

В исследование включены 199 пациентов с ИА (из них 103 женщины и 96 – мужчины, средний возраст – 43,2 года) и 194 пациента контроля – здоровые доноры областного центра переливания крови (из них 108 – мужчины и 86 – женщины, средний возраст – 38,4 года). Аневризмы были верифицированы проведением церебральной ангиографии или МР/КТ-ангиографии.

Морфологические исследование операционных биоптатов поверхностной височной артерии и кожи височной области проведено у 50 больных с интракраниальными аневризмами (из них – 33 мужчины и 17 – женщины, средний возраст – 41,8 лет) и у 18 пациентов контроля (больные с черепно-мозговыми травмами, средний возраст – 46,6 лет).

1. Артериальная гипертензия.

АГ обнаружена у 115 из 199 больных с аневризмами (57,8%), в контроле АГ выявлена у 18 из 194 пациентов (9%) ($p < 0,0001$, ОШ – отношение шансов = 13,38, 95% ДИ 7,64–23,4). Артериальная гипертензия служит фактором риска развития и разрыва аневризм. АГ повышает риск возникновения ранних повторных кровоизлияний в сроки от 1 до 2 недель ($p = 0,03$). Кроме того, у лиц с АГ множественные аневризмы встречаются достоверно чаще, чем у пациентов без АГ ($p = 0,02$), что необходимо учитывать при проведении ангиографических исследований.

2. Семейный анамнез аневризм и внутричерепных кровоизлияний.

Семейные случаи являются очень редкими в нашей популяции, и большинство аневризм являются спорадическими. Семейные случаи аневризм выявлены при анализе родословных всего у 1,5% родственников I степени родства больных с ИА и ни у кого из РИСТР контрольной группы. По данным МР-АГ было выявлено 3 случая (7,5%) семейных аневризм у 40 исследуемых РИСТР. Сердечно-сосудистая патология является лидирующей у РИСТР больных с ИА. Первое место по частоте занимает АГ (24,9%), второе место – головные боли (19,6%), третье место – ишемическая болезнь сердца (8,9%), четвертое место – инсульты (6,5%). Все различия этих показателей с контролем были статистически значимыми. Необходимо отметить, что кровоизлияния встречались у РИСТР больных с аневризмами в 3,8 раз чаще, чем у РИСТР контроля: 3,4% и 0,9% соответственно ($p = 0,0004$, ОШ = 4,0, 95% ДИ = 1,7–9,1). Анализ причин смерти у РИСТР показал, что внезапная смерть произошла в 5,8 раз чаще у РИСТР больных с аневризмами по сравнению с РИСТР контроля (11,1% и 1,9% соответственно, $p = 0,0055$, ОШ = 5,68, 95% ДИ = 1,37–23,39).

3. Дисплазия соединительной ткани.

Проведенное нами исследование выявило 12 внешних маркеров неполноценности (дисплазии) соединительной ткани, частота которых была достоверно значительно выше, чем в контроле: видимые сосуды лица и груди (59,8%), сколиоз (44,7%), варикозные вены на ногах (39,7%), плоскостопие (34,6%), повышенная рыхлость кожи в надключичных областях – более 4,0 см (33,6%), спонтанные носовые кровотечения (25,6%), легкое образование синяков (20,6%), грыжи живота (13,6%), пародонтоз (10,5%), деформа-

ции грудной клетки (7,5%), стрии живота (3,5%), гипермобильность суставов (2,5%). Среднее число маркеров дисплазии соединительной ткани у больных с аневризмами было 3,07 и 1,17 в контрольной группе. Статистически значимые различия в числе маркеров у больных с аневризмами по сравнению с контролем начинаются с количества внешних маркеров 3 и более. Поэтому наличие дисплазии соединительной ткани можно предполагать у больных, имеющих не менее трех маркеров дисплазии. Среди отмеченных клинических особенностей у больных с числом маркеров дисплазии 3 и более были множественные аневризмы, которые встречались у таких пациентов в 5 раз чаще, чем у тех, у кого было меньше трех маркеров ($p = 0,005$).

Морфологические исследования биоптатов ПВА и кожи височной области выявили признаки мезенхимальной дистрофии у 98,0% больных с ИА при исследовании операционных биоптатов ПВА и у 82,0% больных – в биоптатах кожи височной области. Наиболее выраженные изменения наблюдались у лиц с числом маркеров 3 и более.

4. Курение.

Частота курения у больных с ИА и в контроле была одинаковой (51,2% и 52,6% соответственно), что не позволяет рассматривать курение как фактор риска развития аневризм в нашей популяции.

5. Алкоголь.

У больных с ИА в сравнении с контролем были найдены статистически значимые отличия ($p = 0,001$) в употреблении алкоголя в умеренных и больших дозах (более 300 грамм 1–3 раза в неделю). Рассматривая в целом значение алкоголя в развитии аневризм в нашей популяции, можно сказать, что его роль незначительна по сравнению с другими факторами риска, поскольку лица, злоупотребляющие алкоголем, составляют всего 4,5% от числа всех исследуемых больных с ИА.

Вывод. На основании анализа факторов риска развития ИА в Уральском регионе выделены 3 главных фактора: дисплазия соединительной ткани, артериальная гипертензия, семейный анамнез кровоизлияний.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АНЕВРИЗМ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Марченко О.В., Колотвинов В.С., Шамов А.Ю., Сакович В.П., Волков С.Р.

МАУ ГКБ № 40, Клиника нервных болезней и нейрохирургии Уральской государственной медицинской академии, г Екатеринбург

Субарахноидальное кровоизлияние (САК) из аневризм происходит в основном в трудоспособном возрасте и связано с высоким риском летального исхода, инвалидизации, а также нарушением высших психических функций.

Цель исследования. Анализ когнитивного статуса у больных, прооперированных по поводу аневризм сосудов головного мозга

Материалы исследования. Анализ 43 историй болезни за период с сентября 2010 по апрель 2011 года

и проведение тестирования больных по шкале оценки психических функций MMSE.

Результаты. Полученные данные анализировались по срокам (острый и «холодный» периоды САК) и способам оперативного вмешательства (открытые и эндоваскулярные операции), по тяжести состояния больных в остром периоде субарахноидального кровоизлияния по шкале Hunt-Hess и по возрасту больных на момент операции (табл. 1, 2 и 3).

Исходя из полученных данных (табл. 1) следует, что нарушение высших психических функций наблюдается чаще у пациентов в остром периоде САК (1 группа) по сравнению с больными в «холодном» периоде САК и больными без предшествующего кровоизлияния (2 группа). Нарушение высших психических функций чаще возникает при открытых операциях (26,7 балла в остром периоде и 29,5 в «холодном» периоде) по сравнению с больными после эндоваскулярных операций (соответственно 29,0 и 29,5 балла).

Таблица 1

Оценка когнитивного статуса после открытых и эндоваскулярных операций у больных в остром периоде САК (1 группа) и больных в «холодном» периоде САК и без предшествующего кровоизлияния (2 группа)

Способ оперативного лечения	1 группа (n = 26)			2 группа (n = 17)		
	n	%	MMSE (в баллах)	n	%	MMSE (в баллах)
Клипирование	24	55,8	26,7	15	34,8	29,5
Эмболизация	2	4,7	29,0	2	4,7	29,5

По данным исследования когнитивных нарушений у больных, прооперированных в остром периоде САК (табл. 2), нарушения психических функций находятся в прямой зависимости от тяжести состояния пациентов (по шкале Hunt-Hess) на момент операции.

Таблица 2

Оценка когнитивного статуса у больных, прооперированных по поводу интракраниальных аневризм в остром периоде САК, в зависимости от тяжести состояния по шкале Hunt-Hess

Hunt-Hess	Абсолютное число	%	MMSE
I	7	27	29,3
II	14	54	26,6
III	5	19	23,2

Исследование возрастного состава больных (табл. 3) показало, что среди обеих групп больных наиболее часто интракраниальные аневризмы были выявлены у пациентов средней возрастной группы (40-49 лет и 50-59 лет). Исходя из данных таблицы, степень когнитивных нарушений после оперативного лечения аневризм напрямую зависит от возраста пациентов, более выра-

жена при атеросклеротическом поражении сосудов головного мозга, на фоне предшествующих ишемических инсультов, а также на фоне других соматических заболеваний.

Таблица 3

Оценка когнитивного статуса у больных различных возрастных групп, прооперированных по поводу интракраниальных аневризм: 1 группа – в остром периоде САК, 2 группа – в «холодном» периоде САК и с аневризмой без кровоизлияния

Возраст больных (годы)	1 группа			2 группа		
	Абсолютное число	%	MMSE (баллы)	Абсолютное число	%	MMSE (баллы)
20-29	2	4,7	30,0	2	4,7	30,0
30-39	4	9,3	28,3	2	4,7	28,0
40-49	7	16,2	28,7	5	11,6	29,6
50-59	7	16,2	25,9	6	14,0	29,2
60-69	4	9,3	22,8	2	4,7	30,0
≥ 70	2	4,7	26,5	0	0	—

Выводы.

1. Когнитивные нарушения у больных, прооперированных в остром периоде САК, более выражены, чем у пациентов в «холодном» периоде САК или без предшествовавшего кровоизлияния.
2. Частота нарушения высших психических функций выше у больных после открытых операций по сравнению с эндоваскулярными вмешательствами.
3. У больных, оперированных в остром периоде САК из интракраниальных аневризм, когнитивные нарушения чаще возникают при более тяжелом состоянии пациентов (по шкале Hunt-Hess) на момент операции.
4. Степень когнитивных нарушений после оперативного лечения аневризм напрямую зависит от возраста больных, более выражена у пациентов старшей возрастной группы.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕКЦИОННЫХ АНЕВРИЗМ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Мороз В.В., Цимейко О.А.

ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины», г. Киев, Украина

Диссекция экстракраниального отдела церебральных артерий с формированием аневризмы в месте расслоения сосудистой стенки является непосредственной причиной развития острых нарушений