

Sh. Merkelbach, M. Muller, K. Schimrigk

ВЫЯВЛЕНИЕ И ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БАКТЕРИАЛЬНЫМ МЕНИНГИТОМ

Неврологическая клиника университета земли Саарланд, Германия

Р е ф е р а т. Для клинической оценки бактериальных менингитов у 43 пациентов были использованы три метода: шкала Глазго, шкала Хунта и Гесса и скандинавская шкала оценки инсульта. Обследование проводилось на 1, 3, 5, 8 и 14-й дни. Исходя из результатов исследования рекомендована количественная оценка состояния больных по шкалам, которая позволяет более точно описывать и сравнивать эффективность лечения.

Sh. Merkelbach, M. Muller, K. Schimrigk

КӨЧЛЕ БАКТЕРИАЛЬ МЕНИНГИТ БЕЛӘН АВЫРУЧЫЛЫРЫНЫҢ КЛИНИК БИЛГЕЛӘРЕН АЧУ ҖӘМ БӘЯЛӘУ

43 пациенттагы бактериаль менингитның клиник бәяләү өчен 3 ысулдан файдаланылды: Глазго шкаласы, Хунта һәм Гесса шкаласы, инсультны бәяләүче Скандинавия мәктәбе. Тикшерү 1, 3, 5, 8 һәм 14 көннәрдә үткәрелде. Үткәрелгән тикшеренүләр нәтижәсенә таянып, авыруларның халәтенә шкала буенча микьдари бәяләмә бирү тәкъдим ителә. Мондый бәяләмә дөваланы төгәлрәк сурәтләргә һәм дөваләү уңышлылыгын чагыштырып карарга мөмкинлек бирә.

Sh. Merkelbach, M. Muller, K. Schimrigk

REVEALING AND EVALUATION OF CLINICAL SYMPTOMS IN PATIENTS WITH ACUTE BACTERIAL MENINGITIS

For clinical evaluation of bacterial meningitis in 43 patients three methods were used: Glasgo scale, Hunt and Gess scale and Scandinavian school of insult evaluation. Investigation has taken place on the 1 st, 3 rd, 5 th, 8 th and the 14 th days. On the basis of the investigation results it was recommended to use the quantitative evaluation of patients' state according to scales, since it allows to have more detailed description and comparison of treatment effectiveness.

Клиническая картина течения бактериальных менингитов отличается большим разнообразием. Важное значение для течения заболевания, следовательно, и его прогноза имеют такие факторы, как тип возбудителя заболевания у конкретного больного, возраст, предшествующие заболевания, наличие иммунологического дефицита, а также развитие в острой фазе заболевания различных осложнений [1—3].

Смертность при заболевании бактериальным менингитом варьирует от 4 до 40 % и практически не зависит от появления в практике новых антибактериальных препаратов. Наивысший процент летальных исходов наблюдается при бактериальных менингитах, вызванных пневмококками [1—3].

При исследовании многих неврологических заболеваний все чаще используются кли-

нические шкалы, позволяющие представить развитие и течение заболевания в стандартизированной форме. При этом представляется возможность сравнить течение заболевания у пациентов, находящихся на лечении в различных клиниках или получающих различные медикаменты. При исследованиях рассеянного склероза и заболевания Гийена—Барре использование шкал уже получило широкое распространение, в то время как при изучении менингоэнцефалита аналогичные методы или вообще не применяются или используются очень редко.

На примере пациентов с острым бактериальным менингитом нами было проверено, насколько хорошо можно стандартизованно описать течение заболевания с помощью общепринятых клинических шкал и с какой степенью вероятности можно применять эти шкалы в качестве количественного прогностического индикатора прогноза заболевания.

Под нашим наблюдением находились 43 пациента с острым бактериальным менингитом (28 мужчин, 15 женщин в возрасте от 18 до 81 года). Диагноз ставили на основании клинических симптомов (остро развивающаяся головная боль, повышение температуры более 38,5°C и явления менингизма), а также по результатам лабораторных исследований. При бактериальных инфекционных заболеваниях в 36 из 43 случаев возбудитель был обнаружен при анализе ликвора. В остальных случаях необходимым условием для постановки диагноза являлось наличие гранулоцитарного плеоцитоза не менее 1000 клеток в 1 мл ликвора (табл. 1).

Таблица 1

Возбудители заболевания	
Возбудители	Число больных
Streptokokkus pneumoniae	15
Различные стафилококки	6
Различные стрептококки	4
Borrelia burgodorferi	3
Mycobacterium tuberculosis	2
Candida albicans	2
Listeria monocytogenes	1
Corynebacterium diphtheroides	1
Неизвестны	7

Лечение пациентов начинали сразу после установки диагноза. Пациенты получали антибиотикотерапию с использованием пенициллина Г, цефотаксима и гентамицина. Выбор препарата в дальнейшем определяли в зависимости от данных исследования микробиологической чувствительности (антибиотикограммы). При необходимости проводили интенсивную терапию, включая введение гипертонических растворов и искусственное дыхание.

Для клинической оценки состояния пациентов нами были выбраны шкала коматозных состояний Глазго [4], шкала Хунта и Хесса [5] и скандинавская шкала инсультов [6]. Шкала коматозных состояний Глазго (табл. 2) широко применяется в практике, ее легко использовать, и она обладает высокой валидностью и надежностью.

Таблица 2

Шкала коматозных состояний Глазго

Показатели	Пункты
Открытие глаз	
спонтанное	4
по команде	3
в ответ на болевое раздражение	2
отсутствует	1
Вербальная коммуникация	
ориентирован	5
спутанность сознания	4
отдельные слова	3
отдельные звуки	2
отсутствует	1
Двигательная реакция	
согласно команде	6
направленная реакция защиты в ответ на болевое раздражение	5
сгибательные последовательные движения	4
атипичные сгибательные движения	3
реакция разгибания	2
отсутствует	1

Шкала Хунта и Хесса (табл. 3) изначально была разработана для больных с субарахноидальным кровоизлиянием. С клинической точки зрения между субарахноидальным кровоизлиянием и менингитом можно провести определенные параллели. При обоих заболеваниях превалируют симптомы поражения мягких мозговых оболочек, осложнения васкулярного характера, а также развитие гидроцефалии. Скандинавская шкала инсультов — известная шкала для описания инсультов — была выбрана нами с целью детализированного описания фокальных дефицитов в ходе наблюдения за больными (табл. 4).

Шкала Хунта и Хесса

Симптомы	Пункты
Головные боли, легкие явления менингизма	1
Тяжелейшие головные боли, выраженные явления менингизма, параличи черепно-мозговых нервов, отсутствие других неврологических нарушений	2
Сомнолентное сознание, нарушения психического состояния пациента, легкая очаговая симптоматика	3
Сопорозное сознание, гемипарез, вегетативная дисрегуляция	4
Коматозное состояние	5

Шкалы заполняли для всех пациентов на 1, 3, 5, 8, 14-й дни пребывания в стационаре. Исходы заболевания рассчитывали по шкале исходов заболевания Глазго (шкала исходов заболевания Глазго: 1 — летальный исход, 2 — coma vigile; 3 — тяжелый неврологический дефицит, 4 — легкий неврологический дефицит, 5 — реституция [7]).

Соответствие между шкалой коматозных состояний Глазго, шкалой Хунта и Хесса, скандинавской шкалой инсультов и шкалой исходов заболевания Глазго оценивали с помощью вычисления коэффициента корреляции. Особое внимание уделялось значениям различных подпунктов скандинавской шкалы инсультов (как показателям функционального состояния нервной системы и ее возможностям в осуществлении тех или иных отдельных функций) для решения вопроса о прогнозе заболевания.

Наряду с клиническим обследованием пациентов проводили транскраниальное доплеро-сонографическое исследование для получения данных о том, в какой степени нарушается кровоток в базальных мозговых артериях на протяжении заболевания. Изучали состояние средней мозговой артерии (A. cerebri media, MCA), передней мозговой артерии (A. cerebri anterior, ACA), задней мозговой артерии (A. cerebri posterior, ACP) и основной артерии (A. basilaris, BA). Критерии диагностики локального сужения церебробазилярных артерий соответствовали таковым при субарахноидальных кровоизлияниях. Как патологическую оценивали скорость кровотока, если она в средней мозговой артерии превышала 120 см в секунду ($MCA \geq 120$ см/с), в передней мозговой артерии — 100 см в секунду ($ACA \geq 100$ см/с), в задней мозговой артерии — 85 см в секунду ($ACP \geq 85$ см/с) и в основной артерии — 95 см в секунду ($BA \geq 95$ см/с). В качестве альтернативы соотношение средней мозговой артерии к внутренней сонной артерии, состав-

Таблица 4

Скандинавская шкала инсультов

Показатели	Пункты
Состояние сознания пациента	
бодрствование	6
сомнолентное сознание/полностью ориентирован	4
сомнолентное сознание/не полностью ориентирован	2
Движения глаз	
отсутствие пареза взора	4
парез взора	2
конъюгированная девиация глазных яблок	0
Сила мышц руки	
нормальная	6
недостаточное поднятие руки (сила мышц 4)	4
отсутствие движений в ответ на противодействие (сила мышц 3)	2
плегия	0
Сила мышц кисти	
нормальная	6
мышечная сила снижена, все движения кисти осуществимы	2
пациент не может кончиками пальцев дотронуться до внутренней поверхности кисти	2
плегия	0
Сила мышц ноги	
нормальная	6
поднятие ноги со снижением силы мышц (сила мышц 4)	5
поднятие ноги со сгибанием в коленном суставе (сила мышц 3)	4
отсутствие движений в ответ на противодействие (сила мышц 2)	2
плегия	0
Ориентировка пациента	
в персональных данных/времени/месте	6
2 из указанных выше	4
1 из указанных выше	2
дезориентирован	0
Речь	
отсутствие афазии	10
ограничение использования речи	6
отсутствие связных предложений, но более чем "да/нет"	3
"да/нет" или еще меньше	0
Парез лицевого нерва	
отсутствие	2
наличие	0
Ходьба	
может пройти 5 метров без посторонней помощи	12
может идти с помощью вспомогательных средств	9
может идти с помощью другого человека	6
может самостоятельно сидеть	3
лежит в постели	0

лявшее более 3, рассматривалось как патологическое [8, 9].

Для отражения соотношения между шкалой коматозных состояний Глазго, шкалой Хунта и Хесса, скандинавской шкалой инсультов и рассчитанным по шкале исходов заболевания Глазго исходом заболевания проводили множественный линейальный регрессионный обсчет с последовательной, «шаг за шагом», обратной элиминацией переменных (backward-stepwise). Сравнивали коэффициенты корреляции R^2 как количественную характеристику совпадения шкал с предварительно рассчитанным исходом заболевания. Согласно определению, коэффициент корреляции отражает соотношение отклонения предполагаемого показателя, рассчитанного методом регрессионного анализа, и отклонения действительного показателя, то есть ту часть отклонения исхода заболевания, которая может быть объяснена определенным показателем шкалы. Точность совпадения исхода заболевания, рассчитанного по шкале исходов заболевания Глазго, с исходом заболевания, рассчитанным по той или иной клинической шкале (шкала коматозных состояний Глазго, шкала Хунта и Хесса, скандинавская шкала инсультов), тем выше, чем ближе коэффициент корреляции R^2 к единице (максимальное число). При помощи коэффициента корреляции невозможно определить прогноз заболевания у того или иного конкретного больного. При помощи этого показателя проводится сравнительный анализ различных шкал относительно достоверности их прогноза.

При поступлении в клинику показатель, полученный при использовании шкалы коматозных состояний Глазго, у большинства пациентов составлял 12 или был выше (у 20 из 43 пациентов). 12 из 43 пациентов поступили в коматозном состоянии с показателем шкалы коматозных состояний Глазго меньше или равно 8. Аналогично по шкале Хунта и Хесса 15 из 43 пациентов получили оценку «тяжело пораженный пациент» с показателем 4+5. В легком состоянии по шкале Хунта и Хесса поступили 11 из 43 пациентов (показатель шкалы Хунта и Хесса 1+2). Оценка показателей, полученных по скандинавской шкале инсультов, представлена в табл. 5.

На 21-й день у 27 (63%) из 43 пациентов не отмечалось каких-либо неврологических нарушений или были лишь незначительные расстройства (показатель шкалы исходов заболевания Глазго 4+5). У 8 пациентов наблюдались тяжелые неврологические нарушения (показатель 3) или эти пациенты находились в coma vigile (показатель 2), 8 пациентов умерли (показатель 1).

Таблица 5

Описание клинической картины состояния 43 пациентов с острым менингитом в 1-е сутки стационарного лечения при помощи шкалы коматозных состояний Глазго (GCS), шкалы Хунта и Хесса (НН) и скандинавской шкалы инсультов (SSS) и на 21-й день лечения в клинике при помощи шкалы исходов Глазго

НН	1-й день						21-й день			
	число больных	GCS	число больных	SSS	число больных	SSS	число больных	GOS	число больных	%
1	6	3	2	4	2	27	1	1	8	(18,6)
2	5	6	3	6	2	28	1	2	1	(2,3)
3	17	7	3	8	1	32	1	3	7	(16,3)
4	10	8	4	10	1	33	2	4	6	(13,9)
5	5	9	3	12	1	36	3	5	21	(48,8)
		10	3	14	1	40	3			
		11	5	17	1	41	1			
		12	1	18	2	44	1			
		13	3	20	2	46	3			
		14	4	22	2	56	2			
		15	12	25	1	58	6			
				26	3					

Таблица 6

Течение заболевания, отраженное в шкале коматозных состояний Глазго (GCS), шкале Хунта и Хесса (НН) и в скандинавской шкале инсультов (SSS) у пациентов с острым менингитом

Сутки	Число больных	GCS		НН		SSS	
1-е	43	11,0±1,2	(8-15)	3,0±0	(2-4)	32,0±4,3	(18-46)
3-и	41	12,0±1,4	(6,5-15)	3,0±0,3	(2,25-4)	32,0±7,5	(8-43,5)
5-е	40	13,0±1,4	(8-15)	3,0±0,6	(1-4)	38,0±8,1	(12-55,5)
8-е	36	15,0±0,6	(12,25-15)	2,0±0,3	(1-3)	43,0±6,4	(27,5-58)
14-е	35	15,0±0,3	(13-15)	1,0±0,3	(1-3)	57,0±5,2	(33,5-58)

На протяжении заболевания состояние пациентов улучшалось, это отражали все три шкалы (табл. 6). Медиана достигала своего максимального значения по шкале коматозных состояний Глазго на 8-е сутки, по шкале Хунта и Хесса — на 14-е сутки. Максимальное значение скандинавской шкалы инсультов (58 пунктов) на 14-е сутки все еще не было достигнуто. R²-показатель, представленный в соотношении со шкалой исходов заболевания Глазго для всех трех шкал на протяжении всего времени наблюдения за больными, приведен в табл. 7. Показатель предиктивной прогностической ценности различных шкал, без существенного различия между отдельными шкалами, был относительно низким и находился в интервале между 0,26 и 0,46 на 1-5-е сутки заболевания. Коэффициент корреляции в целом постепенно повышался на протяжении заболевания и достигал на 8-е сутки 0,49—0,64 и на 14-е — 0,61—0,76. В 1-е сутки наибольшее значение коэффициента корреляции было получено по скандинавской шкале инсультов. Отклонение этого показателя по двум

Таблица 7

Коэффициент корреляции R² для шкалы исходов Глазго, рассчитанный при помощи шкалы коматозных состояний Глазго (GCS), шкалы Хунта и Хесса (НН) и скандинавской шкалы инсультов (SSS)

Сутки	Коэффициент корреляции R ² по шкале		
	GCS	НН	SSS
1-е	0,26	0,26	0,33
3-и	0,43	0,41	0,43
5-е	0,45	0,46	0,44
8-е	0,49	0,64	0,57
14-е	0,61	0,76	0,75

другим шкалам было незначительным. На 3 и 5-е сутки никакого различия между шкалами не отмечалось. На 8 и 14-е сутки показатели, полученные при заполнении скандинавской шкалы инсультов и шкалы Хунта и Хесса, значительно превосходили таковые по шкале коматозных состояний Глазго. Коэффициенты корреляции для отдельных подпунктов скандинавской шкалы инсультов представлены в табл. 8.

Таблица 8

Прогностическое значение отдельных фокальных неврологических возможностей пациентов с бактериальным менингитом на основании оценки отдельных пунктов скандинавской шкалы инсультов, представленное в виде коэффициента корреляции R^2

Показатели	Коэффициент корреляции R^2	
	1-е сутки	максимум
Состояние сознания пациента	0,14	0,51 на 8-е сутки
Движения глаз	0,29	0,29 на 1-е сутки
Сила мышц руки	0,32	0,59
Сила мышц кисти	0,30	0,66
Сила мышц ноги	0,27	0,61
Ориентировка пациента	0,19	0,71
Речь	0,19	0,73
Ходьба	0,17	0,55

Данные транскраниального доплер-сонографического исследования различных сосудов головного мозга представлены нами графически. Отклонение средней скорости кровотока от нормальных значений по крайней мере в одном из сосудов (критерии для оценки этого отклонения как патологического представлены выше) имело место у 58,1% пациентов. При этом у 24,4% пациентов наблюдалось локальное сужение одного сосуда, у 17,4% — двух и у 16,3% — трех и более базальных сосудов головного мозга.

При остром бактериальном менингоэнцефалите прогностическое значение имеют такие системные факторы, как показатели кровооб-

ращения или органические осложнения, например нарушения свертываемости крови или дыхания. Предрасполагающие факторы, определявшиеся еще до начала заболевания (сахарный диабет, алкоголизм), как и пожилой возраст пациента ухудшают прогноз заболевания. Что касается клинических симптомов, инициальное нарушение сознания больного считается неблагоприятным фактором для прогноза болезни. В шкалах эти параметры используются для оценки вероятности того, что пациент выживет. Неврологические нарушения были выявлены при использовании шкал у 40,7% пациентов, переживших заболевание [10, 11]. Выраженность неврологических нарушений оценивается при этом только приблизительно: неясные дискретные сдвиги, пограничные изменения и весьма заметные нарушения, приводящие к инвалидизации пациента. В некоторых случаях только дифференцируют имеющиеся и отсутствующие нарушения. В одной публикации неврологические нарушения оценивались при помощи шестипунктной шкалы [10]. В нашей работе мы применяли аналогичное деление (с использованием шкалы исходов Глазго).

Для того чтобы оценить прогноз болезни уже на ранних стадиях заболевания, необходимо принимать во внимание характер клинического течения заболевания у больного, а также наличие осложнений. Применение шкаловой оценки целесообразно в том случае, если эта оценка адекватно и дифференцированно отражает течение заболевания и позволяет отнести

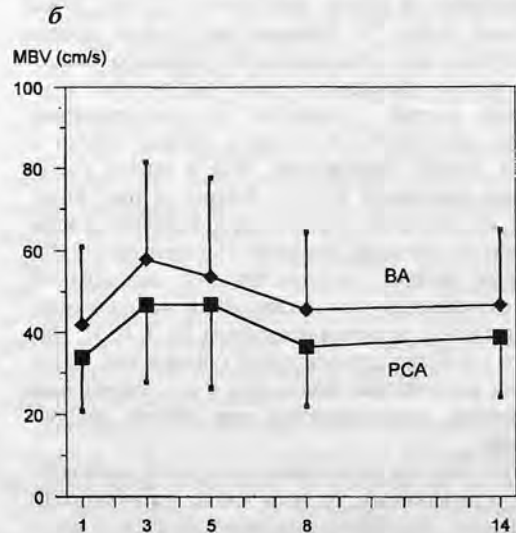
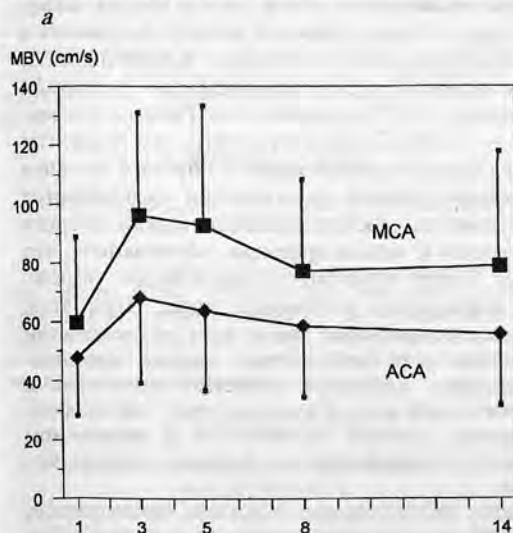


Рис. Изменение средней скорости кровотока (МВВ) по мере течения заболевания: *a* — в средней (МСА) и передней мозговой артерии (АСА); *б* — в задней мозговой артерии (РСА) и в основной артерии (ВА) у 43 пациентов с бактериальным менингитом (среднее значение \pm стандартное отклонение от среднего значения).

пациента к той или иной группе (например, в терапевтических исследованиях, проводимых на базе различных клиник, или относительно частоты встречаемости тех или иных осложнений). Стандартизированная оценка такого рода с использованием шкал в клинических исследованиях бактериального менингоэнцефалита встречалась в отдельных исследованиях с использованием шкалы коматозных состояний Глазго, однако оценку по этой шкале проводили только при поступлении больного в стационар [2, 3].

При спинальных туберкулезных инфекциях клиническая десятипунктная шкала в течение всего времени наблюдения за пациентом использовалась для оценки адекватности терапии гиаурунидазой (лидазой) [12]. Данные, полученные нами при постоянном наблюдении за пациентами с применением шкалы коматозных состояний Глазго, шкалы Хунта и Хесса и скандинавской шкалы инсультов, представлены в аналогичных шкалам диаграммах, отражающих течение заболевания и показывающих постоянную тенденцию к улучшению состояния больных. Показатели переменной шкалы коматозных состояний Глазго и шкалы Хунта и Хесса в своей медиане достигали соответствующего максимального значения на достаточно ранних стадиях заболевания (табл. 6), в связи с этим дифференцированное отражение состояния пациента на 5–8-й день заболевания было затруднено.

Относительно определения предполагаемого прогноза заболевания более приемлемыми были показатели коэффициента корреляции R^2 скандинавской шкалы инсультов и шкалы Хунта и Хесса (табл. 7). Данные результаты можно трактовать как свидетельство важного значения оценки фокальных неврологических симптомов, которые получают в скандинавской шкале инсультов, а также в шкале Хунта и Хесса лучшее отражение, чем в шкале коматозных состояний Глазго. Вопрос о том, являются ли эти наблюдения свидетельством клинического значения сосудистых осложнений для течения острых воспалительных заболеваний или отражением локализованной воспалительной реакции, остается открытым [2, 3, 8, 9]. Как бы то ни было, преходящие сосудистые нарушения встречались более чем у половины всех пациентов, находившихся под нашим наблюдением.

При анализе отдельных подгрупп показателей, отражающих те или иные возможности пациентов, на основании скандинавской шкалы инсультов наше исследование показало наибольшее прогностическое значение состояния ориентации пациента. При этом коэффициент корреляции при бактериальном менингите на-

ходился в интервале 0,19–0,71. Как при первом обследовании пациента, так и на протяжении всего времени наблюдения, коэффициент корреляции был выше значения, рассчитанного для отдельного подпункта «состояние сознания пациента» (коэффициент корреляции — 0,14–0,51). Показатель подпункта «состояние сознания пациента» по скандинавской шкале инсультов, полученный в 1-е сутки наблюдения за пациентом, соответствовал самому низкому коэффициенту корреляции R^2 по сравнению с другими подпунктами этой шкалы. Что касается сравнения суммарных подгрупп показателей (табл. 7), то в первые пять суток отмечалось незначительное преимущество скандинавской шкалы инсультов по сравнению с другими двумя шкалами, в последующем это преимущество проявлялось более отчетливо. В литературе часто подчеркивают значение оценки состояния сознания пациента как решающего клинического прогностического параметра, однако это не получило подтверждения в нашем исследовании ни при оценке шкалы коматозных состояний Глазго, ни при оценке соответствующих подгрупп показателей скандинавской шкалы инсультов. Для решения о прогнозе заболевания большее значение имеет оценка различных функциональных состояний возможности пациента.

В какой последовательности располагаются коэффициенты корреляции R^2 , полученные в нашем исследовании, можно пояснить на примере одного из исследований [13]. Проводилось сравнение между различными шкалами инсультов головного мозга (шкала Матье, шкала Оргогоца и скандинавская шкала инсультов) и шкалами исходов заболевания. Коэффициенты корреляции R^2 с Бартель-индексом достигали в среднем 0,457 и аналогично Ранкин-показателю — 0,365. Следует отметить, что пациенты с инсультом головного мозга спустя 6 месяцев от острого начала заболевания описываются при помощи так называемых «шкал острого состояния» и «шкал прогноза заболевания», что делает более вероятным корреляцию отдельных параметров различных шкал. При этом данные, полученные нами при обследовании пациентов в острой стадии острого менингоэнцефалита, являются особенно удобными в практической работе и позволяют, что особенно важно, сделать заключение о возможном прогнозе заболевания на ранних стадиях болезни.

Наше исследование показало возможность описания клинической картины течения заболевания и количественной оценки при остром менингите с использованием уже существующих шкал. Относительно показателей коэффициента корреляции R^2 были выявлены пре-

ЛИТЕРАТУРА

имущества скандинавской шкалы инсультов и шкалы Хунта и Хесса. Шкала Хунта и Хесса обладает недостаточным интервалом изменений этого показателя, и, как следствие этого, максимальное значение показателя перемной достигается преждевременно. Распространенное, согласно данным литературы, использование почти исключительно шкалы коматозных состояний Глазго не нашло обоснования в проведенном нами исследовании.

С точки зрения стандартизации исследований и прежде всего сравнения исследований, проводимых в различных клиниках, мы предлагаем использовать шкалы для характеристики пациентов с острым менингитом. Уже на 8-й день с помощью шкалы Хунта и Хесса и скандинавской шкалы инсультов можно сделать относительно достоверное заключение о возможном прогнозе заболевания. Представляется целесообразным в дальнейших исследованиях проверить, не удастся ли рационализировать терапевтические исследования путем использования данного количественного метода.

1. Swartz M.N., Dodge P.R. // N.Engl. J. Med. — 1965. — Vol. 272. — P. 725—731.
2. Pfister H.W., Borasio G.D., Dirnagl U., Bauer M., Einhaupl K.M. // Neurology. — 1992. — Vol. 42. — P. 1497—1504.
3. Pfister H.W., Feiden W., Einhaupl K.M. // Arch. Neurol. — 1992. — Vol. 50. — P. 575—581.
4. Teasdale G., Jennett B. // Lancet. — 1974. — Vol. 11. — P. 81—84.
5. Hunt W.E., Hess R.M. // J. Neurosurg. — 1968. — Vol. 28. — P. 14—20.
6. Scandinavian-Stroke-Study-Group. // Stroke. — 1985. — Vol. 16. — P. 885—890.
7. Jennett B., Bond M. // Lancet. — 1975. — Vol. 11. — P. 480—484.
8. Muller M., Merkelbach S., Huss G.P., Schimrigk K. // Stroke. — 1995. — Vol. 26. — P. 1399—1403.
9. Muller M., Merkelbach S., Schimrigk K. // Acta Neurol. Scand. — 1996. — Vol. 93. — P. 443—449.
10. Bohr V., Paulson O.B., Rasmussen N. // Arch. Neurol. — 1984. — Vol. 41. — P. 1045—1049.
11. Bohr V.A., Rasmussen N. // Danish Med. Bull. — 1988. — Vol. 35. — P. 92—95.
12. Gourie-Devi M., Satishchandra P. // J. Neurol. Sei. — 1991. — Vol. 102. — P. 105—111.
13. De Haan, Horn J., Limburg M., Van der Meulen J., Bossuy P. // Stroke. — 1993. — Vol. 24. — P. 1178—1181.

Поступила 18.02.99.

616.831.9 — 005.1 — 07 — 035

K. Schimrigk, T. Kaiser

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНОМ КРОВОИЗЛИЯНИИ

Неврологическая клиника университета земли Саарланд, Германия

Р е ф е р а т. Проанализированы ошибки в диагностике субарахноидального кровоизлияния, обусловленного разрывом артериальных мешотчатых аневризм головного мозга. Перечислены ошибочные диагнозы. Обоснована необходимость ранней госпитализации больных с подозрением на субарахноидальное кровоизлияние в неврологический стационар.

K. Schimrigk, T. Kaiser

СУБАРАХНОИДАЛЬ КАН САВУ ОЧРАКЛАРЫНА ДИАГНОЗ КУОДАГЫ ЯЛГЫШЛАР

Хезмәттә баш миенең артериаль капчыксыман аневризмасы сәбәпче булган субарахноидаль кан савуга диагноз куода очраган хаталар анализланды. Ялгыш куелган диагнозлар санап кителде. Субарахноидаль кан саву белән охшашлык булган авыруларны кичектергесез неврология булегенә больницага салу кирәклегенә нигезләнде.

K. Schimrigk, T. Kaiser

DIAGNOSTIC ERRORS IN SUBARACHNOID HAEMORRHAGE

In this work diagnostic errors of subarachnoid haemorrhage have been analyzed; the latter being caused by rupture of brain sacculated aneurysms. False diagnoses have been enumerated. Necessity of early hospitalization to neurology hospital of patients with signs of subarachnoid haemorrhage has been explained.

Ошибочная постановка диагноза обсуждается редко. Это связано, скорее всего, с тем, что ошибочный диагноз воспринимается как упрек врачу. Порядок представленных на рис. 1 ошибочных диагнозов, расположенных согласно частоте их встречаемости, можно соотнести с порядком дифференциальных диагнозов при субарахноидальных кровоизлияниях, расположенных согласно степени их важности. В работе Адамса и соавт. [1], которая побудила нас провести настоящее исследование, вместо понятия “ошибочный диагноз” употребляется, несколько сентиментальное определение “яма-ловушка”. Эти “ямь-ловушки” и являются той проблемой, к которой мы хотим привлечь внимание.

Ежегодно на миллион жителей приблизительно у 160 человек возникают субарахноидальные кровоизлияния. 50 пациентов из них сразу же умирают, у 25 выживших развивается рецидив кровотечения, от которого умирают еще 17 человек. Таким образом, у 97 (60,6%) из 160 пациентов заболевание приводит к летальному исходу.