

Резюме

Улучшение результатов лечения тяжелых форм КЭ может быть достигнуто за счет выделения факторов риска развития полиорганного синдрома и раннего начала у них полноценной интенсивной терапии, включающей различные варианты респираторной поддержки. Существенным моментом также является выработка единых подходов в определении тактики ведения данной категории пациентов среди врачей всех специальностей, участвующих в лечении этих больных.

Литература

1. Клиника, диагностика, лечение и профилактика клещевого энцефалита. Информационное письмо Главного управления здравоохранения Свердловской области. — Екатеринбург, 1995. — 16 с.
2. Руднов В.А. Пути оптимизации диагностики, прогноза и интенсивной терапии сепсиса с органной дисфункцией. Автореф. дисс. на соискание степени доктора мед. наук. — Екатеринбург, 1995. — 37 с.
3. Beuter B., Cerami A.C. Cachectine: more than a tumor necrosis factor // *N. Engl. J. Med.* — 1987. — Vol. 316. — P. 379-385.
4. Bone R. Toward an epidemiology and natural history of SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) // *IAMA.* — 1992. — Vol. 268. — P. 3452-3455.
5. Giroir B.P. Mediators of septic shock: New approaches for interrupting the endogenous inflammatory cascade // *Critical Care Med.* — 1993. — Vol. 21. — P. 780-789.
6. Scharmbach H., Knappe G., Carol W. Hormonotherapy in practice // 1986. — Vol. 416. — P. 76-80.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Е.Р. Лебедева, В.П. Сакович, Н.Б. Котов, М.В. Надеждина

Артериальные аневризмы головного мозга составляют основную причину субарахноидальных кровоизлияний у лиц трудоспособного возраста. В 50% случаев разрыв аневризмы приводит к смерти больного [2]. Единственно надежным методом лечения этой патологии является операция выключения аневризмы из кровотока. Своевременное обнаружение аневризм в догеморрагический период и раннее их хирургическое лечение позволяет снизить смертность при субарахноидальных кровоизлияниях и инвалидизацию лиц трудоспособного возраста. Необходима разработка скрининговой диагностики аневризм. В настоящее время делаются первые попытки создания такой системы [1–5].

Целью данной работы является оценка клинических симптомов у больных до разрыва аневризмы и определение возможности ранней диагностики аневризм с использованием инструментальных методов обследования.

Пациенты и методики

Обследованы 293 больных с аневризмами сосудов головного мозга. Из них 267 человек перенесли внутримозговые кровоизлияния из-за разрыва аневризмы, у 26 человек разрыва аневризмы не было. Возраст больных варьировал от 14 до 69 лет, наибольшую возрастную группу составили лица от 41 до 50 лет — 104 человека (35,5%). По полу преобладали мужчины — 170 из 293 (58,0%). Всем больным проведено ангиографическое исследование сосудов головного мозга, компьютерная или магнитно-резонансная томография и некоторым больным — ультразвуковое исследование сосудов головного мозга.

Результаты и их обсуждение

Ретроспективный анализ клиники заболевания показал, что в догеморрагический период 72% больных с аневризмами имели длительные головные боли.

У 20 больных с неразорвавшимися аневризмами течение аневризм напоминало опухоль головного мозга, клинически проявляясь синдромом кавернозного синуса при аневризмах кавернозного отдела внутренней сонной артерии (в 6 случаях); хиазмальным синдромом при гигантских аневризмах передней мозговой и передней соединительной артерии (в 1 случае) и при аневризмах супра- и субклиноидных отделов внутренней сонной артерии (в 4 случаях); парезом глазодвигательных мышц при аневризмах супраклиноидного отдела внутренней сонной артерии (в 2 случаях); симптомами поражения задней черепной ямки при гигантских аневризмах основной артерии (в 3 случаях); постепенно нарастающим гемипарезом при аневризмах супраклиноидного отдела внутренней сонной артерии (в 2 случаях), эписиндромом при аневризме средней мозговой артерии (в 1 случае) и синдромом Талозы-Ханта при аневризме супраклиноидного отдела внутренней сонной артерии (в 1 случае).

Трое больных с неразорвавшимися аневризмами перенесли нарушения мозгового кровообращения: у одного пациента с крупной аневризмой средней мозговой артерии были рецидивирующие транзиторные ишемические атаки, у другого — ишемический инсульт в бассейне передней мозговой артерии; у третьего больного с аневризмой супраклиноидного отдела внутренней сонной артерии — преходящее нарушение функций глазодвигательного нерва.

Трое других пациентов без разрыва аневризмы имели симптомы хронической недостаточности мозгового кровообращения, аневризмы у них обнаружены случайно при проведении ангиографического исследования.

Ангиография сосудов головного мозга является самым надежным и высокоинформативным способом диагностики аневризм. Ограничения ее использования в качестве скринингового исследования обусловлены инвазивностью и опасностью развития осложнений. Альтернативой может быть магнитно-резонансная ангиография сосудов мозга, однако имеются случаи, когда аневризмы малых размеров при такой ангиографии не видны [5].

Вспомогательную роль в диагностике аневризм могут играть компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и ультразвуковое исследование сосудов головного мозга. Для оценки значения этих методов исследования в выявлении аневризм мы проанализировали те случаи, когда аневризмы были обнаружены с их помощью до проведения ангиографического исследования и после него.

Компьютерная томография головного мозга выполнена 159 больным с артериальными аневризмами. Аневризмы обнаружены в 13,2% случаев. У 15 из 21 больного аневризмы выявлены до проведения ангиографии. Большинство визуализируемых аневризм имели гигантские (более 25 мм) и крупные (15–25 мм) размеры и были тромбированными.

Магнитно-резонансная томография головного мозга проведена 42 больным. Аневризмы обнаружены в 60% случаев. Большинство аневризм (23 из 25) выявлены до проведения ангиографического исследования. 15 из 25 аневризм имели гигантские и крупные размеры, 10 аневризм были средних размеров (6–15 мм).

Ультразвуковое исследование сосудов головного мозга выполнено 30 больным с аневризмами. У 11 из них (36,6%) имелись косвенные признаки аневризмы. Такие аневризмы в большинстве случаев имели гигантские или крупные размеры.

Резюме

Дана оценка клинических симптомов у больных до разрыва аневризм и определена возможность их ранней диагностики с использованием инструментальных методов обследования. Наиболее частыми клиническими проявлениями аневризм в догеморрагический период являются: длительные головные боли, хиазмальный синдром, синдром кавернозного синуса, парез глазодвигательного нерва, ишемичес-

кие нарушения мозгового кровообращения. Такое течение имеют в большинстве случаев гигантские и крупные аневризмы. Больные при наличии вышеперечисленных симптомов и синдромов нуждаются в использовании дополнительных инструментальных методов обследования. Самым информативным методом обнаружения аневризм является церебральная ангиография. Среди неинвазивных способов диагностики на первом месте по информативности — магнитно-резонансная томография, на втором месте — ультразвуковое исследование сосудов мозга, на третьем месте — компьютерная томография головного мозга.

Литература

1. Корниенко В.Н., Белова Т.В., Арутюнов Н.В., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная ангиография в нейрохирургической клинике: возможности и ограничения // Вопросы нейрохирургии — 1996. — № 1. — С. 8-10.
2. Медведев Ю.А., Мацко Д.Е. Аневризмы и пороки развития сосудов мозга // С.-Петербург. — 1993.
3. Прохорский А.М., Шеховцов В.И. Аневризмы и другие мальформации сосудов головного мозга как проявление системного ангиоматоза // I съезд нейрохирургов Российской Федерации. Тез. докл. / Под ред. Саковича В.П. — Екатеринбург. — 1995. — С. 269.
4. Шишкина Л.В., Лазарев В.А., Мещерякова А.В. Патология соединительной ткани у больных с аневризмами артерий головного мозга // I съезд нейрохирургов Российской Федерации. Тез. докл. // Под ред. Саковича В.П. — Екатеринбург. — 1995. — С. 286.
5. Vanninen R.L., Hermesniemi J.A., Puranen M.I., Ronkainen A. Magnetic resonance angiographic screening for asymptomatic intracranial aneurysms: The problem of false negatives: Technical case report // Neurosurgery. — 1996. — Vol. 38. — P. 838—841.

МОНОПАРЕЗ—ЗАГАДКА

А.А. Морозов

Вниманию читателя предлагается клиническое наблюдение, в котором больная с выраженным болевым синдромом и очаговым неврологическим дефектом была прооперирована по поводу незначительной грыжи межпозвоночного диска, затем полтора года лечилась и наблюдалась невропатологами и нейрохирургами. Пациентке трижды сделана магнитно-резонансная томография, но окончательный диагноз так и не был поставлен.

Больная З., 55 лет, до 25 ноября 1996 года в неврологическом плане была практически здорова. В анамнезе — лишь упоминание на не-