

Рецидивы аденом после оперативного вмешательства (в наших случаях за период наблюдения их было 13, причем 1 пациент – был оперирован 4 раза, четверо – трижды, – 8 пациентов – дважды, процент рецидива составил – 9,3%), требуют особого подхода в связи с определенными отягчающими обстоятельствами. Наряду со случаями успешного хирургического лечения больных с макроаденомами, следует привести и примеры успешного консервативного ведения пациентов с аденомами гипофиза, даже макроаденомами, когда их размер составлял более 20 мм (4 – наблюдения). Все эти случаи касались пролактином, (рис. 4). Пример, одного из таких наблюдений приводится ниже.

Выводы

Эти случаи подтверждают тот факт, что при пролактиномах ведение пациентов консервативным способом вполне оправдано. Регресс клинической симптоматики особенно выражен при микроаденомах гипофиза, связанных дисфункцией щитовидной железы, приемом контрацептивных средств, а также при микропролактиномах (размер гипоинтенсивных включений в передней доле 4–6 мм), аденомах, размеры которых не превышали 10мм. Именно, исходя из этих соображений, при динамическом МРТ наблюдении, патологические изменения в передней доле гипофиза мы разделили на аденопатии (мелкие гипоинтенсивные на T1 включения до 1–2 мм в передней доле гипофиза числом от 1 до 4-х, не склонные к слиянию), микроаденомы – размеры 4–6 мм и аденомы (6–10 мм), и макроаденомы – размеры аденом были более 10 мм. В большинстве эти случаи требуют консервативной тактики лечения у эндокринолога, но подход с точки зрения МРТ – наблюдения должен быть разный. Так, при изменениях гипофиза, обусловленных аденопатиями достаточно наблюдения 1 раза в 2 года; при аденомах, размер которых составляет 4–6 мм – 1 раз в 1,5 года; при пролактиномах размером 6–10 мм – 1 раз в год. Следует отметить, что в процессе динамического наблюдения за больными с аденомами гипофиза при гиперпролактинемиях, следует добиваться перевода аденомы в аденопатию, а при уменьшении размеров включений до 2–3 мм, обязательно должен осуществляться в дальнейшем гормональный контроль раз в 3–6 мес. При этом, нет необходимости, как понимают некоторые эндокринологи в проведении магнитно-резонансной томографии на этапах лечение бромкриптином или достинексом каждые полгода. Оптимальным можно считать, когда контроль над ситуацией ведется в содружестве врача – эндокринолога и специалиста МРТ.

Список литературы

1. Алешин Б.В. Гистофизиология гипоталамо-гипофизарной системы. – М.: Медицина, 1971. – 440 с.
2. Беличенко О.И., Воронцов А.В. Основы магнитно-резонансной томографии и применение МРТ в клинической практике // Терапевт. – 2010. – № 7 – С. 49–56.

3. Белов С.А., Ахадов Т.А., Кравцов А.К. Магнитно-резонансная томография гипофиза у детей в норме, при гипофизарном нанизме и других патологических состояниях // Современные возможности магнитно-резонансной томографии: материалы научно-практической конференции. – М., 12–13 ноября 1998. – С. 29–33.

4. Дедов И.И. Клиническое применение магнитно-резонансной томографии в диагностике аденом гипофиза: учебное пособие / И.И. Дедов, С.К. Терновой, А.В. Воронцов и др. – М., 2003. – 56 с.

5. Лукьяненок П.И., Дубровин А.В., Гудкова Т.К., Бородин О.Ю. Определение объема гипоталамо-гипофизарных сечений при низкопольной магнитно-резонансной томографии // Мед. Виз. – 2007. – № 3. – С. 29–36.

6. Мычка В.Б., Чазова И.Е. Роль гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси в патогенезе артериальной гипертонии у больных с пролактиномой передней доли гипофиза // Тер. Архив. – 2000. – т. 72. – № 9. – С. 10–13.

7. Шалек Р.А., Виноградов В.М., Гармашов Ю.А., Карлин Д.Л., Ялынич Н.Н., Жидков М.В., Герасимов С.В. Стереотаксическая протонная радиохирургия и фотонная терапия артериовенозных мальформаций // Радиология – практика. – 2008. – № 4. – С. 13–18.

8. Эндокринология: руководство для врачей в 2 т. / под ред. С.Б. Шустова. – СПб.: Спец Лит., 2011 г. – Т.1: Заболевания гипофиза, щитовидной железы и надпочечников. – С. 67.

9. Di Chiro G., Nelson KB. The volume of the sella turcica // Am J Radiol. – 1962. – Vol. 87. – P. 989–1008.

10. Lukyanyonok P.I., Dobrevin A.V., Kollogrivova I.V. Determination of hypophysis volume by sagittal slices date obtained by low field magnetic resonance tomography // International Jour. of applied and fundamental research. – 2011. – № 1. – P. 11–17.

11. Lundin P., Pedersen, F. Volume of pituitary macroadenomas: assessment by MRI // Journal of Computer-Assisted Tomography. – 1992. – № 16. – P. 518–528.

12. Riedel M., Noldus J., Saeger W., Lüdecke D.K. Sellar lesions associated with isolated hyperprolactinaemia Morphological, immunocytochemical, hormonal and clinical results // Acta Endocrinol. – 1986. – Vol. 113. – № 2. – P. 196–203.

13. Sage M.R., Blumbergs P.C. Primary empty sella turcica: A radiological-anatomical correlation // Australasian Radiology. – 2000. – Vol. 44. – P. 341–348.

СИНДРОМ АСИММЕТРИИ ВЕНОЗНЫХ СТОКОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МИГРЕНЬЮ

Лукьяненок П.И.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт кардиологии», Томск, e-mail: Lukans@yandex.ru

Актуальность. Венозный застой является важным пусковым моментом в развитии церебральной ишемии и внутричерепной гипертензии, которые могут обуславливать появление мигрени и, соответственно, – провоцировать подъемы артериального давления. Важность венозного застоя возрастает в условиях повышения периферического сопротивления, обусловленного нарушением «механики» оттока крови по венозным стокам из полости черепа.

Цель исследования: оценить особенности формирования венозных стоков и основной артерии у больных АГ с использованием сосудистых 3-D-TOF протоколов и их связь с вариабельностью АД и головной болью.

Материал и методы. Оценку краниовертебрального перехода и формирования венозных стоков проводили с использованием низкопольных и сверхпроводящих МРТ-систем (протоколов

2 и 3-D-tof) у 131 больного АГ (М-74, Ж-57). Оценивался тип формирования основной артерии на поперечных сечениях, ширина просвета позвоночных и поперечных синусов, варианты формирования венозных стоков, высота стояния миндаины мозжечка по отношению к кливоокципитальной линии, связь с вариабельностью суточного АД, наличие головной боли и головокружений.

Группу контроля послужили 15 добровольцев с исключенной патологией сердечно-сосудистой системы без повышения АД.

Результаты. При проведении магнитно-резонансной томографии у лиц контрольной группы нарушение архитектоники и проходимости сосудов отсутствовали. Тем не менее обращало на себя внимание преимущественное развитие правого поперечного синуса (у 59%), или левого (25%) здоровых лиц. Идеальное, симметричное развитие обоих поперечных синусов было только в 16% случаев. Клинически значимая разница наблюдалась в случае превышения асимметрии синусов более 40%, что уже сказывалось на размерах субарахноидальных пространств и луковиц яремных вен. У больных АГ ослабление сигнала потока от сагиттального синуса наблюдалось в 83% случаев, а расширение поверхностных вен достигало 88% случаев, что указывало на затруднение венозного оттока. У большинства больных (77%) отмечалась асимметрия поперечных и сигмовидных синусов, причем эта значимость возрастала при более тяжелом течении АГ. У 5 больных сигнал потока от поперечных синусов практически отсутствовал. В 13 случаях, значимая асимметрия синусных стоков была обусловлена последствиями перенесенной травмы, в 7 случаях – перенесенными инфекциями придаточных пазух, эпителимпанитом, мастоидитами. Ранее, при проведении суточного мониторинга АД у пациентов с расширением поверхностных вен были обнаружены более высокие показатели вариабельности дневного САД по сравнению с контролем ($14,2 \pm 4,1$ и $11,4 \pm 3,2$ мм рт.ст. соответственно, $p = 0,016$). Нарушение венозного оттока по поверхностным венам также достоверно чаще встречалось у нондипперов ($s_2 = 9,78$, $p = 0,0018$) и у найтпикеров ($s_2 = 5,13$, $p = 0,023$), чем у дипперов. У пациентов с ослаблением сигнала от правого сигмовидного синуса, по сравнению с пациентами с нормальным сигналом, отмечались более высокие значения вариабельности ночного ДАД ($9,6 \pm 2,5$ и $7,6 \pm 2,1$ мм рт.ст. соответственно, $p = 0,015$), соответственно чаще встречались симптомы венозного застоя обуславливающие мигренозные боли. В зависимости от типа формирования основной артерии пациенты были разделены на 3 группы: с левым, правым и симметричными типами кровообращения. В данных группах оценивались как размеры

позвоночных и основной артерии, так и размеры синусов. При проведении корреляционного анализа в целом по группе выявлена корреляция между размером левого синуса и просветом левой позвоночной артерии ($p = 0,01$). Пациенты с выраженной асимметрией центральных венозных коллекторов отличаются повышенными уровнями ночного САД и ДАД, повышенными нагрузочными индексами ночного САД и ДАД, нарушением суточного профиля АД.

Выводы. МРТ протокол обследования больных артериальной гипертензией должен включать оценку краниовертебрального перехода, а также сосудистые 3-D-tof программы, причем как в артериальную, так и венозные фазы, поскольку это влияет на подходы и тактику лечения больных АГ. Варианты формирования как основной артерии, так и синусных стоков вносят значимый вклад в клинику гипертензивной энцефалопатии. Выраженной асимметрией поперечных стоков следует считать рубеж 60%, поскольку после него нарастают симптомы, обуславливающие колебания артериального давления и гипертензивные энцефалопатические проявления. Кроме того, у пациентов с выраженной асимметрией сигмовидных и поперечных синусов течение АГ отличаются повышенными уровнями ночного САД и ДАД, повышенными нагрузочными индексами ночного САД и ДАД, нарушением суточного профиля АД.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ДАННЫХ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

²Паршин Е.А., ²Чудинов И.Л., ¹Кужелева Е.А.

¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт Кардиологии», Томск, e-mail: pea75@mail.ru;

²Национальный исследовательский Томский политехнический университет, Томск

Летальность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) относится к числу важнейших эпидемиологических показателей, поскольку объективно отражает организацию, эффективность и качество оказания медицинской помощи больным ИБС. Результаты первых эпидемиологических исследований, выполненных по программе «Регистр ОИМ» еще в 70-е годы, показали, что общая годовая летальность при ОИМ в среднем составляла 33–68%. В структуре общей летальности госпитальная занимает лишь небольшую часть (12–17%) в связи с чем. По мнению ряда авторов, последняя не может служить объективным критерием оценки эффективности используемых мер борьбы с ОИМ [1].

Поэтому изучение и аналитическое исследование данных РОИМ является важной составляющей всего комплекса мер направленных на снижения смертности от ССЗ.

Для изучения заболеваемости ОИМ еще в 60-х годах прошлого столетия рабочей груп-