

Результаты. В 116 (86,6%) случаях СТГ-продуцирующие аденомы были удалены тотально, при эндоскопическом контроле радикальности удаления опухолевой ткани выявлено не было. Субтотальное удаление проведено 18 (13,4%) пациентам. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не было. По показаниям пациенты получали медикаментозное лечение аналогами соматостатина и агонистами дофамина.

При динамическом наблюдении за пациентами в течение 1 года в группе тотального удаления признаков прогрессирования опухолевого процесса выявлено не было. Гормонально-метаболическая компенсация достигнута в 78 (67,2%) наблюдениях, субкомпенсация – в 24 (20,7%), отсутствие гормонально-метаболической компенсации – в 14 (12,1%) случаев.

У пациентов из группы субтотального удаления в 6 (33,3%) наблюдениях отмечено прогрессирование опухоли, в 4 (22,2%) – отсутствие гормонально-метаболической компенсации, что потребовало повторного хирургического вмешательства или проведения лучевой терапии. У 8 (44,5%) пациентов достигнута гормонально-метаболическая субкомпенсация.

Вывод: Эндоскопическое хирургическое лечение СТГ-продуцирующих аденом гипофиза обеспечивает возможность их радикального удаления у 86,6% пациентов и достижение гормонально-метаболической компенсации и субкомпенсации в 94,8% наблюдений.

ЛЕГКАЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА: ПРОБЛЕМЫ ДОСТОВЕРНОСТИ ДИАГНОЗА И НАПРАВЛЕНИЯ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Алексеев Ю. В.

Витебский государственный медицинский университет

Введение. Легкие черепно-мозговые повреждения (ЧМТ) нередко вызывают серьезные диагностические затруднения, что объясняется спецификой патогенеза, субъективным характером и вариабельностью клинических проявлений сотрясения головного мозга (СГМ) и ушибов мозга легкой степени [1]. При этом методы нейровизуализации, позволяют скорее исключить более тяжелые поражения головного мозга, но не являются чувствительными для подтверждения СГМ. Трудности диагностики СГМ часто связаны с недооценкой своевременного выявления, документирования и правильной интерпретации всех обстоятельств и симптомов острейшего периода травмы [3]. Вместе с тем, исследования, посвященные совершенствованию стандартов ведения данной категории пострадавших с позиций доказательной медицины, носят единичный характер [4].

Цель. Изучение факторов, затрудняющих достоверную начальную диагностику СГМ, а также обстоятельств, которые определяют выбор схемы ведения и терапевтических мишеней у данной категории пострадавших.

Материалы и методы: Были обследованы 184 пациента с диагнозом СГМ, проходивших обследование и лечение в нейрохирургическом отделении областной клинической больницы. Все пострадавшие были в возрасте 16-36 лет с достоверным анамнезом травмы, без серьезной сопутствующей неврологической или соматической патологии. Диагноз устанавливался после стандартного клиничко-инструментального обследования на основании действующих рекомендаций [1, 2].

Результаты и обсуждение: Стандартный подход к обследованию пострадавших с предполагаемым СГМ ориентирован на исключение более тяжелых форм травматического поражения головного мозга, особенно требующих хирургического лечения, разграничение СГМ и ушибов мозга легкой степени, а также изолированных ушибов мягких тканей головы без повреждения головного мозга [4]. Изучение серии клинических наблюдений позволяют выявить и систематизировать наиболее значимые факторы надежности диагноза СГМ. Использование специально разработанного диагностического алгоритма, который основывается на изучении важнейших анамнестических сведений, временной шкале и учете характерных симптомов СГМ позволяет отнести 62% пострадавших к категории пациентов с «достоверным» диагнозом СГМ, а 25% пациентов – к категории с так называемым «вероятным» диагнозом. У 13% пострадавших, при отсутствии некоторых необходимых существенных данных, на начальном этапе ведения диагноз СГМ мог быть расценен как «возможный» или даже «сомнительный».

Достоверный диагноз СГМ возможен и обычно не вызывает сомнений при известном времени и обстоятельствах травмы, сведениях о характерном механизме повреждения и последующих непродолжительных нарушениях сознания и памяти, развитии типичных симптомов (головная боль, тошнота, рвота), возможности первичного обследования пациента, включая оценку нарушений сознания в пределах получаса – одного-двух часов с момента происшествия, присутствия повреждений мягких тканей головы, исключения внутричерепного кровоизлияния и очевидных структурных поражений головного мозга с помощью компьютерной томографии. Уменьшает сомнения в отношении диагноза СГМ наступающее существенное улучшение самочувствия пациентов в пределах полутора-двух недель. В таких случаях, несмотря на субъективный характер преобладающих симптомов и большой вес сугубо анамнестических данных, диагноз СГМ представляется достаточно обоснованным, хотя и не бесспорным.

Однако даже при участии неврологов, нейрохирургов и доступности всех диагностических технологий для данной категории пострадавших, такая степень обоснованности диагноза СГМ в различных условиях возможна чуть более, чем в 60% случаев. Причем критическими факторами в таких обстоятельствах являются отсроченное по разным причинам обращение

пациентов за медицинской помощью и возможность своевременного раннего выполнения компьютерной томографии.

Таким образом, применение современных стандартов обследования пациентов с легкой ЧМТ и обоснование диагноза с учетом надежных диагностических критериев в различных условиях возможно у значительной, но лишь части пострадавших. У остальных пациентов удастся скорее исключить более серьезные повреждения мозга, чем с той или иной степенью надежности подтвердить диагноз СГМ. И если общие стандарты ведения пострадавших с легкой ЧМТ позволяют гарантировать благоприятные исходы у всех категорий пациентов, то решение экспертных вопросов требует индивидуального подхода. В этом отношении, особенно в условиях позднего обращения пострадавших, вероятно, необходим более осторожный подход с возможностью синдромального заключения и коррекции имеющихся цефалгических, вегетативных, эмоциональных или когнитивных нарушений. Необходима систематическая работа со специалистами общей медицинской практики с внедрением современных практико-ориентированных алгоритмов распознавания травматических поражений головного мозга и стандартов ведения пациентов с легкой ЧМТ. Вместе с тем, значительная вариабельность проявлений и течения легкой ЧМТ остается серьезной проблемой и определяется возрастом пострадавших, их исходным состоянием, сопутствующими заболеваниями, интоксикациями, обстоятельствами травмы, наследственными факторами, определяющими эффективность восстановительных нейропластических механизмов [1, 3].

Новые данные о механизмах легкой ЧМТ требуют уточнения задач и содержания лечебной программы, а также средств и возможностей профилактики посттравматических нарушений, в том числе постконтузионного (посткоммоционного) синдрома [2]. Стресс-протективный эффект ряда известных нейропротекторов и вазоактивных средств, и предотвращение кумулятивных поражений ЦНС («синдрома повторного повреждения») могут оказаться чрезвычайно полезны. Однако многие рекомендации до сих пор носят преимущественно эмпирический характер, их эффективность требует подтверждения в специальных исследованиях с позиций доказательной медицины.

Выводы.

1. Надежность диагноза СГМ, с учетом действующих критериев и стандартной схемы обследования пациентов, существенно варьирует и зависит, прежде всего, от времени обращения за медицинской помощью, ряда других дополнительных обстоятельств.

2. Терапевтическая программа при СГМ должна быть индивидуальной, где помимо симптоматической, может быть целесообразна нейропротекторная терапия. Однако, с учетом неоднородности групп пострадавших, требуется продолжение специальных исследований для уточнения ее рациональных схем и сравнительной эффективности.

Литература:

1. Алексеенко, Ю. В. Легкая черепно-мозговая травма / Ю. В. Алексеенко. – Витебск: Изд-во ВГМУ, 2001. – 155 с.
2. Легкая черепно-мозговая травма: Клинические рекомендации / Потапов А. А. [и др.]. – Москва: Ассоциация нейрохирургов России, 2016.- 23 с.
3. Management of Mild Traumatic Brain Injury at the Emergency Department and Hospital Admission in Europe: A Survey of 71 Neurotrauma Centers Participating in the CENTER-TBI Study / K. A. Foks [et al.] // Journal of Neurotrauma.– 2017.– Vol. 34, № 17.– P. 2529-2535.
4. Vos, P. E. Mild traumatic brain injury: EFNS guidelines on mild traumatic brain injury / P. E. Vos [et al.] // European Journal of Neurology.– 2012.– Vol. 19, №2.– P. 191-198.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ 3D ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ ОЧАГОВ ДЕМИЕЛИНИЗАЦИИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

**Андреева М. А., Федулов А. С., Карапетян Г. М., Косик И. И.,
Борисов А. В.**

Белорусский государственный медицинский университет

Введение. Современные критерии диагностики рассеянного склероза (РС) [McDonald criteria, 2017 г.] базируются на комплексной оценке клинической картины заболевания и данных магнитно-резонансной томографии (МРТ), позволяющих верифицировать диссеминацию очагов демиелинизации во времени и пространстве. Наличие у пациента множественных очагов демиелинизации уже на этапе первого клинического обострения затрудняет последующую оценку динамики патологического процесса – выявление и количественный подсчет вновь возникших очагов демиелинизации, мониторинг изменения размеров очагов. Заключение о динамике демиелинизирующего процесса значительно затрудняется при обследовании пациента на аппаратах МРТ с различной напряженностью магнитного поля, а также при отсутствии идентичных последовательностей сканирования в динамике (нестандартизированные условия МРТ-исследования).

Цель. Разработать критерии оценки динамики очагов демиелинизации при РС с применением программы 3D визуализации МРТ-изображений.

Материалы и методы: Проанализировано 171 МРТ исследования в DICOM формате, полученных в динамике от 54 пациентов. Метод 3D визуализации реализован в виде программного комплекса, позволяющего в автоматизированном режиме оценивать диагностически значимые характеристики виртуальной 3D-модели очагов демиелинизации. Количественная интерпретация очагов демиелинизации проходит следующие этапы:

1. создание 3D-модели очагового паттерна. Включает в себя выбор и загрузку необходимых для анализа последовательностей, сегментацию (выделение) очагов демиелинизации, построение 3D модели, сохранение полученных результатов моделирования;