

DOI: 10.29296/25877305-2018-04-12

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ И СТАЦИОНАРНОГО ВЕДЕНИЯ ТАКИХ ПАЦИЕНТОВ

К. Агафонов¹,
Н. Маслова¹, доктор медицинских наук,
М. Агафонова², кандидат медицинских наук,
Д. Авдохин², А. Иванов²,
А. Тагиль¹, А. Кузьмина¹, А. Раков²

¹Смоленский государственный медицинский университет

²Смоленская областная клиническая больница

E-mail: agafonova.marina.sm@mail.ru

Проведен анализ 102 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в нейрохирургическом отделении Смоленской областной клинической больницы за период с 2015 по 2016 г. с диагнозом аневризмы сосудов головного мозга.

Ключевые слова: неврология, церебральные артериальные аневризмы, субарахноидальное кровоизлияние, ранняя диагностика аневризм.

Для цитирования: Агафонов К., Маслова Н., Агафонова М. и др. Особенности клинического течения церебральных артериальных аневризм и стационарного ведения таких пациентов // Врач. – 2018; 29 (4): 62–64. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-12

В Российской Федерации (РФ), как и во всем мире, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) лидируют среди причин смерти населения. По оценкам ВОЗ, в 2012 г. от ССЗ в РФ умерли 17,5 млн человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире [1, 3]. Из 17,5 млн человек 6,7 млн погибли от инсульта. Артериальные аневризмы головного мозга (ГМ) – наиболее сложная, мультидисциплинарная проблема современной неврологии и нейрохирургии. Осложнения церебральных артериальных аневризм (ЦАА) потенциально предотвратимы, однако при своем развитии чаще фатальны [2, 4]. Высокая инвалидизация, особенно среди лиц молодого возраста, является особенностью течения осложненных аневризм артерий ГМ. Именно в связи с этим ЦАА представляют собой наиболее сложную и актуальную проблему современной нейрохирургии и неврологии. ЦАА – одна из главных причин спонтанных субарахноидальных кровоизлияний (САК), часто заканчивающихся летально. К числу основных проблем относится ранняя диагностика аневризм до развития клинических проявлений [5].

Аневризма сосудов ГМ – патологическое выпячивание стенки артерии, когда характерно отсутствие ее

нормального, трехслойного строения. Стенка аневризмы представлена только соединительной тканью, мышечный слой и эластическая мембрана отсутствуют [9].

Единая теория происхождения аневризм отсутствует, но установлены факторы, предрасполагающие к их возникновению [3]: наследственный, травма артерии, опухолевая эмболия, воздействие радиации, атеросклероз сосудистой стенки. Отдельно выделены производящие факторы [4], основной их которых – гемодинамический, когда под действием повышенного АД происходит смена ламинарного кровотока на турбулентный с постепенным увеличением выпячивания. Кровотечение из аневризмы представляет собой просачивание крови через незначительные дефекты аневризматической стенки, которые быстро закрываются образующимся тромбом [6].

Существует множество классификаций аневризм. В зависимости от формы их подразделяют на мешотчатые и веретенообразные (фузиформные). По величине аневризмы могут быть миллиарными (диаметр – до 1–2 мм), маленькими (3–6 мм), средними (6–15 мм), большими (16–25 мм), гигантскими (>25 мм). По локализации их классифицируют следующим образом: на передней мозговой – передней соединительной артериях (45%), внутренней сонной артерии (26%), средней мозговой артерии (25%), артериях вертебрально-базиллярной системы (4%), множественные аневризмы – на ≥ 2 артериях (15%) [9].

Основное, наиболее тяжелое и инвалидизирующее проявление аневризм ГМ – внутричерепное кровоизлияние (изолированные, паренхиматозное, вентрикулярное САК или их сочетание). Опасность аневризм заключается именно в риске их разрыва и кровотечения, а не в факте их наличия [8].

Многими исследованиями доказано, что главным модифицируемым фактором риска (ФР) развития САК является курение. Кроме того, потенциальными ФР могут быть злоупотребление алкоголем, применение оральных контрацептивов и психостимуляторов [5, 7].

Клинические проявления аневризм разнообразны, выделяют 2 их формы: апоплексическую и паралитическую. Разорвавшиеся аневризмы (апоплексическая форма) сопровождаются САК. Клинические проявления очень характерны: внезапная сильная головная боль (ГБ) по типу «удара», возможно, с тошнотой и рвотой. Эти симптомы часто возникают на фоне физической нагрузки, психоэмоционального напряжения, гипертонического криза. ГБ носит «жгучий», «распирающий» характер. Возможно кратковременное, а иногда и длительное нарушение сознания разной степени выраженности [2]. ГБ при неразорвавшихся аневризмах (паралитическая форма) – хотя и частый, но абсолютно неспецифический симптом, причиной которого может быть большое количество других заболеваний и в первую очередь – артериальная гипертензия (АГ).

В подавляющем большинстве случаев артериальные аневризмы протекают бессимптомно до момента кровоизлияния. Неразорвавшиеся аневризмы проявляются симптомами выпадения (поражение вещества мозга или черепных нервов). Локальную симптоматику могут вызывать крупные и гигантские аневризмы вследствие компрессии черепных нервов, но встречается это редко и проявляется преимущественно поражением группы глазодвигательных нервов [4, 7].

В ходе данной исследовательской работы проанализированы 102 истории болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в нейрохирургическом отделении Смоленской областной клинической больницы (СОКБ) за период с 2015 по 2016 г. с диагнозом аневризмы сосудов ГМ. Среднее время пребывания в стационаре по поводу заболевания — $18,7 \pm 3,1$ дня, средний возраст пациентов — $49,20 \pm 12,17$ года. Среди пациентов преобладали женщины (61,76%). Средний возраст женщин с разрывом аневризмы — $51,68 \pm 12,22$ года. Мужчины с разрывом аневризмы оказались на 10 лет моложе, их средний возраст — $43,38 \pm 10,63$ года. В 62% случаев пациенты являлись городскими жителями ($p \leq 0,05$), что связано с прогрессирующей урбанизацией и большей доступностью высококвалифицированной помощи для городских жителей.

При анализе множественности аневризматического поражения сосудов ГМ установлено, что в 73,53% случаев имели место единичные аневризмы ($p \leq 0,05$). В 32,35% случаев выявлялись аневризмы передней мозговой артерии. В 94,11% случаев аневризмы были мешотчатыми ($p \leq 0,05$). Пациенты с единичными аневризмами оказались на 5 лет моложе лиц с установленными множественными аневризмами (средний возраст — соответственно $47,87 \pm 12,02$ и $52,89 \pm 12,04$ года; $p \leq 0,05$).

После разрыва аневризм экстренно были госпитализированы 53,92% пациентов ($p \leq 0,05$), остальные 46,08% госпитализированы в плановом порядке с подозрением на наличие ЦАА после проведения магнитно-резонансной томографии (МРТ) или компьютерной томографии ГМ по причинам, напрямую не связанным с самой аневризмой, т.е. случайно, для дополнительной ангиографической диагностики или планового оперативного лечения.

Это еще раз подтверждает отсутствие четкой системы диагностики аневризм сосудов ГМ на догоспитальном этапе, что ведет к их частому осложнению внутричерепными кровоизлияниями с высоким процентом инвалидизации. Курильщиками являлись 26,47% больных, из них 74,07% — мужчины ($p \leq 0,05$); 14,71% больных заявляли врачу об эпизодическом употреблении алкоголя, из них 86,67% — мужчины ($p \leq 0,05$). АГ как основной доказанный ФР разрыва аневризм ГМ была установлена у 76,47% пациентов. Из них 53,92% страдали АГ III стадии ($p \leq 0,05$). В большинстве случаев АГ не имела должной коррекции на протяжении многих лет. Пациенты на догоспитальном этапе в течение нескольких лет, даже зная о повышенном АД, либо нерегулярно

принимали гипотензивные препараты, либо коррекция доз была недостаточной. Очевидно, что эти лица нуждаются в активном мультидисциплинарном подходе с привлечением кардиолога, что будет способствовать разработке тактики терапевтического ведения. Прямая корреляционная связь ($p \leq 0,05$) установлена только между степенью и стадией АГ (III степень, III стадия) и высоким риском внутримозгового кровоизлияния.

САК нередко сопровождается развитием церебрального вазоспазма (частота зависит от массивности и распространенности кровоизлияния и достигает 33–67% [10]), который является одним из основных факторов, определяющих тактику лечения. В связи с этим в день поступления в стационар таким больным целесообразно провести транскраниальное сканирование брахиоцефальных артерий (БЦА).

В ходе анализа особенностей ведения этих пациентов установлено, что дуплексное сканирование БЦА проводилось практически всем обследуемым в остром периоде базального САК. Лицам, поступавшим планово или вне острого периода кровоизлияния, дуплексное сканирование БЦА не проводилось. Ультразвуковая диагностика и контроль полученных данных УЗИ является основой профилактики отсроченных вторичных ишемических осложнений у пациентов с острыми САК. Помимо данной методики, в настоящее время все более доступной становится МРТ. Магнитно-резонансная ангиография (МРА) обладает высокой чувствительностью и специфичностью в отношении ЦАА (до 95,2%) и может использоваться как амбулаторный скрининговый метод [11]. По данным МРА можно установить истинные размеры аневризмы, в том числе ее тромбированной части, а 3D-реконструкция позволяет более наглядно представить данные МРА и сформировать пространственные представления о взаимоотношении сосудистых структур, что необходимо при планировании оперативного вмешательства.

Таким образом, в ходе статистического анализа установлено, что в группе исследования преобладали женщины, чаще — некурящие, в возрасте $50,0 \pm 2,1$ года ($p \leq 0,05$). Что касается мужчин, то чаще они были в возрасте $45,1 \pm 3,4$ года, курильщиками с эпизодами злоупотребления алкоголем ($p \leq 0,05$). У пациентов обоих полов установлена одинаково часто встречающаяся (чаще, чем в общей популяции) АГ ($p \leq 0,05$), в большинстве случаев — не контролируемая гипотензивными препаратами. Подтверждена прямая корреляционная зависимость между степенью и стадией АГ и фактом наличия аневризмы ГМ и ее разрывом ($p \leq 0,05$). Среди госпитализированных пациентов в 1,8 раза больше городских жителей ($p \leq 0,01$), что обусловлено численным преобладанием их в регионе.

По нашим наблюдениям, ЦАА больше чем в половине случаев манифестировались САК ($p \leq 0,05$), что свидетельствует об отсутствии настороженности в отношении диагноза ЦАА. Улучшить ситуацию с диагностикой бессимптомно протекающих ЦАА могли бы большая осведомленность о заболевании неврологов и

нейрохирургов всех уровней и доступность МРТ при обращении пациентов группы риска.

Все приведенные клинические особенности пациентов с ЦАА, проходивших лечение в нейрохирургическом отделении СОКБ, определяют необходимость повышения информирования врачей-неврологов и нейрохирургов о целесообразности выделения групп риска для проведения максимально ранней амбулаторной МРА и ультразвуковой диагностики. Необходимо также своевременное выявление, лечение и динамическое наблюдение пациентов с АГ на амбулаторном этапе. Кроме того, особое внимание следует обратить на мультидисциплинарный подход к стационарному ведению этих больных. Пациентов должны наблюдать нейрохирург, невролог и кардиолог, динамично изменяя гипотензивную и иную терапию в зависимости от клинического статуса и результатов проводимого в динамике наблюдения дуплексного сканирования БЦА.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Степанов И.А. Выбор способа лечения церебральных аневризм различной локализаций в условиях развития современных эндоваскулярных технологий // Вестник РАМН. – 2016; 71 (1): 31–40.
2. Гусев Е.И., Коновалов Л.П., Скворцова В.И. Неврология. Национальное руководство: руководство для врачей / М.: Всероссийское общество неврологов, 2015; с. 1064.
3. Дзяк Л.А., Цуркаленко Е.С. Инсульт у пациентов молодого возраста // Практик. ангиол. – 2010; 2: 21–7.
4. Епанова А.А. Комплексная лучевая диагностика аневризм и сосудистых мальформаций головного мозга. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2010.
5. Ablat A., Lawton M. Anterior cerebral artery bypass for complex aneurysms: an experience with in-tracranial-intracranial reconstruction and review of by-pass options // J. Neurosurgery. – 2014; 120: 1364–77.
6. Gawlitza M., Januel A., Tall P. et al. Flow diversion treatment of complex bifurcation aneurysms beyond the circle of Willis: a single-center series with special emphasis on covered cortical branches and perforating arteries // J. Neurointerv. Surg. – 2016; 8: 481–7. DOI: 10.1136/neurintsurg-2015-011682.
7. Gross B., Du R. Natural history of cerebral arterio-venous malformations: a meta-analysis // J. Neurosurg. – 2013; 118 (2): 437–43.
8. Mohr J., Paridcs M., Stapf C. et al. Medical management with or without interventional therapy for unruptured brain arteriovenous malformations (ARUBA): a multicentre, non-blinded, randomised trial // Lancet. – 2014; 383: 614–21.
9. Maurice-Williams R. Ruptured intracranial aneurysms has the incidence of early rebleeding been over-estimated // J. Neurol., Neurosurg., Psychiatr. – 1982; 45 (9): 774–9.

THE CLINICAL FEATURES OF CEREBRAL ARTERIAL ANEURYSMS AND INPATIENT MANAGEMENT IN SUCH PATIENTS

K. Agafonov¹; N. Maslova¹, MD; M. Agafonova², Candidate of Medical Sciences; D. Avdokhin²; A. Ivanov²; A. Tagil¹; A. Kuzminova¹; A. Rakov²

¹Smolensk State Medical University

¹Smolensk Regional Clinical Hospital

The paper analyzes 102 case histories of patients treated at the Department of Neurosurgery, Smolensk Regional Clinical Hospital, in 2015 to 2016 for a diagnosis of cerebral vascular aneurysms.

Key words: *neurology, cerebral arterial aneurysms, subarachnoid hemorrhage, early diagnosis of aneurysms.*

For citation: *Agafonov K., Maslova N., Agafonova M. et al. The clinical features of cerebral arterial aneurysms and inpatient management in such patients // Vrach. – 2018; 29 (4): 62–64. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-12*