

Выраженность нарушений при этом определяется сроками введения морфина в организм.

Литература

1. Лелевич, С.В. Метаболические аспекты морфиновой наркомании. – Гродно: ГрГМУ, 2007. – 140 с.
2. Лелевич, С.В. Нарушения метаболизма глюкозы в скелетной мускулатуре крыс в динамике алкогольного абстинентного синдрома / С.В. Лелевич // Вопросы наркологии. – 2008. – № 5. – С. 87-92.
3. Лелевич, С.В. Дорошенко, Е.М. Состояние нейромедиаторных систем в некоторых отделах головного мозга крыс в динамике алкогольного постинтоксикационного синдрома / С.В. Лелевич, Е.М. Дорошенко // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2011. – № 2. – С. 29-33.

**РОЛЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ (МРТ)
ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ
МЕНИНГЕАЛЬНОГО СИНДРОМА**

Луно Т.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Инфекционные поражения центральной нервной системы (ЦНС) различной этиологии в настоящее время являются очень актуальной проблемой. Характерные клинические симптомы не всегда являются специфичными, что может быть обусловлено другой патологией, включая неинфекционную [2, 4].

В настоящее время широко используются различные методы исследования, включая МРТ и КТ (компьютерную томографию) головного мозга. Согласно литературным данным известно, что данные методы визуализации позволяют диагностировать только выраженные (грубые) изменения со стороны ЦНС [1, 3].

Целью нашего исследования явилось изучение диагностической значимости МРТ у пациентов с менингеальным синдромом.

Материалы и методы. Нами ретроспективно изучены истории болезни пациентов УЗ «ГОИКБ», которым было проведено МРТ головного мозга за период 2008-2009 гг. Всего проанализированы 23 случая, из них 14 (60,1%) пациентов мужского и 9 (39,9%) лиц женского пола. 12 пациентов (52,2 %) поступали в стационар в среднетяжелом состоянии, остальные 11 человек (47,8%) - в тяжелом состоянии.

Пациенты поступали с жалобами, характерными для инфекционного поражения ЦНС. Среди характерных жалоб у 20 пациентов (86,9%) было повышение температуры, у 12 человек (52,2%) – головная боль, у 7 (20,3%) – рвота.

Всем пациентам проведены общеклинические исследования, включающие сбор жалоб, анамнеза заболевания, объективный осмотр. 14 пациентам (60,1%) была выполнена люмбальная пункция. Диагноз инфекционного поражения ЦНС в виде менингита был выставлен 5 пациентам (21,7%), менингоэнцефалита (2-8,7%), энцефалита (6-26,1%).

По диагнозам при поступлении пациенты распределились следующим образом (табл.1):

Таблица 1 - Перечень диагнозов при поступлении

Диагноз при направлении	n	%
Менингит?	6	26,0
Энцефалит	3	13,0
Клещевой энцефалит	2	8,7
Лихорадка неясной этиологии, МСК?	3	13,0
ОРВИ	6	26,0
Ботулизм?	1	4,3
Пневмония, МСК?	1	4,3
Цирроз печени, МСК?	1	4,3
Итого:	23	100

Исследования МРТ всем пациентам выполнялись в связи со сложностями в постановке диагнозов и необходимостью использования дополнительных методов исследований. У некоторых больных (n=3) при проведении МРТ была выявлена грубая органическая патология (объемное образование, аневризма, синдром Толоса-Ханта), требующие неотложной помощи других специалистов (нейрохирургия, неврология). У 2 пациентов не выявлено патологических изменений на МРТ.

Результаты. При анализе заключений МРТ у данных больных выявлены следующие изменения, в зависимости от клинического диагноза (табл. 2). Случаи с поражением вещества головного мозга были объединены в одну группу.

Таблица 2 - Показатели МРТ у пациентов с МСК

Показатели МРТ	ОРВИ (n=5)	Менингит (n=5)	Менинго- энцефалит (n=8)
Глиозные изменения	4 (80,0%)	1 (20,0%)	2 (25,0%)
Вентрикулодилатация	-	2 (40,0%)	4 (50,0%)
Расширение субарахноидального пространства	2 (40,0%)	-	3 (37,5%)
Дегенеративные изменения	1 (20,0%)	-	-
Повышение T2-сигнала	4 (80,0%)	3 (60,0%)	4 (50,0%)
Повышение T1-сигнала	2 (40,0%)	1 (20,0%)	2 (25,0%)
Понижение T1-сигнала	1 (20,0%)	-	-
Признаки отека головного мозга	-	-	2 (25,0%)
Воспалительные изменения	-	2 (40,0%)	2 (25,0%)

Закключение. Как следует из приведенных выше данных, специфических признаков, которые бы позволили использовать данный метод для диагностики начальных стадий или невыраженных признаков воспаления мозговых оболочек и для дифференциальной диагностики этиологии менингита не обнаружено.

Литература

1. Скрипченко, Н.В. Инфекционные заболевания нервной системы у детей: проблемы, поиски, решения / Н.В. Скрипченко// Нейроиммунология. Том II. – 2004. – № 1. – С. 12-20.
2. Цыркунов, В.М. Менингеальный симптомокомплекс: вопросы клинической дифференциации / В.М. Цыркунов, Т.В. Лиопо // Журнал ГрГМУ. – 2005. – № 1. – С. 81-85.
3. Hasbun, R. Computed tomography of the head before lumbar puncture in adults with suspected meningitis. / R. Hasbun, J. Abrahams, J. Jekel, V.J.Quagliarello // N. Engl. J. Med. – 2001. – 345. – P. 1727-1733.
4. Thomas, KE. The diagnostic accuracy of Kemig's sign. Brudzinski'ssign, and nuchal rigidity in adults with suspected meningitis. / K.E. Thomas, R. Hashun, J. Jekel, V.J. Quagliarello // Clin Keel Dis. – 2002. – 35. – P. 46-52.