

Болевой синдром при травматическом поражении зрительного нерва и прогноз зрительных функций у больных с травматическими каротидно-кавернозными соустьями

Рахматуллаева Д.С.

Республиканский Научный Центр Нейрохирургии
Ташкент
Узбекистан
+998712649625
kariev@bcc.com.uz

Травматические каротидно-кавернозные соустья – тяжелая патология сосудов головного мозга, связанная с образованием фистулы внутренней сонной артерии в кавернозном синусе. Офтальмологические симптомы являются ведущими в клинической картине заболевания, наиболее тяжелое из них, понижение зрения и слепота отмечаются у половины больных с ТККС. Болевой синдром обусловлен парезом первой ветви тройничного нерва на стороне соустья, а также застойными явлениями в глазном яблоке и глазнице.

Цель: Изучить состояние зрительных функций в зависимости от особенностей клинического течения заболевания.

Материалы и методы: Обследовано 52 больных, проведено полная нейроофталь-мологическое обследование.

Результаты: Исследования показали, что в 16 % наблюдений основной причиной зрительных нарушений являются травматическое поражение зрительного нерва в области его канала во время травмы, вызвавшей формирование соустья. У 46 % больных понижение зрения и слепота обусловлены гемодинамическими нарушениями в глазу и глазнице в результате функционирования соустья. При этом выявляется прямая зависимость степени поражения зрительных функций от тяжести офтальмокопической патологии. Наиболее низкое зрение вплоть до слепоты отмечаются у больных с картиной острого нарушения кровообращения в сосудах питающих зрительный нерв и сетчатку по типу тромбоза центральной вены сетчатки (ТЦВС), особенно при длительном течении заболевания. Клиническая картина заболевания после эндоваскулярных операций показала, что зрительные функции не восстанавливаются у больных с острым нарушением кровообращения по типу ТЦВС. Выключение соустья в ранние сроки заболевания позволяет сохранить зрительные функции у этих больных.

Выводы: Таким образом, грубая патология глазного дна у больных с ТККС являются показанием к ускоренному выключению соустья с целью сохранения зрения.

Особенности КТ-, МРТ- проявів кавернозних ангіом головного мозку

Робак О.П., Робак К.О., Гетьман О.М.,
Маховський С.В., Вакарюк В.Є.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины
Київ
Україна
0444830668
olegrobak@mail.ru

Мета роботи. Визначити специфічні комп'ютерно-томографічні та МРТ прояви особливого виду судинних мальформацій головного мозку – кавернозних ангіом з метою покращення їх диференційної діагностики.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз КТ-, МРТ- та АГ-обстежень 106 хворих з клінічно встановленим діагнозом кавернозна ангіома. Вік пацієнтів становив 5-76 років, з них жінок – 65, чоловіків – 41.

Результати і їх обговорення. Більшість кавернозних ангіом протікали безсимптомно (57%) та були діагностовані як випадкові знахідки при зверненні до невролога з приводу цефалгії або легкої черепно-мозкової травми. У 32% хворих було запідозрено гостре порушення мозкового кровообігу та діагностовано спонтанний субарахноїдальний крововилив (14%), внутрішньомозкову гематому (10%) та ішемічне ураження мозку (8%). В 11% випадків спостерігалися різного типу епілептичні напади. В двох останніх групах переважали пацієнти молодого віку. При КТ-обстеженнях діагноз каверноми виявлявся у разі виявлення невеликих, здебільш множинних (63%) осередків неправильної форми (діаметром від 0,5 до 3,5 см), що мали підвищену щільність. Досить часто в осередках зустрічалися невеликі петрифікати. Симптоми об'ємної дії та перифокальний набряк були відсутні. Для диференційного діагнозу, в першу чергу з пухлинами мозку, проводилося внутрішньовенне підсилення. Накопичення контрасту при кавернозних ангіомах відбувалось досить слабо. Так як кавернозні ангіоми складаються з мілких, щільно розташованих венозних порожнин, в яких досить часто зустрічаються тромбози, крововиливи та звапнення, МРТ-картина їх була різноманітною. При наявності крововиливу, вміст каверноми мав гіперінтенсивний МР-сигнал на T1 зважених зображеннях в підгостру фазу, гіпо- та гіперінтенсивний сигнал на T2 W1. У хронічній фазі (1,5-2,0 міс) на периферії осередка крововиливу на T2 зважених зображеннях спостерігався феномен втрати сигналу, зумовлений наявністю гемосидерину по його контуру. При наслідках раніше перенесених геморагій у віддаленому періоді (півроку-рік) кавернома мала ізо-, гіпоінтенсивний на T1 W1 і гіпоінтенсивний МР-сигнал на T2 W1. При введенні контрастуючого агента відмічалось незначне підвищення сигналу в каверномі. При виконанні селективної церебральної ангіографії кавернозні ангіоми не контрастувалися. Виявляючої локалізації каверном в якомусь із відділів головного мозку не визначено.

Висновки. Радіологічно достовірний діагноз кавернозної ангіоми можливий при використанні декількох методів обстеження та клініко-томографічного співставлення.