

Выбор тактики хирургического лечения больных с внутримозговыми гипертоническими кровоизлияниями

Зорин Н.А., Плещев И.Е.

Государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница им.Мечникова, Днепропетровск

Выбор оптимальной лечебной тактики у больных с гипертоническими внутримозговыми кровоизлияниями является очень важным фактором в улучшении результатов этого грозного осложнения артериальной гипертензии. К сожалению смертность при этой патологии остается на довольно высоком уровне. По данным разных авторов она достигает от 60 до 25%. Такая большая разница в результатах зависит от особенностей клиники, где они получены, то есть от того контингента больных, которые в ней лечатся. Зависят они и от тактики лечения, принятой в той или иной клинике. Так, ранние операции приводят к снижению общей летальности, но несколько повышают послеоперационную летальность. Тактика отсроченных операций приводит, наоборот, к снижению послеоперационной летальности, но за счет увеличения общей летальности. Вероятно, ни одну, ни другую нельзя считать абсолютно оправданной во всех случаях.

Целью нашей работы являлась разработка критериев, позволяющих определять наиболее адекватную лечебную тактику в каждом конкретном случае.

Материал и методы исследования. Нами было пролечено 800 больных в период с 1996 года по 2005 год. Из них 365 лечились консервативно, а остальные были оперированы в различные сроки с момента кровоизлияния. Женщин было 56%, а мужчин 44%. Средний возраст больных составил 56 лет. Всем больным в ургентном порядке производилась компьютерная томография, а при подозрении на разрыв аневризмы или артериовенозной мальформации 22% больным производилась ангиография. Удаление гематомы путем костно-пластической трепанации и широкой (20–25 мм) энцефалотомии проведено 76% больных.

Удаление гематомы через фрезевое отверстие и путем минимальной энцефалотомии (7 мм) проведено 15% больным. У 7% больных гематома удалена пункционным методом. У 9 больным (2%) выполнено однопортальное эндоскопическое удаление гематомы.

Результаты и их обсуждение. На основании анализа взаимосвязей между объемом и локализацией гематомы, с одной стороны, и тяжестью состояния и темпом нарастания клинической симптоматики, с другой стороны, нами выделены 4 группы больных. Три из них не подлежат хирургическому лечению ввиду его нецелесообразности. Это больные I-й группы с латеральными гематомами объемом до 40 мл, пребывающими в стабильном состоянии без признаков нарастания неврологической симптоматики. Так же больные III-й группы с объемом гематомы более 120 мл, пребывающие в тяжелом коматозном состоянии с быстро присоединяющимися витальными нарушениями.

Нецелесообразно проведение оперативного лечения и больным IV-й группы с медиальными кровоизлияниями объемом до 30 мл без наличия дислокации мозга и массивного прорыва крови в желудочковую систему. Даже пункционное удаление гематомы не улучшало исход (летальность в этой группе составила 50%, независимо от того, оперировались больные или нет).

По нашему убеждению, хирургическому лечению подлежат лишь латеральные гематомы среднего объема — от 40 до 120 мл. В зависимости от клинического проявления и темпа нарастания симптомов дислокации мозга мы среди этой многочисленной группы (56%) выделили два типа гематом: агрессивные и неагрессивные. Агрессивные гематомы характеризуются быстрым (в течение нескольких часов) нарастанием очаговой неврологической симптоматики, углублением нарушения сознания вплоть до комы, с последующими витальными расстройствами. По данным КТ у них быстро развивался отек мозга, распространяющийся почти на всю гемисферу, с дислокацией мозга более, чем на 5 мм. Чем быстрее проводилось им удаление гематомы, тем лучше были результаты. Наихудшими они были у больных, которые оперированы, находясь уже в коме.

Неагрессивные гематомы характеризовались отсутствием отрицательной динамики в состоянии больного. Изначально тяжелое состояние, возникшее в момент кровоизлияния, оставалось стабильным, и на догоспитальном этапе, и в течение нескольких часов наблюдения в стационаре. Уровень сознания у них не был ниже глубокого оглушения, а в большинстве случаев соответствовал умеренному оглушению. По данным КТ отек мозга либо отсутствовал, либо захватывал лишь перифокальную зону. Большинство этих больных были оперированы в сроки от 7 до 10 суток, практически, с нулевой послеоперационной летальностью. В тех же случаях, когда по

различным причинам эти больные оперировались в первые или последующие пять суток, послеоперационная летальность достигала 25%. Другими словами, умирал каждый четвертый больной, который без ранней операции мог бы жить. Поэтому, для того, что бы не допускать неоправданной летальности, очень важно из общей массы больных с гематомами среднего объема выделить те, которые протекают неагрессивно. Им целесообразнее проводить операцию в раннем отсроченном периоде — спустя 7–8 суток. Несмотря на то, что у больных, проживших более 7 суток, прогноз для жизни чаще благоприятен и без операции, удаление гематомы все же оправдано, поскольку приводит к более раннему и более полному восстановлению неврологического дефицита и улучшает условия реабилитации.

Вывод. Для выбора наиболее адекватной тактики лечения внутримозговых гипертонических кровоизлияний среднего объема (от 40 до 120 мл) важно учитывать тип клинического течения.

Інтраопераційний тромболізис при розвитку тромбоемболічних ускладнень під час ендovasкулярної емболізації церебральних аневризм спіралями, що відділяються

Костюк М.Р., Цімейко О.А.

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

Мета роботи. Ендovasкулярна методика виключення церебральних аневризм із кровообігу за допомогою спіралей, що відділяються, має високу ефективність і достатню безпечність. Тромбоемболічні ускладнення є одними з основних під час проведення цих операцій, частота їх розвитку за статистичними даними складає від 7 до 20%. Особливе значення мають процеси інтраопераційного тромбоформування в артеріях відповідного басейну, що потребує ургентного застосування специфічних лікувальних заходів, спрямованих на відновлення кровоплину і попередження розвитку ішемічних порушень мозкового кровообігу.

Матеріали і методи дослідження. З квітня 2004 року по липень 2005 року виконано 27 операцій емболізації мозкових артеріальних аневризм спіралями 26 хворим, серед них у дев'яти операцій проведена у ранні терміни після крововиливу (до 14 днів). Показанням для проведення операцій була, в першу чергу, важкодоступна для прямого втручання локалізація аневризм. У 4-х випадках (14,8%) проведення втручання ускладнилось розвитком тромбоформування і тромбоемболії церебральних артерій. Хворі були у віці від 35 до 56 років, серед них було 3 жінки і 1 чоловік. Троє хворих були оперовані у гострому періоді після інтракраніального крововиливу (до 5-ї доби). У них аневризми розташовувалися в паракліноїдній ділянці ВСА — у двох випадках, і у одного хворого було діагностовано аневризму передньої сполучної артерії (ПСА). В одному випадку операція виконувалась з приводу аневризми внутрішньої сонної артерії (ВСА) в ділянці печеристого синусу, клінічним проявом якої була компресія очорухових нервів. У цієї хворої ангиографічно було виявлено патологічний перегин ВСА у екстракраніальному сегменті ВСА. У двох випадках розвиток тромбоемболії спостерігався під час маніпуляцій на окремих етапах втручання. У однієї хворої це ускладнення розвинулися після дислокації спіралей у просвіт ВСА і в одному випадку тромбоемболія інтракраніальних артерій виникла після тромболізису тромбоформування у екстракраніальному сегменті ВСА. Ангіографічні дослідження і ендovasкулярні втручання проводилися на біплановому ангиографі Siemens-NeuroStar під місцевим знеболенням і помірною седатцією. Техніка проведення операцій відповідала загальноприйнятій методиці емболізації аневризм за допомогою спіралей, що відділяються.

Результати. Серед усіх оперованих хворих у гострому періоді геморагії тромбоемболічні ускладнення, що потребували проведення інтраопераційної тромболітичної терапії мали місце у трьох з дев'яти випадків (33,3%). Розвиток тромбоемболії мозкових судин (у трьох хворих — середня мозкова артерія, в одного — передня мозкова артерія) потребував селективного інтраартеріального введення тромболітиків. В залежності від ефективності доза Урокінази, яка застосовувалася в усіх випадках, становила від 250 до 500 тисяч ОД. В усіх випадках інтраопераційно спостерігався розвиток вогнищевої неврологічної симптоматики, відповідної до ураженого басейну. У всіх трьох хворих, оперованих в гострому періоді геморагії, було досягнуто реканалізації прохідності тромбованих ділянок інтракраніальних артерій і у ранньому післяопераційному періоді спостерігалось повне відновлення порушених неврологічних функцій. Додаткові ендovasкулярні маніпуляції включали: репозицію дислокованих спіралей за допомогою балон-катетеру (в одному випадку);