

Є.Х. Заремба, Я.В. Мизак

Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК АНЕВРИЗМИ СЕРЕДНЬОЇ МОЗКОВОЇ АРТЕРІЇ

Резюме

У статті описаний клінічний випадок та основні аспекти перебігу аневризми середньої мозкової артерії, а також сучасні методи діагностики й лікування цього захворювання.

Ключові слова

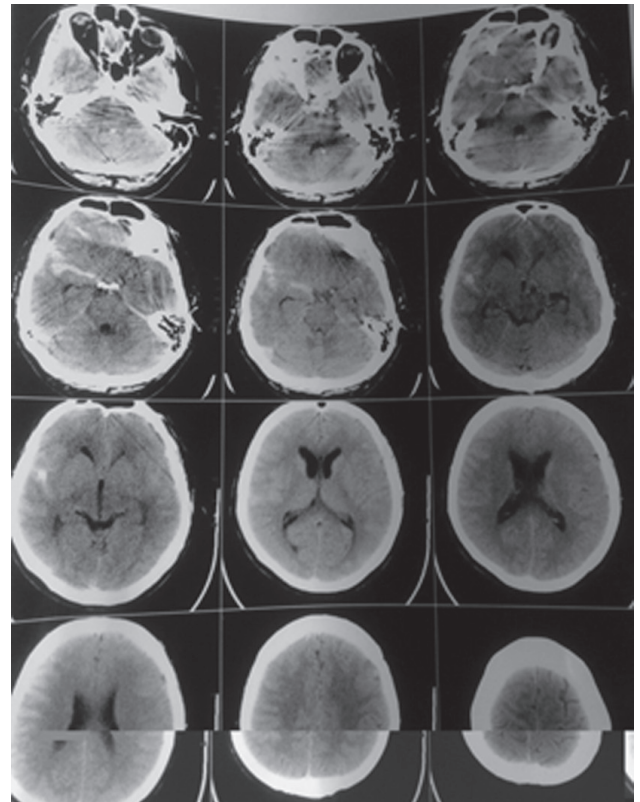
Аневризма, мозкові артерії, клінічний випадок.

Хворий К., 43 роки звернувся самостійно в Комунальну міську клінічну лікарню швидкої медичної допомоги (КМК ЛШМД) 29.01.2013 року о 14 год. 10 хв зі скаргами на біль у потиличній ділянці, головокружіння, артеріальний тиск (АТ) до 150/100 мм рт.ст., загальну слабкість. Захворів раптово. 28.01.2013 року в 11 год. ранку хворий у ванні на фоні повного благополуччя втратив свідомість. Працює механіком на автомобільному підприємстві. Алергологічний анамнез необтяжений, шкідливі звички заперечує, прооперований із приводу пахової кири.

Об'єктивно. Загальний стан хворого середньої тяжкості, свідомість ясна, займає активне положення в ліжку. Будова тіла нормостенічна, стан живлення задовільний. Температура тіла 36,8 °С, шкіра та видимі слизові блідо-рожеві, чисті. Слизові оболонки губ і ротової порожнини вологі, чисті. Підшкірно-жирова клітковина розвинена рівномірно, переферичні лімфатичні вузли не збільшені, щитоподібна залоза не збільшена, набряки на нижніх кінцівках відсутні. Неврорлогічний статус: хворий у свідомості, контактний. ЧМІ зіниці L=D, окорухова функція збережена. Обличчя симетричне, язик по середній лінії. Сухожилкові рефлексі L=D. Патологічні рефлексі, парези, розлади чутливості відсутні. Ригідність м'язів потилиці +3см, с-м Керніга (+) з обох сторін. У легенях аускультативно везикулярне дихання, хрипи відсутні. ЧД 18 дих./хв. Перкуторно над легенями ясний легеневиий звук, серце – тони чисті, ритмічні, акцент II тону над аортою, шуми відсутні, ЧСС 62 уд/хв АТ-150/90 мм рт.ст. Язик чистий, не обкладений. Живіт м'який, неболючий, печінка по краю реберної дуги. Селезінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін, сечовипускання вільне. Добовий діурез 1,8 л. Фізіологічні відправлення – у нормі.

ЕКГ: негативний зубець Т у III стандартному відведенні, блокада лівої ніжки пучка Гіса.

На КТ головного мозку: у проекції сілвієвої щілини справа геморагічний вміст поширюється в субарахноїдальні простори правої гемісфери; серединні структури не зміщені; шлуночкова система не компресована, просвіт вільний; субарахноїдальні простори поширені, вільні. Гіперденсивний фокус близько 5 x 7 мм, справа дотичний до правої середньої мозкової артерії – аневризматичний мішок.



Висновок: спонтанний субарахноїдальний крово-
вилив, аневризма правої середньої мозкової артерії.

Після звернення хворий був терміново госпіта-
лізований у неврологічне відділення, проведено
Ехо-КГ. **Заключення.** Незначна дилатація лівого
передсердя, гіпертрофія стінок лівого шлуночка,
фракція викиду – 63%, задовільна.

Результати лабораторних досліджень. За-
гальний аналіз крові: гемоглобін – 139 г/л; лейко-
цити – 8,9 г/л; ШОЕ – 18 мм/год. Цукор крові – 5,0
ммоль/л. Загальний аналіз сечі: кількість 70 мл,
колір жовтий, мутна, білок – 0,033 г/л. Біохіміч-
ний аналіз крові: загальний білок 88,6 г/л; сечови-
на 3,5 ммоль/л; білірубін загальний 13,8 ммоль/л.
Коагулограма: протромбін час – 15", протромбінів
індекс 100", акт. час рекальцинації – 52", фібриноген
3,8 г/л.

Лікування:

NaCl 0,9% - 100,0

Панангін - 10,0

Мілдронат - 5,0

MgSO₄ 25% - 5,0

Фуросемід - 2,0 в/в

Розчин Рінгера - 400,0 в/в крап.

Реосорбілакт - 200,0 в/в крап.

Контривен – 30 тис. в/в стр.

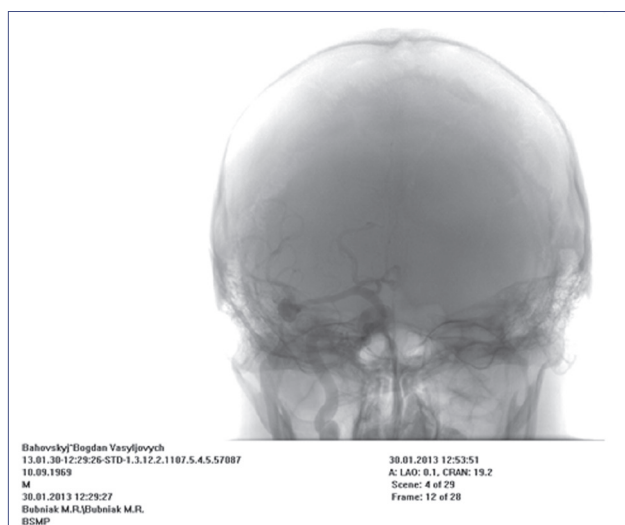
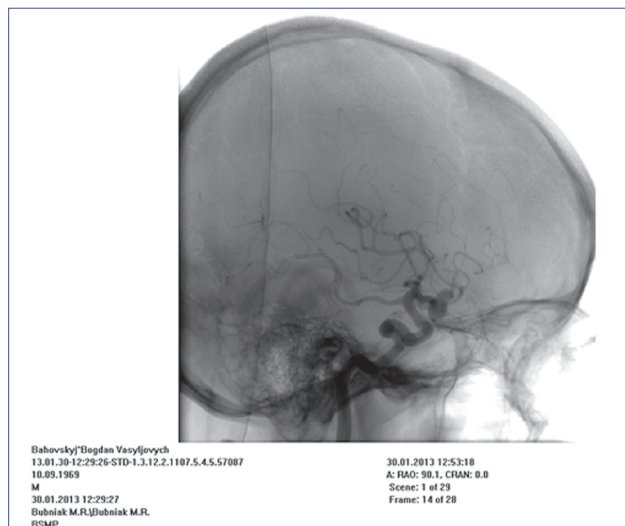
Диценон - 2,0 в/в стр.

в/в крап.

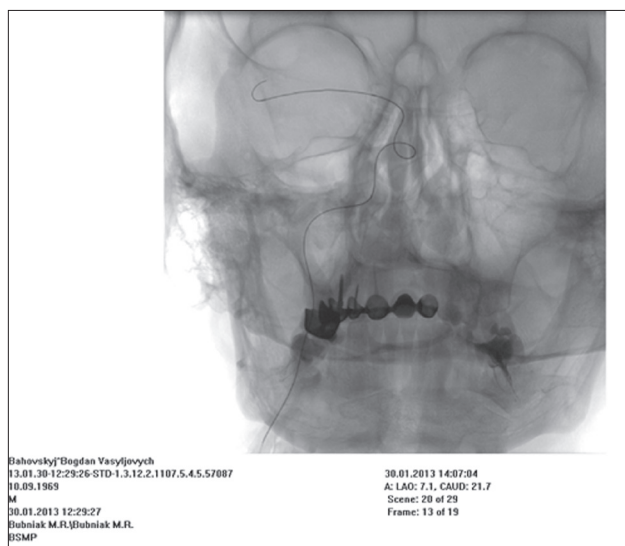
30.01.13 р. пацієнту було проведено селек-
тивну церебральну ангіографію за Селдінгером.
Обстеження пройшло без ускладнень. Висновок
ангіографії: мішкоподібна аневризма середньої
мозкової артерії справа, розміром 8 x 8 x 6 мм, із
шийкою 2,5 мм. Стеноз екстракраніального відді-
лу правої СМА – до 60%.

Проведена малоінвазивна операція: емболі-
зація аневризми мікроспіралями, що відділяють-
ся. Через встановлений у ліву стегнову артерію
інтродюсер (6 Fr) провідником катетером (на-
прямний пристрій Envoy 6 Fr 0.070 кінчик форми
Headhunter 90 см) катетеризовано праву внутріш-
ню сонну артерію. Виконане повторне ангіогра-
фічне дослідження правої ВСА в проекції LAO7/
CAU22. Виявлено мішковидну аневризму правої
середньої мозкової артерії розміром 8 x 8 x 6 мм,
із шийкою аневризми 2,5 мм. Із використанням
режиму «дорожня карта» мікрокатетер Prowler
14 150/50/1,9 Fr із двома маркерами на мікро-
провіднику Transend EX 0,014 205/39/2 cm із кін-
чиком J введено в порожнину аневризми. Прове-
дено аневризмографію. У порожнину аневризми
введено такі мікроспіралі:

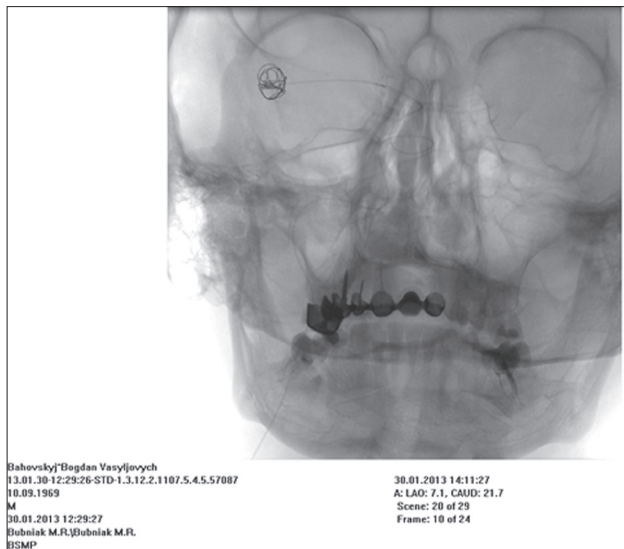
1. Мікроспіраль GDC 10 3D 8x20 (8mm x 20 cm)
2. Мікроспіраль GDC 10 2D 7x25 (7mm x 25 cm)
3. Мікроспіраль GDC 10 2D 4x10 (4 mm x 10 cm)



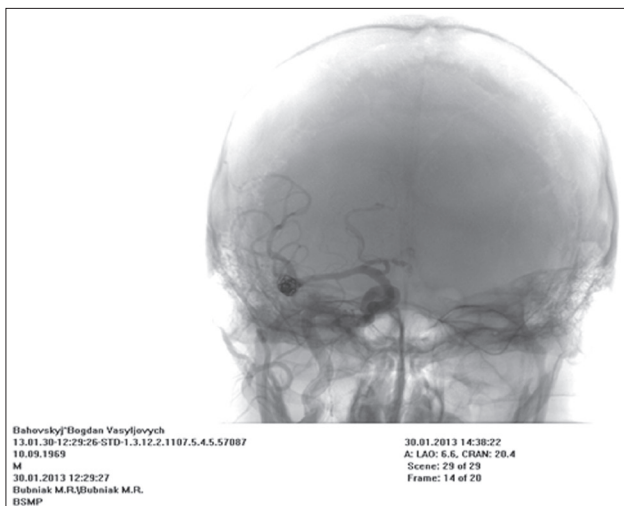
До введення мікроспіралей



Введення провідника з J кінчиком



Введення першої мікроспіралі



Контрольна ангіографія. Закінчення емболізації аневризми мікроспіралями.

Проведено контрольну ангіографію правої внутрішньої сонної артерії, спазму судин не виявлено, аневризма виповнена на 90%. Гемостаз. Накладено тиснучу пов'язку на стегно. Пульсація простежується на обох стопах.

На основі скарг хворого при поступленні, анамнезу, даних об'єктивного обстеження та результатів лабораторно-інструментальних досліджень

хворому виставлено клінічний діагноз: Спонтанний субарахноїдальний крововилив на ґрунті розриву аневризми правої середньої мозкової артерії. Емболізація мішковидної аневризми правої середньої мозкової артерії (30.01.2013 р.).

30.01.2013 р. Хворому з лікувальною метою проведено люмбальну пункцію в поперековому відділі хребта під місцевою анестезією. Отримано 8 мл крові, чистого ліквору який витікав під високим тиском. Ускладнень під час і після пункції не було. Ліквор передано на аналіз.

Результат аналізу: 5,0 мм, слабо-кров'яниста, слабо-мутна, реакція панді позитивна.

Білок 0,66 г/л, цитоз 0,032 г/л. Мікроскопія: еритроцити на все поле зору. Ер. зм. 8-10 у полі зору.

4.02.2013 р. Кольорова транскраніальна доплерографія. Виявлено ознаки вираженого вазоспазму, праворуч до критичного рівня по передній мозковій і середній мозковій артеріях.

7.02.2013 р. Кольорова транскраніальна доплерографія. Заключення: наявні ознаки вираженого вазоспазму праворуч по середньомозковій артерії до критичного рівня, по інших басейнах ознаки вазоспазму не визначаються.

11.02.2013 р. ЕКГ у динаміці. Відсутність негативного зубця Т у III стандартному відведенні, що спостерігалось на попередній електрокардіограмі. Блокада передньої гілки лівої ніжки пучка Гісса.

12.02.2013 р. Кольорова транскраніальна доплерографія. При обстеженні – хід загальних сонних артерій правильний, судини прохідні, біфуркація загальної сонної артерії в типовому місці. Товщина комплексу інтима-медіа в загальній сонній артерії – 0,7 мм з обох боків. Кровоплин по правій внутрішній сонній артерії з ознаками дистального ангіоспазму. Хребтові артерії візуалізуються з обох боків, діаметр у межах норми, кровоплин з ознаками помірної екстравазальної компресії з обох боків у сегменті V-2.

При виписці стан хворого задовільний. Рекомендовано нейроксон – за схемою (1 таб. х 3 рази на день), екватор 10/5 – 1 таб. х 1 раз на день, контроль АТ, гіпохолестеринова дієта, пантокальцин – 250 мг х 2 рази на день, диспансерне спостереження в сімейного лікаря, невропатолога.

CLINICAL CASE ANEURYSM OF THE MIDDLE CEREBRAL ARTERY

Ye.Kh. Zaremba, Y. Myzak

Summary

In this article to describes the main aspects of the clinical course of the middle cerebral artery aneurysm, and modern methods of diagnosis and treatment of this disease.

Keywords: aneurysm, cerebral artery, clinical course.