

# ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СУБАРАХНОИДАЛЬНОГО КРОВОИЗЛИЯНИЯ У ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Н.М. БУЧАКЧИЙСКАЯ<sup>1</sup>, К.Ю. ПОЛКОВНИКОВА<sup>1</sup>,  
А.Ю. ПОЛКОВНИКОВ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»,  
г. Запорожье

<sup>2</sup> Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

**Цель работы** — выявить факторы риска развития субарахноидального кровоизлияния (САК) у лиц разных возрастных групп (по классификации ВОЗ (2009)); провести оценку клинической картины с использованием неврологических шкал для прогнозирования тяжести течения и исхода САК.

**Материалы и методы.** Обследован 81 пациент с САК. В 38 случаях выявлены мешотчатые аневризмы. Проанализирована частота факторов риска развития САК. С использованием специализированных шкал проведено сравнение клинических данных лиц разных возрастных групп и половой принадлежности.

**Результаты.** Выявлено преобладание пациентов женского пола, а также лиц раннего зрелого возраста. Несмотря на преобладание пациентов с 4-мя баллами по шкале Фишера, частота благоприятного исхода по шкале C.S. Ogilvy et B.S. Carter составила 85,1 %.

**Выводы.** Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более тщательного обследования пациентов молодого и раннего зрелого возраста на догоспитальном этапе, в частности пациентов с гипертонической болезнью, частыми приступами головной боли, впервые возникшими судорожными приступами, для своевременного оказания им специализированной помощи.

**Ключевые слова:** субарахноидальное кровоизлияние, факторы риска, возраст, клинические шкалы, прогноз заболевания.

Субарахноидальное кровоизлияние (САК) — одна из форм острого нарушения мозгового кровообращения. Его доля в структуре остро-

го нарушения мозгового кровообращения составляет от 5 до 10 %. САК — угрожающее жизни состояние, которое может привести к тяжелой инвалидизации пациента несмотря на раннюю диагностику и адекватное лечение. В 30 % случаев САК приводит к летальному исходу в первые две недели заболевания. 10–15 % больных погибают на догоспитальном этапе [1].

Основной причиной развития САК является разрыв мешотчатой аневризмы (МА) сосуда головного мозга (в 50–90 % случаев), в 15 % случаев причина остается неустановлен-

Полковников Алексей Юрьевич  
врач-нейрохирург отделения нейрохирургии КУ  
«ЗОКБ» ЗОС; врач-рентгенолог отделения рентгено-  
ангиографии и эндоваскулярной хирургии КУ «ЗОКБ»  
ЗОС, ассистент кафедры медицины катастроф,  
военной медицины, анестезиологии и реаниматоло-  
гии Запорожского государственного медицинского  
университета  
Адрес: 69600, г. Запорожье, ул. Ореховское шоссе, 10,  
КУ «ЗОКБ» ЗОС  
E-mail: aupolkovnikov@gmail.com

Таблиця 1. Шкала Фишера

Балл	Визуализация кровоизлияния
1	Не визуализируется
2	Толщина сгустка менее 1 мм
3	Толщина сгустка более 1 мм
4	Любая толщина с внутрижелудочковым кровоизлиянием или распространением на паренхиму головного мозга

ной. Частота артериовенозных мальформаций (АВМ) составляет 5–7 %. Частота аневризм сосудов головного мозга составляет у женщин 12, у мужчин — 7 случаев на 100 тыс. населения в год (Т.С. Мищенко и др., 2013).

В Украине в последние годы отмечается увеличение частоты САК (Ю.А. Зозуля и др., 2013).

*Цель работы* — выявить факторы риска развития субарахноидального кровоизлияния (САК) у лиц разных возрастных групп (по классификации ВОЗ (2009)); провести оценку клинической картины с использованием неврологических шкал для прогнозирования тяжести течения и исхода САК.

### Материалы и методы

Обследован 81 пациент с САК, из них 38 (46,9 %) с изолированным САК, 15 (18,5 %) — с субарахноидально-паренхиматозным, 16 (19,7 %) — с субарахноидально-вентрикулярным, 12 (14,8 %) — с субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярным кровоизлиянием, то есть общее количество смешанных кровоизлияний составило 53 %. САК вследствие разрыва МА подтверждено ангиографическим методом у 38 пациентов, у 5 из них произошло повторное кровоизлияние из разорвавшейся МА. В оставшихся случаях наличие МА или АВМ инструментально не подтвердилось, однако ангиографическое обследование этим пациентам проведено однократно. По данным G. Rinkel [8], в 20–30 % случаев САК при ангиографическом исследовании в острейший период кровоизлияния возможно спонтанное тромбирование полости аневризмы, что обуславливает необходимость повторного обследования в отдаленный период из-за возможной реканализации полости аневризмы.

Использовали следующие шкалы: ком Глазго, тяжести состояния Ханта–Хесса [4], Фишера (табл. 1), в которой использована классификация, основанная на визуализации САК при проведении компьютерной томографии [3].

Шкала Фишера была модифицирована Клаассеном и соавт. в 2001 г. с учетом объема кровоизлияния и наличия крови в желудочках головного мозга [2].

В работе также были использованы классификация Всемирной организации нейрохирургов для оценки тяжести САК (WFNS) [9] и обобщающая классификационная шкала C.S. Ogilvy et B.S. Carter для оценки прогноза исхода САК (табл. 2) [6]. В данной шкале для оценки прогноза течения заболевания использованы пять критериев, каждый из которых оценен 1 баллом. Общая сумма баллов соответствует проценту вероятности благоприятного прогноза исхода САК (табл. 3).

### Результаты

Выявлены следующие эпидемиологические данные:

- преобладали лица женского пола 49 (60,5 %);

- среди пациентов обоего пола преобладали лица раннего зрелого возраста: у женщин — 63,2 %, у мужчин — 50 % (см. рисунок).

Факторы риска развития САК:

- наличие в семейном анамнезе САК у родственников — у 3 (3,7 %) пациентов;

- наличие в анамнезе вредных привычек: курение — у 27 (84,4 %) мужчин и 7 (14,3 %) женщин; злоупотребление алкоголем — у 5 (15,6 %) мужчин и 1 (2 %) женщины;

- наличие в анамнезе гипертонической болезни — у 17 (53,1 %) мужчин и 28 (57,1 %) женщин;

**Таблиця 2.** *Обобщающая классификационная шкала для оценки прогноза исхода САК*  
C.S. Ogilvy et B.S. Carter

Критерии	Баллы
Возраст старше 50 лет	1
По шкале Ханта–Хесса 4 или 5 баллов	1
По шкале Фишера 3 или 4 балла	1
Наличие МА размером более 10 мм	1
Наличие МА вертебробазилярного бассейна размером 25 мм	1

**Таблиця 3.** *Оценка прогноза исхода САК*

Сумма баллов по критериям	Процент вероятности исхода заболевания
0–2	78–80 % — благоприятный исход
3	65–67 % — менее благоприятный исход
4–5	25 % — неблагоприятный исход

– у одной пациентки причиной САК была передозировка антикоагулянтов (1,2 %);  
– наличие в анамнезе сахарного диабета 2 типа — чаще встречался у женщин раннего зрелого возраста (9 (11,1 %));

Основные симптомы, диагностированные у больных с САК [5, 7]:

I. Интенсивная головная боль в затылочной области — у 78 (96,2 %) пациентов.

II. Тошнота и рвота — у 65 (80,2 %) пациентов.

III. Угнетение сознания до оглушения с частичной дезориентацией — у 21 (25,9 %) пациента.

IV. Потеря сознания с судорожным приступом — у 9 (11,1 %) пациентов.

V. Потеря сознания без судорог — у 7 (8,6 %) пациентов.

По шкале Ханта–Хесса I степень тяжести выявлена в 31 (38,2 %) случае (у 20 женщин и 11 мужчин), II и III степень встречались у женщин с одинаковой частотой, а у мужчин преобладала II степень.

Доли пациентов с I и III степенью тяжести по шкале WFNS были близки — соответственно 38,2 % (31) и 33,3 % (27), со II степенью — 20,9 % (17), с IV степенью — 7,4 % (6).

С 4 баллами по шкале Фишера доминировала группа раннего зрелого возраста, как у мужчин, так и у женщин, что объясняется большей долей больных со смешанным кровоизлиянием (53 %), а также 2 балла по шкале

Фишера мы наблюдали чаще у пациентов молодого возраста обоих полов.

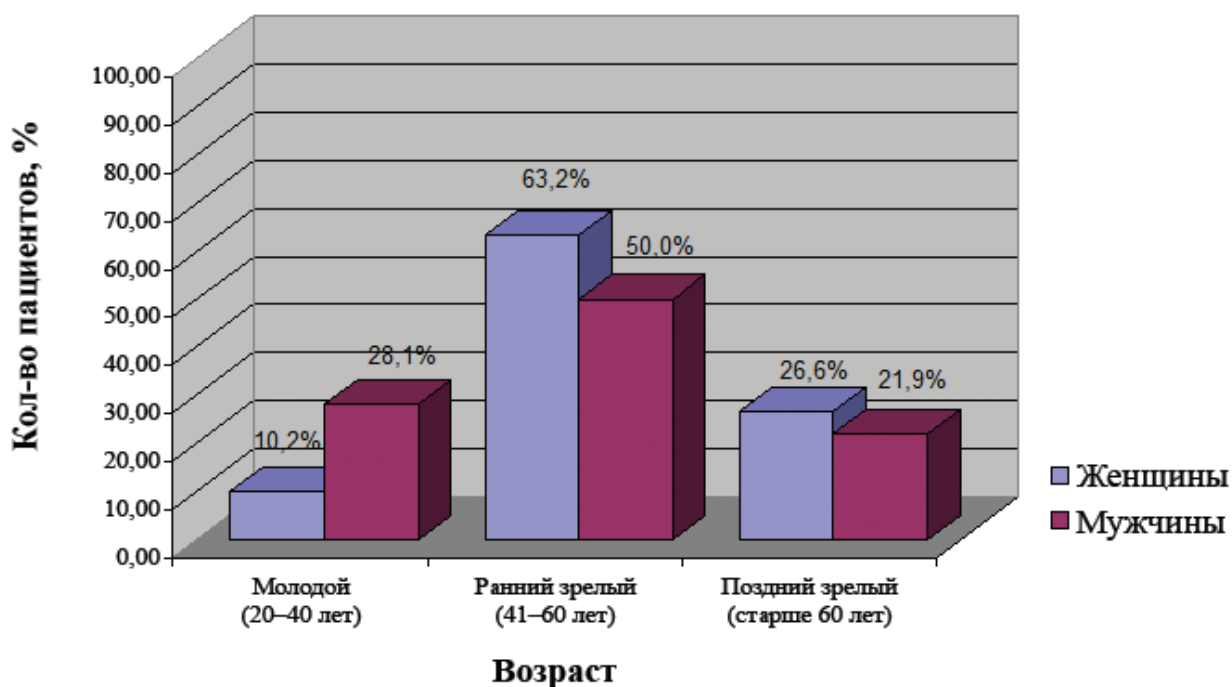
Согласно классификационной шкале C.S. Ogilvy et B.S. Carter благоприятный прогноз установлен у 69 (85,1 %) пациентов, менее благоприятный — у 10 (12,3 %), неблагоприятный — у 2 (2,5 %), что обосновывает необходимость использования данной шкалы для оценки прогноза исхода заболевания.

### Обсуждение

Полученные результаты свидетельствуют о преобладании среди пациентов с САК лиц женского пола преимущественно раннего зрелого возраста, что соответствует данным, полученным другими исследователями. Среди факторов риска значимыми являются артериальная гипертензия, курение и злоупотребление алкоголем.

Ни одна из шкал не может быть использована в качестве единственного ориентира для лечения заболевания. При поступлении в стационар, неврологическое состояние пациента, особенно уровень сознания, и наличие выраженного неврологического дефицита являются важными критериями возможного исхода заболевания. Установлено, что прогностическую шкалу Огилви необходимо использовать вместе с клиническими шкалами, так как их результаты дополняют друг друга.

Таким образом, исход заболевания зависит от ряда факторов, некоторые из которых вза-



*Рисунок. Доля пациентов с САК в разных возрастных группах и гендерном соотношении*

имосвязаны: возраст пациента, локализация аневризмы, наличие значимых факторов риска, уровень сознания и грубый неврологический дефицит при поступлении, количество крови в субарахноидальном пространстве (по данным компьютерной томографии).

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о преобладании среди пациентов с САК лиц женского пола преимущественно раннего зрелого возраста, что соответствует данным, полученным другими исследователями.

Установлено, что прогностическую шкалу необходимо использовать вместе с клиническими шкалами, так как их результаты дополняют друг друга.

## Выводы

1. Проведенный анализ показал, что САК в основном поражает лиц раннего зрелого и

молодого возраста, из них 80–90 % до кровоизлияния были трудоспособными.

2. Среди факторов риска развития САК у пациентов лидировала гипертоническая болезнь, что свидетельствует о необходимости назначения адекватной гипотензивной терапии совместно с кардиологом.

3. Использование обобщающей классификационной шкалы Огилви и Картера для оценки прогноза исхода САК вместе с традиционно применяемыми клиническими шкалами способствует адекватной тактике ведения и динамическому контролю за пациентами.

4. Тесное сотрудничество неврологов поликлиник, семейных врачей, кардиологов и нейрохирургов будет способствовать увеличению количества пациентов с данной патологией, своевременно направленных в специализированные отделения для обследования и оказания адекватной помощи.

## Список литературы

1. Свистов Д.В., Щеголев А.В., Тихомирова О.В., Фадеев Б.П. Субарахноидальное кровоизлияние // Практическая нейрохирургия / Под ред. Б.В. Гайдара. — СПб: Гиппократ, 2002. — С. 282–648.
2. Claassen J., Bernardini G.L., Kreiter K. et al. Effect of cisternal and ventricular blood on risk of delayed cerebral ischemia after subarachnoid hemorrhage: the Fisher scale revisited // Stroke. — 2001. — Vol. 32 (9). — P. 2012–2020.
3. Fisher C., Kistler J., Davis J. Relation of cerebral vasospasm to subarachnoid hemorrhage visualized by computerized tomographic scanning // Neurosurg. — 1980. — N 6 (1). — P. 1–9.
4. Hunt W., Hess R. Surgical risk as related to time of

- intervention in the repair of intracranial aneurysms // J. Neurosurg. — 1968. — Vol. 28 (1). — P. 14–20.
5. Longmore Murray Oxford Handbook of Clinical Medicine. — 7th ed. — Oxford University Press, 2007. — P. 841.
  6. Ogilvy C.S., Carter B.S. A proposed comprehensive grading system to predict outcome for surgical management of intracranial aneurysms // Neurosurgery. — 1988. — Vol. 42 (5). — P. 959–968.
  7. Ramrakha Punit Oxford Handbook of Acute Medicine. — 2nd ed. — Oxford University Press, 2007. — P. 466–470.
  8. Rinkel G.J., van Gijn J., Wijdevicks E.F. // Stroke. — 1993. — Vol. 24 (9). — P.14039.
  9. Teasdale G., Drake C., Hunt W. et al. A universal subarachnoid hemorrhage scale: Report of a committee of the World Federation of Neurosurgical Societies // J. Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. — 1988. — Vol. 51 (11). — P. 1457.

## ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ У ХВОРИХ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП

Н.М. БУЧАКЧИЙСЬКА <sup>1</sup>, К.Ю. ПОЛКОВНИКОВА <sup>1</sup>, О.Ю. ПОЛКОВНИКОВ <sup>2</sup>

<sup>1</sup> ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя

<sup>2</sup> Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя

**Мета роботи** — виявити чинники ризику розвитку субарахноїдального крововиливу (САК) у хворих різних вікових груп (за класифікацією ВООЗ (2009)); провести оцінку клінічної картини з використанням неврологічних шкал для прогнозу тяжкості перебігу САК.

**Матеріали та методи.** Обстежено 81 хворого із САК. У 38 випадках виявлено мішкоподібні аневризми. Проаналізовано частоту чинників ризику розвитку САК. З використанням спеціалізованих шкал проведено порівняння клінічних даних хворих різних вікових груп та статевої приналежності.

**Результати.** Виявлено переважання хворих жіночої статі, а також осіб раннього зрілого віку. Незважаючи на переважання хворих з 4-ма балами за шкалою Фішера, частота сприятливого перебігу за шкалою C.S. Ogilvy et B.S. Carter становила 85,1 %.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про необхідність детальнішого обстеження пацієнтів молодого і раннього зрілого віку на догоспітальному етапі, зокрема хворих з гіпертонічною хворобою, частими нападами головного болю, вперше виявленими судомними нападами, для вчасного надання їм спеціалізованої допомоги.

**Ключові слова:** субарахноїдальний крововилив, чинники ризику, вік, клінічні шкали, прогноз захворювання.

## RISK FACTORS AND CLINICAL FEATURES OF THE COURSE OF SUBARACHNOID HEMORRHAGE IN PATIENTS WITH DIFFERENT AGE GROUPS

N.M. BUCHAKCHIYSKAYA <sup>1</sup>, K.YU. POLKOVNIKOVA <sup>1</sup>, A.YU. POLKOVNIKOV <sup>2</sup>

<sup>1</sup> «Zaporozhye Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Ukraine», Zaporozhye

<sup>2</sup> Zaporozhye State Medical University, Zaporozhye

**Objective** — to identify risk factors for subarachnoid hemorrhage (SAH) in patients of different age groups (WHO classification (2009)); to assess the clinical picture with neurological scales to predict the severity and outcome of SAH.

**Materials and methods.** 81 patients with SAH have been examined. Saccular aneurysms have been revealed in 38 cases. The frequency of risk factors for SAH has been analyzed. Comparison of clinical data of persons of different age groups and gender with the use of specialized scales has been done.

**Results.** Prevalence of female patients, as well as those of early adulthood has been revealed. Despite the preponderance of patients with fourth grade lesions of brain structures on Fisher scale, the frequency of a favourable outcome on a C.S. Ogilvy et B.S. Carter scale was 85.1 %.

**Conclusions.** These results indicate the need for a more careful examination of the young patients and patients of mature age at a prehospital stage, in particular patients with essential hypertension, frequent attacks of headache, seizures first emerged, to provide timely, specialized care for them.

**Key words:** subarachnoid hemorrhage, risk factors, age, clinical scale, prognosis of the disease.