

ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	НД
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

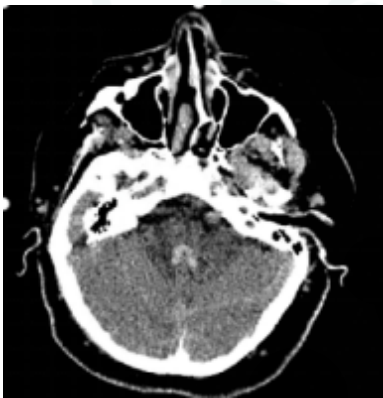
Ч
А
С
О
П
И
С



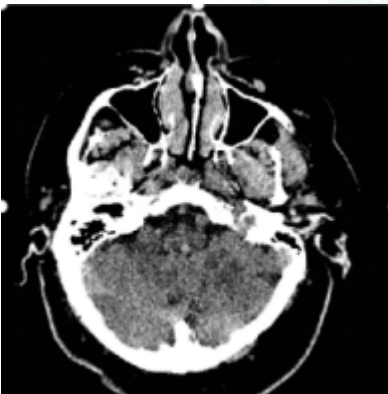
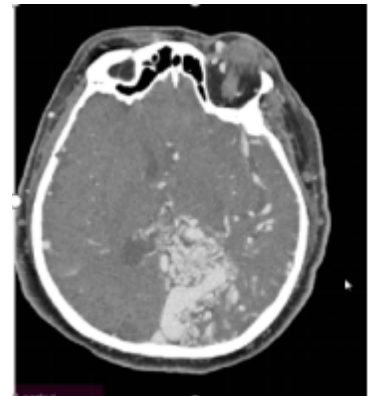
Близько 20% інсультів є геморагічними, з котрих до половини припадає на субарахноїдальний крововилив із внутрішньомозковим крововиливом. Зокрема, якщо поглянути на дані за етіологією, до 85% субарахноїдальних крововиливів є нетравматичними та зумовлені розривом аневризми, переважний середній вік пацієнтів із таким станом 50-55 років, відмічається незначно вища поширеність серед жінок.

Клінічний випадок

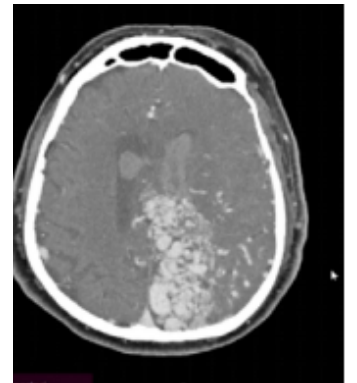
Ми хочемо поділитись з вами двома клінічними випадками, які сталися у практиці у наших колег, оскільки вони ілюструють варіабельність вираженості клінічних проявів, яка нерідко може не корелювати із важкістю стану.



Отже, перша пацієнтка звернулася зі скаргами на дводенний головний біль, у день звернення стан погіршився - на фоні підвищення рівня АТ до 180/100 мм.рт.ст. виникли нудота та блювання, після чого вона звернулася за допомогою. Зазначає, що раніше головний біль її не турбував.



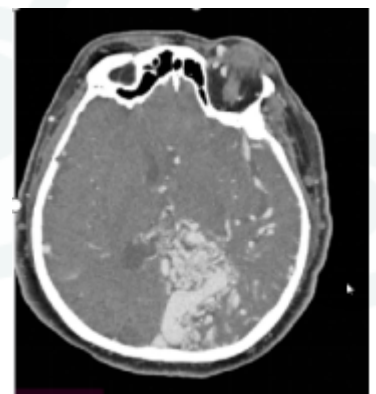
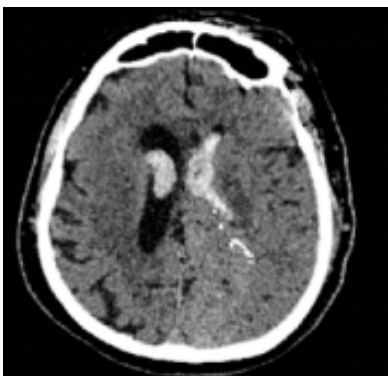
При огляді пацієнтки у статусі вона свідома, контактна, орієнтована, відмічаються середньорозмашистий горизонтальний ністагм та слабкість конвергенції зліва. Інших змін при обстеженні не виявлено.



При проведенні КТ та КТ-ангіо виявлено наступне:

САК з внутрішньошлуночковим крововиливом. Церебральна мікроангіопатія.

AV - мальформація лівої тім'яно-потиличної частки (басейн лівої ЗМА). Мішкоподібна аневризма лівої задньої мозкової артерії на рівні P1. Веретеноподібна аневризма лівої передньої мозкової артерії з переходом на передню сполучну артерію.



Клінічний випадок

Сумісно із нейрохірургами було прийнято рішення про консервативне ведення пацієнтки.

Стан пацієнтки був стабільний без порушень свідомості, появи нових симптомів та наростання неврологічної симптоматики. Хвора отримувала гіпотензивну терапію для контролю рівня САТ в межах до 140 мм.рт.ст, німодипін та ацетамінофен.

Через декілька діб консервативного лікування в умовах стаціонару, у стабільному стані без виражених клінічних симптомів та порушень свідомості, пацієнтка померла уві сні.

Друга пацієнтка звернулась зі скаргами на виражений головний біль на фоні підйому рівня АТ до 170/90 мм.рт.ст. Інші скарги відсутні.

При обстеженні відмічається позитивний симптом Бабінського з обох сторін, ригідність потиличних м'язів та позитивний симптом Керніга з обох сторін.



Дякуємо за надану інформацію по клінічних кейсах колегам Христині Лікар (КП «Лікарня №2 ім. В. П. Павлусенка», м.Житомир) та Руслану Сальнікову (КЛ «Феофанія» ДУС, м.Київ)

КТ головного мозку при поступленні: В базальних відділах лівої лобної частки визначається крововилив, розмірами 40x10x18мм, з перифокальним набряком до 8мм. В субарахноїдальних просторах над обома лобними частками, по ходу серпа головного мозку та цистернах (перпонтинна, міжніжкова, хіазмальна, каротидні) головного мозку геморагічний вміст. Також геморагічний вміст наявний в порожнині 4-го та III- го шлуночків.

Було прийнято рішення про проведення виключення аневризми.

Проведено виключення МА ПСА за допомогою мікроспіралі Cosmos 5-22mm.



В місці анатомічного розташування передньої сполучної артерії - металева спіраль, що дає артефакти.

В передніх базальних відділах лівої лобної частки визначається крововилив, розмірами 30x14x10 мм (раніше 40x10x18мм), із перифокальним набряком до 6 мм. В субарахноїдальних просторах над лівою лобної частки і по ходу серпа головного мозку - залишкова геморагія. Також геморагічний вміст наявний в порожнині 4-го та III- го шлуночків.

Шлуночки мозку не розширені.

Серединні структури не зміщені.

Мигдалики мозочку розташовані звичайно.

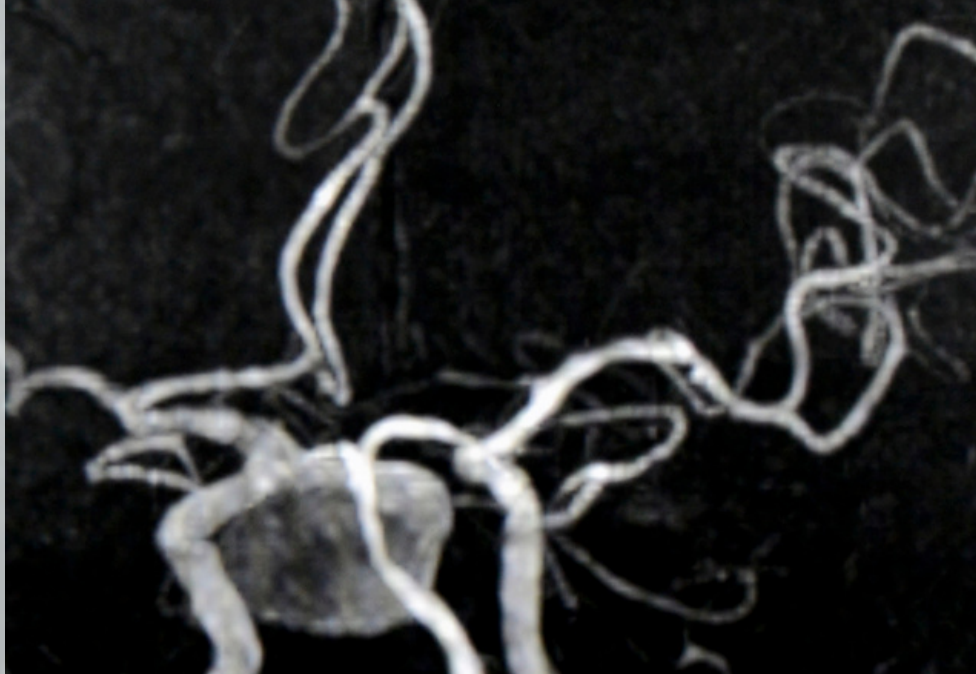


Пацієнтку виписано із рекомендаціями про подальше лікування та наступні обстеження у плановому порядку для контролю.



EUROPEAN STROKE
ORGANISATION

ESO guidelines



Аневризми, що не розірвались

Внутрішньочерепні аневризми без розриву (ВЧА) зустрічаються приблизно у 3% населення. І для таких пацієнтів, завжди залишається актуальним питанням чи проводити оклюзію превентивно.

Якщо так - то як і коли? Коли потрібен подальший контроль візуалізації, які підходи для зниження ризику розриву, якщо було обрано консервативну тактику.

ESO було розроблено СОП на основі проміжних аналізів досліджень, метааналізів, обсерваційних досліджень для надання рекомендацій по веденню пацієнтів із внутрішньочерепними аневризмами, що не розірвались. Усі рекомендації

базувалися на дуже низьких доказах.

У разі оцінки 5-річного ризику розриву, якщо такий перевищує профілактичне лікування, згідно з даними рекомендаціями варто розглянути превентивну оклюзію.

У гайдлайні не зазначено про переваги ендоваскулярного лікування перед мікrohrupгічним, але можна розглядати flow divertors, коли немає інших варіантів з низьким ризиком для лікування таких аневризм.

Після оклюзії аневризм ми рекомендуємо рентгенологічне спостереження в динаміці для контролю щодо можливого збільшення розмірів.

Окрім цього, таким пацієнтам рекомендовано відмовитись від куріння, контролювати рівень артеріального тиску, але прийом статинів та аспірину не входять до переліку призначень, які профілактують ризик розриву аневризми.



joint meeting



LVIV

13-14 September 2024



ESO
TF4UKR



*подача анкет на участь у
школі триває до 1 вересня*

RIVNE

14-18 October 2024

Rivne

