

Невідкладні нейрохірургічні втручання при артеріо-венозних мальформаціях головного мозку

Яковенко Л.М., Шамаєв М.І., Мороз В.В., Малишева Т.А., Яцик В.А.

Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України, Київ

Діагностика та хірургічне лікування артеріо-венозних мальформацій (АВМ) головного мозку в 60–75% випадків здійснюється при наявності прогресуючих клінічних проявів захворювання, обумовлених геморагічним характером протікання. Необхідність термінової допомоги при тяжкому стані хворих робить невизначеним лікувальний алгоритм АВМ і обґрунтовує необхідність проведення різновидів оперативних втручань в терміновому порядку або за життєвими показами.

Метою роботи є підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з АВМ, а завданням визначення його строків та обсягів.

Матеріал дослідження. Результати лікування 24 хворих з АВМ (18 — півкуль великого мозку та 6 — супратенторіальної локалізації) в гострому періоді розриву мальформацій з утворенням внутрішньомозкових (16), внутрішньошлуночкових (4) гематом та їх комбінації (4). У двох випадках гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) було ускладненням ендovasкулярного хірургічного втручання. Важливим компонентом показів до операцій була тяжкість стану, що зростала, виникнення дислокаційних та вітальних порушень.

Діагностика АВМ здійснювалась на основі церебральної ангиографії (АГ), комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії (КТ та МРТ). Ускладнена клінічна ситуація виключала можливість попереднього консервативного лікування, спрямованого на стабілізацію стану хворих.

З урахуванням локалізації крововиливів та самої АВМ проведено оперативні втручання: видалення гематом у 10 хворих, видалення гематом та ектирпація АВМ супратенторіальної локалізації в 4 випадках, ектирпація субтенторіальної АВМ у 3 хворих, дренивання шлуночкової системи при тампонаді її кров'ю у 7 хворих з подальшим видаленням АВМ в 2 випадках.

В різні терміни післяопераційного періоду померло 8 хворих, а в 16 випадках післяопераційний період не містив ускладнень і супроводжувався поліпшенням якості життя оперованих за даними катамнестичного спостереження.

Отримані результати свідчать про недостатню перспективність невідкладних хірургічних втручань з приводу АВМ головного мозку навіть при їх диференційованому використанні та обґрунтовують необхідність детального вивчення причин ускладнень та незадовільних наслідків хірургічного лікування цього різновиду патології судин головного мозку.

Причини вітальних ускладнень в хірургії артеріовенозних мальформацій головного мозку

Шамаєв М.І., Яковенко Л.М., Малишева Т.А., Мороз В.В., Яцик В.А.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України, м.Київ

Результати хірургічного лікування артеріовенозних мальформацій (АВМ) головного мозку, не зважаючи на значний прогрес мікрохірургічної техніки та анестезіологічного забезпечення, ще і досі не можна вважати цілком задовільними. Подальший пошук шляхів поліпшення кінцевого результату та якості лікування цього виду судинної патології висуває на перше місце необхідність удосконалення технології оперативних втручань та їх диференційоване застосування. Це може бути здійснено лише на основі прискіпливого вивчення незадовільних наслідків та ускладнень оперативних втручань, морфологічних особливостей різних типів АВМ, шляхів їх кровопостачання і відповідних клініко-морфологічних співставлень.

Проведено всебічний аналіз 19 випадків АВМ (14 супратенторіальної та 5 субтенторіальної локалізації) які закінчилися летально на протязі від однієї доби до трьох місяців після оперативного втручання в 2000–2005 роках.

Безпосередньою причиною смерті 2 хворих були гострі порушення мозкового кровообігу, які виникли під час транскраніального видалення АВМ півкуль великого мозку (1) та півкулі мозочку (1). В 4 випадках погіршення стану та смерть хворих настала в проміжок 1–3 діб внаслідок повторного спонтанного розриву АВМ; 1 хвора загинула через 3 міс після “прямого” оперативного втручання АВМ парастовбурової локалізації. В 12 випадках смерть хворих настала в процесі або

безпосередньо після операції ендovasкулярного виключення АВМ (9 — півкуль великого мозку та 3 — у субтенторіальному просторі).

Розміри та локалізація крововиливів, що утворилися внаслідок розриву АВМ обумовили необхідність повторного оперативного втручання в гострому післяопераційному періоді: у 2 випадках — видалення внутрішньомозкових гематом та дренивання шлуночків (тампонада кров'ю) — у 4 випадках. На жаль це не вплинуло на кінцевий результат.

В гострому післяопераційному періоді (протягом 1–4 діб після виникнення ускладнень) загинуло 6 хворих. Крім того, протягом 1–4 діб загинуло ще 6, а у віддаленому періоді — 7 хворих.

Морфологічні дослідження, що були виконані у 17 випадках, виявили грубі, поширені та в більшості незворотні зміни тканини головного мозку та супутню патологію. В перші дні після гострої судинної катастрофи превалювали гостре порушення мозкового кровообігу та деструктивний набряк мозку, його стовбурових відділів та виразні дислокаційні зміни, які поєднувалися з крововиливами у стовбур мозку (4 випадки), а також зміщення серединних структур за рахунок невиданих внутрішньомозкових гематом та самих АВМ. У хворих що померли у віддалені строки післяопераційного періоду безпосередньою причиною смерті були зміни внутрішніх органів, дихальної та серцево-судинної систем які обумовили прогресуючу респіраторну, серцево-судинну, полі органну недостатність на тлі морфологічних ознак хронічного менінгоенцефаліту, вентрікуліту та наслідків гострих порушень мозкового кровообігу.

Отримані дані свідчать про недостатню ефективність існуючих стандартів лікування АВМ головного мозку після виникнення ускладнень і обумовлюють необхідність пошуку шляхів їх оптимізації.

Відновлення порушених зорових функцій у хворих аневризмами судин головного мозку

Задоянний Л.В., Жданова В.М.

Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України, м.Київ

Мета. Покращення результатів відновного лікування хворих з атрофіями зорових нервів в післяопераційний період з приводу розривів артеріальних аневризм судин головного мозку.

Матеріали та методи. Відновне лікування призначалось 26 хворих (14 жінкам та 12 чоловікам) у віці 24–66 років (середній вік — 47 років). Спостереження проводилось на протязі 17 років. Пухлиноподібний тип клінічної картини інтракраніальних аневризм супроводжувався розладом зорових функцій. На очному дні відмічалась первинна проста атрофія зорових нервів на стороні аневризми, у 18 хворих — часткова, у 3 — повна. Гострота зору у хворих з частковою атрофією коливалась в межах 0,01–0,7, поля зору були нерівномірно звужені по всім меридіанам.

В післяопераційний період проводилось відновне лікування, що включало медикаментозну терапію та фізіотерапевтичні методи. Застосовувались судинні препарати, ноотропи, вітамінотерапія. Із фізіотерапевтичних методів хворі отримували електрофорез трансорбітальний аскорбінової та нікотинової кислоти, а також електростимуляцію зорових нервів.

Результати. Спостерігалось підвищення гостроти зору та розширення меж полів зору у більшості хворих. Покращення зорових функцій було у пацієнтів з вихідною гостротою зору більше 0,1. У хворих з гостротою зору менше 0,1 покращення зору було не реакним.

Висновки. Таким чином, в післяопераційному періоді необхідно проводити відновне лікування хворих з частковою атрофією зорових нервів.