

це дві каверноми, розташовані поряд, в межах однієї частки головного мозку. Локалізація каверном була такою: лобна частка — 7 пацієнтів (53,8 %), скронева частка — 4 пацієнта (30,8 %), тім'яна та потилична частки — по 1 пацієнту (по 7,7 %).

Усім пацієнтам виконувалось мікрохірургічне видалення каверноми із застосуванням найбільш оптимального хірургічного доступу залежно від локалізації каверноми. У всіх випадках було виконано тотальну резекцію каверноми, що було підтверджено МР-обстеженням через 3 місяці після операції. Результати хірургічного втручання оцінювалися за шкалою Engel.

**Результати та їх обговорення.** У 6 пацієнтів мали місце складні парціальні напади (46,2 %), у 5 випадках — вторинно-генералізовані напади (38,5 %), у 1 пацієнта — первинно-генералізовані напади (7,7 %), а в 1 випадку — прості парціальні напади (7,7 %).

Результати хірургічного втручання: Engel I — 9 пацієнтів (69,2 %), Engel II — 3 пацієнта (23,1 %), Engel III — 1 пацієнт (7,7 %). Предикторами відмінного результату хірургічного втручання були менша тривалість захворювання та незначна частота судом в доопераційному періоді. Усі пацієнти з груп Engel II та III мали тривалість захворювання більше 2 років, а 2 з 4 пацієнтів (50 %) були фармакорезистентними.

**Висновки.** 1. Епілептогенність супратенторіальних каверном у нашому дослідженні становила 65 %.

2. Найбільш часто судомним синдромом проявлялись каверноми лобної та скроневої часток головного мозку.

3. Хірургічне лікування є ефективним методом лікування супратенторіальних каверном головного мозку, що проявляються судомним синдромом (Engel I та II — 92,3 %).

УДК (616.831.94-005.1-06:616.13-007.64-001.5):616.092

СОЛОДОВНИКОВА Ю., СОН А.

Одеський національний медичний університет,  
Україна

Валіховський пров., 2, 65082, Одеса, Україна

E-mail: julie-sinel@ukr.net

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СУБАРАХНОЇДАЛЬНИМ КРОВОВИЛИВОМ УНАСЛІДОК РОЗРИВУ АРТЕРІАЛЬНОЇ АНЕВРИЗМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ВАЗОСПАЗМУ

**Актуальність.** Основними причинами смерті хворих із субарахноїдальним крововиливом унаслідок розриву артеріальної аневризми (аСАК) є повторні розриви аневризми, гідроцефалія та ішемічні ускладнення, що виникли внаслідок церебрального вазоспазму (ЦВ). Досі не існує єдиної тактики хірургічного лікування хворих з аСАК. Кліпування дозволяє вимкнути аневризму зі збереженням усіх привідних і відвідних артерій. У випадках, коли через особливості анатомічного розташування і

форму аневризматичного мішка його неможливо вимкнути реконструктивно, проводиться трепінг, тобто вимикання аневризми разом із несучою артерією. Така операція часто закінчується інфарктом мозку і розвитком грубого неврологічного дефіциту.

**Мета:** проаналізувати результати лікування хворих з аСАК залежно від тактики лікування.

**Матеріали та методи.** Проведено рандомізоване пілотне дослідження результатів лікування 218 хворих із аСАК з використанням кореляційного факторного аналізу. З них прооперовано 174 (79,8 %) хворі. Оцінювали ризик розвитку ЦВ, відстроченої ішемії, стан інвалідизації за шкалою Ренкіна (mRs) та рівень летальності у хворих з аСАК залежно від тактики лікування.

**Результати.** У групі прооперованих летальність серед хворих із ЦВ була вірогідно вищою, ніж без нього (ВШ 5,33; 95% ДІ 8,8; 3,2;  $p < 0,01$ ). Летальність була вірогідно вищою у хворих, яких не було прооперовано, як у групі хворих із ЦВ (ВШ 8,00; 95% ДІ 25,4; 2,5;  $p < 0,01$ ), так і без нього (ВШ 15,39; 95% ДІ 27,6; 8,6;  $p < 0,01$ ), порівняно з групою прооперованих хворих. У цілому у хворих з аСАК, яким було виконано трепінг аневризми, летальність була вищою (ВР 2,10; 95% ДІ 0,3; 14,2;  $p > 0,05$ ), ніж у групі кліпування. Тоді як у хворих із ЦВ внаслідок аСАК статистично значущої різниці в результатах лікування між кліпуванням або трепінгом знайдено не було, як у розвитку відстроченої ішемії (ВР 1,65; 95% ДІ 4,1; 0,6;  $p > 0,05$ ), так і у стані інвалідизації (0–3 проти 4–6 mRs) (ВР 0,62; 95% ДІ 1,6; 0,2;  $p > 0,05$ ) або летальності (ВР 0,63; 95% ДІ 4,9; 0,5;  $p > 0,05$ ). ЦВ виявився в цілому незалежним предиктором летального результату в групі всіх прооперованих хворих з аСАК (ВР 7,11; 95% ДІ 17,5; 2,9).

**Висновки.** ЦВ є незалежним предиктором летального результату серед хворих з аСАК незалежно від тактики лікування. Ураховуючи положення про можливий частіший розвиток інфаркту мозку з грубим неврологічним дефіцитом та результати нашого дослідження, треба індивідуально визначати оптимальну тактику оперативного лікування пацієнтів з аСАК.

УДК 616.831-005-036.2(477.54)

ТЕСЛЕНКО О.А., ТЕСЛЕНКО Н.И.

Харьковский национальный медицинский  
университет

E-mail: oteslen@gmail.com

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Согласно официальным данным МЗ Украины, в стране насчитывается более 3 млн больных различными формами цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), что составляет 6–7 % населения (распространенность около 8,5 тыс. на 100 тыс. населения), при этом 95 % всех диагностированных ЦВЗ — это дисциркуляторные энцефалопатии. Смертность