. Вестибулярний, вестибуло-атактичний та синдром мозочкової недостатності діагностовано у 28,75%, 15% та 13,75%, відповідно. 16 (20%) пацієнтів мали судомний синдром. Нюхові, зорові та окорухові розлади мали 8,75%, 15% та 11,25 % хворих. У пацієнтів з різним катамнезом домінували цефалгічний синдром, когнітивні та емоційно-вольові порушення. Синдром лікворно-динамічних розладів найчастіше діагностували у пацієнтів з катамнезом 1-3 роки та 3-5 років, екстрапірамідні розлади – у хворих з катамнезом 3-5 та 5-10 років.

I ступінь інвалідизації мали 23 (28,75%), II ступінь - 34(42,5%), III ступінь - 22(27,5%), IV ступінь-1(1,25%) пацієнтів. Абсолютно незалежними від сторонньої допомоги були 53 (66,25%), проте 27 (33,75%) мали залежність від сторонньої допомоги.

У ранньому відновному періоді хворі мали переважно I,II,III ступені інвалідизації, у пізньому відновному – лише I і II ступені, у групах з катамнезом 1-3, 3-5, 5-10 років була відносна стабільність показників інвалідизації, проте при катамнезі більше 10 років – відбувалось наростання ступеня інвалідизації.

Ступінь інвалідизації залежала від форми аСАК – найгірші показники спостерігали при субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярному та субарахноїдально-паренхіматозному крововиливі.

Висновки: 1. Ведучими неврологічними синдромами у хворих після перенесеного аСАК були цефалгічний (88,75%), лікворно-динамічних (72,5%), когнітивних (75%) та емоційно-вольових розладів (67,5%).

2. Найбільший відсоток пацієнтів (42,5%) мали II ступінь інвалідизації, I та III ступені мали 28,75% та 27,5% пацієнтів, відповідно.

3. Найвищі показники інвалідизації мали пацієнти з субарахноїдально-паренхіматозним та субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярним крововиливом.