

- сердечно-сосудистой системы / Л.В. Ромасенко, А.В. Недоступ, М.Г. Артюхова, И.М. Пархоменко // Российский психиатрический журнал. – 2007. – №2. – с.81-84.
2. Никольская, И.Н., Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции / И.Н. Никольская, И.А. Гусева, Е.В. Близневская и др. // Лечащий врач. – 2007. – №3. – с.89-91.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПО МЕТОДАМ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ

Кулеш С.Д., Шапоров И.Н., Тименова С.В., Яговдик М.К.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Нетравматическое внутримозговое кровоизлияние является одной из важнейших проблем ангионеврологии. Благодаря внедрению в клинику компьютерной и магнитно-резонансной томографии значительно изменились представления о частоте, тяжести течения и прогнозе кровоизлияний в головной мозг [7]. Определение типа инсульта окончательно диагностируется на основании данных нейровизуализационного исследования. Сегодня необходимость проведения компьютерной томографии для диагностики внутримозгового кровоизлияния (ВМК) не вызывает сомнения.

Цель исследования. Разработать оптимальный диагностический алгоритм нейровизуализационной оценки пациентов с ВМК.

Методы. Проведен анализ литературы с целью выделения наиболее значимых нейрорадиологических характеристик ВМК, ассоциированных с клинической картиной, выбором лечебной тактики и прогнозом исхода ВМК.

Результаты и их обсуждение. Для проведения клинико-нейровизуализационных сопоставлений предложены различные показатели: локализация очага кровоизлияния, его объем и глубина, отношение гематомы к прилежащим структурам головного мозга и объемное воздействие; наличие смещения

структур головного мозга от срединной линии (межполушарная щель, прозрачная перегородка), объем желудочковой системы, прорыв крови в желудочковую систему и/или субарахноидальное пространство, наличие стволового синдрома, наличие атрофии [1]. Однако в настоящее время не существует четких алгоритмов обследования больных с ВМК. В связи с вышеизложенным нами был выработан оптимальный диагностический алгоритм нейровизуализационных исследований пациентов с ВМК, включающий оценку объема и локализации ВМК, количества внутрижелудочковой крови, степени гидроцефалии, смещения средних структур, оценку обходных цистерн. Данные показатели определяют клиническую картину, течение и прогноз ВМК, а также важны для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства. [2, 6, 10].

Объем внутримозгового кровоизлияния рассчитывался с использованием формулы $A \cdot B \cdot C / 2$, где А, В, С обозначают диаметры гематомы в 3 измерениях. Единица измерения миллилитр [9, 11]. Количество внутрижелудочковой крови определялось с использованием метода J. Rusalleda и A. Peiro [8]. Количество внутрижелудочковой крови, визуализированной на КТ, было определено в третьем, четвертом и обоих боковых желудочках в баллах. Все баллы от каждой порции были суммированы. Максимальное количество баллов 12.

Выраженность гидроцефалии была определена путем оценки размеров боковых, третьего и четвертого желудочков. Каждая порция желудочковой системы была оценена в баллах: 0 при отсутствии гидроцефалии, 1 балл при незначительной степени гидроцефалии, 2 балла при умеренной степени, 3 балла – выраженная гидроцефалия [4, 5]. Все баллы суммированы. Максимально возможный балл 24 балла.

Правая и левая части обходной цистерны оценивались как нормально развитые, суженые, компремированные и были оценены 0, 1, 2 балла соответственно. Баллы от каждой стороны были суммированы. Общий максимально возможный балл 4 [7]. Смещение срединных структур было измерено в миллиметрах [12].

Выводы. Разработан комплексный подход в оценке структурных изменений в головном мозге при ВМК, который

позволяет более достоверно судить о степени тяжести и прогнозах течения данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кротенкова, М.В. Диагностика острого инсульта: нейровизуализационные алгоритмы: автореф. ... дис. д-ра мед. наук: 14.01.11; 14.01.13 / М.В. Кротенкова; Рос. акад. мед. наук. – М., 2011. – 45 с.
2. Comparison of active and passive surveillance for cerebrovascular disease: The Brain Attack Surveillance in Corpus Christi (BASIC) Project / P. Piriyaawat [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* – 2002. – Vol. 156. – P. 1062–1069.
3. Computed tomographic diagnosis of intraventricular hemorrhage / D.A. Graeb [et al.] // *Radiology.* – 1982. – Vol. 143. – P. 91–96.
4. Diringer, M.N. Hydrocephalus: A previously unrecognized predictor of poor outcome from supratentorial intracerebral hemorrhage / M.N. Diringer, D.F. Edwards, A.R. Zazulia // *Stroke.* – 1998. – Vol. 29. – P. 1352–1357.
5. Hydrocephalus is a determinant of early mortality in putaminal hemorrhage / T.G. Phan [et al.] // *Stroke.* – 2000. – Vol. 31. – P. 2157–2162.
6. Lobar intracerebral hematomas: clinical and CT analysis of 22 cases / C.S. Kase [et al.] // *Neurology.* – 1982. – Vol. 10. – P. 1146–1150.
7. Primary Intracerebral Hemorrhages in the Besançon Stroke Registry / L. Tatu [et al.] // *Eur. Neurology.* – 2000. – Vol. 43. – P. 209–214.
8. Rusalleda, J. Prognostic factors in intraparenchymatous hematoma with ventricular hemorrhage / J. Rusalleda, A. Peiro // *Neuroradiology.* – 1968. – Vol. 28. – P. 34–37.
9. The ABCs of measuring intracerebral hemorrhage volumes / R.U. Kothari [et al.] // *Stroke.* – 1996. – Vol. 27. – P. 1304–1305.
10. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage / J.C. Hemphill [et al.] // *Stroke.* – 2001. – Vol. 32. – P. 891–897.
11. Volume of intracerebral hemorrhage. A powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality / J.P. Broderick [et al.] // *Stroke.* – 1993. – Vol. 24. – P. 9879–9893.