

ядерних білків — продуктів онкогенів. Позаклітинні стимули ведуть до активації MAPK через сигнальний каскад, який складається з MAPK, MAP2K і MAPKKK (MAP3K): MAP3K активується позаклітинними стимулами і фосфорилує MAP2K, потім MAP2K фосфорилуванням активує MAPK. Загалом, активація протеїнкіназ, що беруть участь у MAPK-каскадах, може відбуватися найрізноманітнішими шляхами — через фосфорилування, зв'язування із структурними білками, зв'язування з ГТФазами, а також через частковий протеоліз (відщеплення структурного домену). Різноманітність учасників цих каскадів і зв'язків між ними зумовлює численність клітинних реакцій у відповідь на різні дії, створює позитивні і негативні зворотні зв'язки [3].

Відповідно до наших спостережень, підвищувався ризик утворення міоми й при гіпотиреозі (ВШ=3,1; ДІ 95 % 2,0–4,3).

Таким чином, проведено дослідження дає змогу дійти таких **висновків**:

1. В умовах гінекологічного стаціонару Одеської залізниці

міома за частотою у структурі звернень посідає третє місце після запальних процесів придатків матки й ендометріозу.

2. Найчастішою локалізацією міоми є інтерстиціальна, причому у 49,8 % випадків пухлина локалізується в тілі матки.

3. Основними факторами ризику виникнення міоми є гормональний дисбаланс, вік до 45 років і спадкова схильність.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Дикарева Л. В. Клинико-диагностические аспекты быстрорастущей миомы матки / Л. В. Дикарева, Е. Г. Шварев, А. К. Аюпова // Проблемы репродукции. — 2008. — № 6. — С. 20–25.

2. *Некоторые аспекты этиологии и патогенеза миомы матки* / А. Н. Рымашевский, Е. С. Никитина, Ю. Л. Набока [и др.] // Валеология. — 2013. — № 1. — С. 54–58.

3. *Not every recurrent pelvic mass in a female is a leiomyoma* / A. Ndzenyue, M. Mora, S. Iqbal [et al.] // Am J Med Sci. — 2013. — Vol. 345 (1). — P. 72–74.

4. *Parker W. H. Fibroids and pregnancy outcomes.* / W. H. Parker, D. L. Olive, E. A. Pritts // Fertil Steril. — 2012. — Vol. 98 (1). — e13.

5. *Association of race, age and body mass index with gross pathology of uterine fibroids* / A. B. Moore, G. P. Flake, C. D. Swartz [et al.] // J. Reprod Med. — 2008. — Vol. 53 (2). — P. 90–96.

6. *Metwally M. Surgical treatment of fibroids for subfertility* / M. Metwally, Y. C. Cheong, A. W. Horne // Cochrane Database Syst Rev. — 2012. — Vol. 11. — CD003857.

7. *Керівництво до користування програмою Statistica* [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://statosphere.ru/books-arch/statistica-books/87-full-ref.html>

#### REFERENCES

1. *Dikareva L.V., Shvarev E.G., Ayupova A.K. Clinical-diagnostic issues of fast growing uterine myoma. The problems of reproduction* 2008; 6: 20-25.

2. *Rymashevsky A.N., Nikitina E.S., Naboka Yu.L. et al. Some issues of etiology and pathogenesis of uterine fibroids. Valeology* 2013; 1: 54-58.

3. *Ndzenyue A., Mora M., Iqbal S. et al. Not every recurrent pelvic mass in a female is a leiomyoma. Am J Med Sci* 2013; 345 (1): 72-74.

4. *Parker W.H., Olive D.L., Pritts E.A. Fibroids and pregnancy outcomes. Fertil Steril* 2012; 98 (1): e13.

5. *Moore A.B., Flake G.P., Swartz C.D. et al. Association of race, age and body mass index with gross pathology of uterine fibroids. J Reprod Med* 2008; 53 (2): 90-96.

6. *Metwally M., Cheong Y.C., Hore A.W. Surgical treatment of fibroids for subfertility. Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11: CD003857.

7. *The guideline for users of the software Statistica. Retrieved from: http://statosphere.ru/books-arch/statistica-books/87-full-ref.html*

Надійшла 21.01.2014

УДК 617.51-003.215

А. О. Мирзоян<sup>1</sup>, Д. А. Патрикян<sup>1</sup>, М. А. Егунян<sup>2</sup>

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

<sup>1</sup> РМЦ «Армения», Ереван, Республика Армения

<sup>2</sup> МЦ «Эребуни», Ереван, Республика Армения

УДК 617.51-003.215

А. О. Мирзоян<sup>1</sup>, Д. А. Патрикян<sup>1</sup>, М. А. Егунян<sup>2</sup>

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМОЗГОВОЙ ГЕМАТОМЫ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

<sup>1</sup> РМЦ «Армения», Ереван, Республика Армения

<sup>2</sup> МЦ «Эребуни», Ереван, Республика Армения

**Цель работы** — изучить особенности клинического течения внутримозговой гематомы при изолированной черепно-мозговой травме (ЧМТ), выявить факторы, влияющие на исход внутримозговой гематомы при хирургическом лечении. Изучались истории болезней 188 оперированных пациентов с изолированной ЧМТ, проведен ретроспективный анализ. Из 188 оперированных больных у 14 была обнаружена внутримозговая гематома.



У больных с изолированной ЧМТ в течение 10–12 ч может формироваться внутримозговая гематома, увеличиться степень выраженности зоны отека головного мозга, что является плохим прогностическим радиологическим симптомом. На процессе лечения отрицательно отражаются тяжелое состояние больного при поступлении, разные стадии декомпенсации клинического течения ЧМТ, старческий возраст, отсутствие лечения в догоспитальном периоде, затянутость срока операции более 1–2 ч после поступления, развитие в послеоперационном периоде мозговых и внемозговых осложнений, в частности, очага энцефаломалации, менингоэнцефалита и легочных осложнений.

**Ключевые слова:** внутримозговая гематома, черепно-мозговая травма, факторы.

UDC 617.51-003.215

A. O. Mirzoyan<sup>1</sup>, D. A. Patrtikyan<sup>1</sup>, M. A. Yegunyan<sup>2</sup>

#### THE PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE AND FACTORS INFLUENCING THE OUTCOMES OF SURGERY ISOLATED TRAUMATIC INTRACEREBRAL HEMATOMA

<sup>1</sup> Republic Medical Center "Armenia", Yerevan, Armenian Republic

<sup>2</sup> MC "Erebuni", Yerevan, Armenian Republic

The aim of the work is to study the peculiarities of the clinical course and to identify factors influencing the outcomes of surgery isolated traumatic intracerebral hematoma. The retrospective analysis was performed. There were studied 188 medical records of patients with isolated traumatic brain injury (ITBI), who operated in various hospitals of Republic of Armenia. Intracerebral hematoma (IH) was detected in 14 patients.

**Conclusions:** Intracerebral hematoma is rare in patients who suffered from ITBI. IH has severe clinical course: disability and mortality occur in a great number of cases. The contusion focus of brain injury found by CT scan in the first hours after the injury can be formed to IH with spread zones of brain edema for 10–12 hrs, that is a poor predictor of radiological symptom. There are many factors negatively affecting IH outcomes, they are severe condition of patients admitted in different stages of clinical decompensation, elderly age, lack of treatment in the pre-hospital period, delayed operation for more than 2 hrs after admission, cerebral and extracerebral complications, in particular, focus of encephalomalacia, meningoencephalitis and pulmonary complications.

**Key words:** intracerebral hematoma, brain, injury, factors.

## Введение

Образование внутричерепных гематом в 25–45 % случаев осложняет течение тяжелой, в 3–12 % — среднетяжелой и в 1 случае из 500 — легкой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) [2]. В США ежегодно оперируются около 100 000 человек с внутричерепными гематомами и, по данным M. R. Bullock (2002), до 60 % пациентов при этом умирают или остаются глубокими инвалидами [5]. Среди погибших вследствие тяжелой ЧМТ внутримозговые гематомы (ВГ) обнаружены в 35 % случаев [4]. Если до недавнего времени удельный вес ВГ в структуре ЧМТ составлял 0,3–3,8 % [3; 10], а среди травматических внутричерепных гематом 8–20 % [1; 10], то с использованием компьютерной томографии (КТ) он существенно вырос — соответственно до 1,1–13 % и до 9,5–31 % [7; 9] и даже 40 % [8]. Среди множества проблем лечения были выделены: выбор оптимальной хирургической тактики в острейшем периоде ЧМТ, особенно на фоне нестабильных показа-

телей гемодинамики; дискуссионный вопрос об объеме удаления очаговых поврежденных вещества мозга, так как хирургическое вмешательство при таких повреждениях часто вызывает дополнительную травматизацию мозга [2; 6].

Исходя из вышесказанного, нами поставлена **цель:** изучить особенности клинического течения ВГ при изолированной ЧМТ, выявить факторы, влияющие на исход ВГ при хирургическом лечении.

## Материалы и методы исследования

Исследования проводили в различных больницах Республики Армении в 2007–2011 гг. Изучались истории болезней 188 оперированных пациентов с изолированной ЧМТ. Проведен ретроспективный анализ. В итоге процентного расчета из 188 оперированных больных у 14 (7,4 %) была обнаружена ВГ. Для описания особенностей клинического течения ВГ у больных мы пользовались классификацией ЧМТ, согласно которой различают пять стадий: клиническая компенсация, субкомпенсация,

умеренная декомпенсация, грубая декомпенсация, терминальная стадия. Больные с ВГ поступили на трех разных клинических стадиях: субкомпенсационной — 3 (21,4 %) человека, умеренно декомпенсационной — 4 (28,6 %), грубо декомпенсационной — 7 (50 %).

## Результаты исследования и их обсуждение

Для изучения факторов, влияющих на исход ВГ при хирургическом лечении, условно определили два вида исходов: положительный и отрицательный. Положительным считается такой исход, при котором больные выписываются без всяких грубых неврологических расстройств. В результате отрицательных исходов больные или умерли, или были выписаны с неврологическим дефицитом, приведшим к инвалидности. Умерли 6 (42,9 %) человек, 2 (50 %) из которых поступили на стадии умеренной декомпенсации, 4 (57,1 %) — на стадии грубой декомпенсации. С неврологическим дефицитом, приводящим к инвалидности, были выписаны 4 (28,6 %) человека,



1 (33,3 %) из которых находился на стадии умеренной декомпенсации, а 2 (28,6 %) — на стадии субкомпенсации; 10 (71,4 %) больным было до 60 лет, из них у 6 (60 %) зарегистрирован отрицательный исход; 4 (28,6 %) больных были в возрасте 60 лет и больше, из них у 4 (100 %) — отрицательный исход.

На догоспитальном этапе лечение не получили 6 (42,9 %) больных, из них у 5 (83,3 %) констатирован отрицательный исход. Диагноз установлен в результате КТ-исследования головного мозга, проведенного в течение 36 ч после поступления больных. У 10 (71,4 %) больных в день поступления КТ-исследованием была установлена ВГ, у 4 (28,6 %) больных — очаг ушиба головного мозга, где в динамике сформировалась ВГ. Зона отека головного мозга стала наиболее выраженной, что обнаружено в течение 18–24 ч. У всех четырех больных отмечен отрицательный исход.

В течение 1–2 ч после поступления оперированы 7 больных. Остальные 7 человек — после 3–36 ч, у 6 (85,7 %) из которых был отрицательный исход. По результатам КТ-исследования, выполненного после операции, были обнаружены увеличение зоны отека головного мозга, а также дислокация срединных структур головного мозга в 4 (28,6 %) случаях. У этих больных был отрицательный исход. Согласно результатам КТ-исследования, положительная динамика была отмечена у 3 (21,4 %) больных первой группы, у 2 (66,7 %) из них зарегистрирован отрицательный исход.

Осложнения, возникшие в послеоперационном периоде, разделили на две группы: мозговые и внемозговые, которые обнаружили при КТ, рентгенологическом и лабораторном исследовании в результате узкоспециализированных консультаций, патоморфологических исследований мозга умерших. Среди мозговых осложнений энцефаломалация

была выявлена у 6 (42,9 %) больных, все они умерли. На основе клинических данных (неврологических симптомов, анализа спинномозговой жидкости и т. д.), у 1 (7,1 %) больного диагностировали менингоэнцефалит с отрицательным исходом.

Среди внемозговых осложнений пневмония развилась у 3 (21,4 %) больных. У них был отрицательный исход.

Внутричерепная гематома редко встречалась у оперированных больных с изолированной ЧМТ — в 14 (7,4 %) случаях. Травматическая ВГ имела тяжелое клиническое течение у 11 (78,6 %) больных: отмечалась высокая смертность — 6 (42,9 %) случаев и инвалидность после таких гематом — 7 (50 %). Случаи смертности почти одинаковы у больных, которые поступают на стадиях грубой или умеренной декомпенсации (50–57,1 %). Случаи же инвалидности встречаются у 25–33,3 % больных, поступивших на разных стадиях клинического течения ЧМТ. Наиболее неблагоприятно проходит лечение у больных в старческом возрасте — 60 лет и более из-за сокращения регенеративных свойств мозговой ткани — 4 (100 %) случая. Отсутствие лечения на догоспитальном этапе отрицательно повлияло на исход ВГ при хирургическом лечении в 5 (83,3 %) случаях.

Внутричерепная гематома травматического характера обнаруживается исключительно КТ-исследованием головного мозга. В первые часы получения травмы у больных с ЧМТ на месте очага ушиба головного мозга, обнаруженного КТ-исследованием в течение 12–24 ч, может сформироваться ВГ, также акцентироваться зона отека головного мозга, что способствует отрицательному исходу. Следовательно, у больных с ЧМТ при обнаружении очага ушиба головного мозга необходимо провести повторное КТ-исследование головного мозга в течение 10–12 ч. Больных с ВГ необходи-

мо оперировать в первые 2 ч после поступления, так как по истечении этого срока возрастает возможность развития отрицательного исхода — 6 (85,7 %) случаев.

В послеоперационном периоде КТ динамическое исследование проводилось лишь в половине случаев. Так, у 4 (28,6 %) больных обнаружено продолжительное увеличение зоны отека головного мозга, что является отрицательным показателем. Даже после КТ-исследования с положительной динамикой — 3 (21,4 %) больных — исходы в большинстве случаев могут стать отрицательными — 2 (66,7 %) случая. В 6 (42,9 %) случаях мозговых осложнений развитие очага энцефаломалации приводило к летальному исходу. У 50–57,1 % больных, поступивших на стадиях грубой или умеренной декомпенсации, встречалось увеличение отека головного мозга, развитие синдрома дислокации, развитие очага энцефаломалации, что завершалось смертью больного. У больных, оперированных по поводу ВГ, иногда может развиваться менингоэнцефалит — 1 (7,1 %) случай, что также отрицательно отражалось на исходе ВГ. В результате интенсивной терапии необходимо избежать не только мозговых, но и внемозговых осложнений, в частности легочных, которые встречались в 3 (21,4 %) случаях. Эти осложнения также негативно влияют на исход ВГ при хирургическом лечении.

## Выводы

1. У больных, оперированных по поводу изолированной ЧМТ, редко обнаруживается ВГ.

2. Внутричерепная гематома имеет тяжелое клиническое течение, высоки случаи инвалидности и смертности.

3. У больных с изолированной ЧМТ очаг ушиба головного мозга, обнаруженный в первые часы после травмы при проведении КТ-исследования головного мозга, в течение



10–12 ч может сформироваться ВГ, увеличиться степень выраженности зоны отека головного мозга, что является плохим прогностическим радиологическим симптомом.

4. На процессе лечения отрицательно отражаются тяжелое состояние больного при поступлении, разные стадии декомпенсации клинического течения ЧМТ, старческий возраст, отсутствие лечения на догоспитальном этапе, затянутость срока операции более 1–2 ч после поступления, развитие в послеоперационном периоде мозговых и внечерепных осложнений, в частности, очага энцефаломалиции, менингоэнцефалита и легочных осложнений.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Исаков Ю. В. Острые травматические внутричерепные гематомы / Ю. В. Исаков. – М. : Медицина, 1977. – 263 с.
2. Лебедев В. В. Неотложная нейрохирургия: рук. для врачей / В. В. Лебедев, В. В. Крылов. – М. : Медицина. – 2000. – 568 с.
3. Лихтерман Л. Б. Травматические внутричерепные гематомы / Л. Б. Лихтерман, Л. Х. Хитрин. – М. : Медицина. – 1973. – 295 с.

4. Adams J. H. Head injury / J. H. Adams // Greenfield's Neuropathology J. – 5th ed. ; eds J. H. Adams, L. M. Ducken. – London : Edward Arnold. – 1992. – P. 106–152.

5. Surgical Management of Traumatic Brain Injury / M. R. Bullock [et al.] // Brain trauma foundation, USA. – 2002.

6. Chang E. F. Acute traumatic intraparenchymal hemorrhage: risk factors for progression in the early post-injury period / E. F. Chang, M. Meeker, M. C. Holland // Neurosurgery. – 2006. – Vol. 58. – P. 647–656.

7. Kuroiwa T. Conservative treatment for the acute stage traumatic intracranial hematoma / T. Kuroiwa, J. Kitamura, T. Ohta // Neurol.-Med. Chir. – 1985. – Vol. 25, N 3. – P. 181–186.

8. Kwiatkowski S. Traumatic acute intracranial haematoma : manual of neurosurgery / S. Kwiatkowski ; compiled by J. D. Palmer. – Glasgow : Churchill Livingstone, 1996. – 540 p.

9. Post traumatic intracerebral hematomas / B. Legros, F. Lapierre, P. Fourrier [et al.] // Aggressologie. – 1988. – Vol. 7 (29), N 6. – P. 405–408.

10. Traumatic intracerebral hematomas. 72 cases surgically-treated / C. Rivano, M. Borzone, F. Carta, G. Michelozzi // J. Neurosurg. Sci. – 1980. – Vol. 24, N 2. – P. 77–84.

#### REFERENCES

1. Isakov Yu.V. Acute intracranial hematomas. M., Medicine, 1977. 263 p.

2. Lebedev V.V., Krylov V.V. Emergency neurosurgery: manual for physicians. M., Medicine, 2000, 568 p.

3. Likhтерman L.B., Khitrin L.Kh. Traumatic intracranial haematoma. Moscow, Medicine, 1973, p. 295.

4. Adams J.H. eds J.H. Adams and L.M. Ducken. Head injury, in Greenfield's Neuropathology, 5th ed., Edward Arnold, London 1992, pp. 106-152.

5. M. R. Bullock et al. Surgical Management of Traumatic Brain Injury. Brain trauma foundation, USA. 2002.

6. Chang E.F., Meeker M., Holland M.C. Acute traumatic intraparenchymal hemorrhage: risk factors for progression in the early post-injury period. Neurosurgery 2006; 58: 647-656.

7. Kuroiwa T., Kitamura J., Ohta T. Conservative treatment for the acute stage traumatic intracranial hematoma. Neurol. Med. Chir 1985; 25; 3: 181-186.

8. Kwiatkowski S. Traumatic acute intracranial haematoma in Manual of neurosurgery. Compiled by D.D. Palmer, Churchill Livingstone, Glasgow, 1996. 540 p.

9. Legros B., Lapierre F., Fourrier P. et al. Post traumatic intracerebral hematomas. Aggressologie 1988. 7 (29); 6: 405-408.

10. Rivano C., Borzone M., Carta F., Michelozzi G. Traumatic intracerebral hematomas. 72 cases surgically treated. J. Neurosurg. Sci 1980; 24 (2): 77-84.

Поступила 22.01.2014

УДК 616.12-008.46+616.61]-036.12-06:616.155.194.8

Н. Г. Риндіна, П. Г. Кравчун, Г. Ю. Титова, В. В. Ніконенко\*, Я. М. Халтуріна\*

## ОСОБЛИВОСТІ КОРЕЛЯЦІЙНИХ СТРУКТУР У ПАЦІЄНТІВ З АНЕМІЄЮ НА ТЛІ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ АБО ВІДСУТНОСТІ ХРОНІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРОК

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

\* Харківська міська клінічна лікарня № 27, Харків, Україна

УДК 616.12-008.46+616.61]-036.12-06:616.155.194.8

Н. Г. Рындина, П. Г. Кравчун, А. Ю. Титова, В. В. Никоненко\*, Я. Н. Халтурина\*

## ОСОБЕННОСТИ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СТРУКТУР У ПАЦИЕНТОВ С АНЕМИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

\* Харьковская городская клиническая больница № 27, Харьков, Украина

Цель работы — оценка корреляционных структур с участием параметров метаболизма железа и эритропоэтина у пациентов с анемией на фоне хронической сердечной недостаточности в зависимости от наличия и отсутствия хронической болезни почек.

