

Ультразвуковая аспирация и активное дренирование инсультных гематом с вентрикулярной геморрагией

Алексеев С.П., Годлевский Д.О., Федорук А.Л., Барылик И.И.

Черкасская городская больница №3,
г. Черкассы, 18028, ул. Р. Люксембург, 210
тел. +038 472 647114,
e-mail: denis-godlevsky@yandex.ru

Результаты хирургического лечения инсультных гематом с вентрикулярной геморрагией часто неудовлетворительны. По данным Мустафина М.С. с соавт. (2002) и других авторов — прорыв крови в желудочки сопровождается около 1/3 внутримозговых нетравматических гематом. Эти положения обосновывают актуальность исследования.

При данной патологии операция в ранние сроки преследует две основные цели: снижение ВЧД и предупреждение острой гидроцефалии при окклюзии ликворных путей свёртками крови. Нормализация ВЧД смягчает компенсаторную дегидратацию и дислокацию мозга, способствует восстановлению перфузии мозга.

Мы проанализировали течение болезни у 31 пациента с медианными и смешанными инсультными гематомами с прорывом в боковые желудочки. Средний возраст — 61,5 года, мужчин — 17, женщин — 14. Тяжесть состояния от 6 и выше по ШКГ. 20 больных оперированы в первые сутки от начала заболевания.

Удаление гематомы производилось через специальную рентгенконтрастную пластиковую канюлю с просветом 4–5 мм. При необходимости положение её контролировалось с помощью КТ. К полному удалению гематомы мы стремились не всегда, важно было достичь декомпрессии, что определялось по напряжённости мозга, его сосудов, смещению срединных структур по данным КТ. Если не удавалось удалить плотные свёртки крови обычным аспиратором — пользовались ультразвуковым, наконечник его вводили в полость гематомы через канюлю. Операцию завершали дренированием полости гематомы пластиковым катетером, соединённым с устройством для активной аспирации.

Лучшие результаты были получены в случаях, когда в течении суток после операции начиналась санация желудочковой системы. По катетеру вместе со свёртками и детритом аспирировался геморагический ликвор. Эти больные быстрее приходили в сознание, что позволяло активизировать их в более ранние сроки. В иных случаях проводилась вентрикулостомия. Активная аспирация продолжалась до 10 суток.

Умерло 18 больных, что зависело от тяжести состояния, уровня сознания, объёма гематомы, факторов риска.

Сравнительно невысокая летальность при столь тяжёлой патологии, по нашему мнению, определяется ранней внутренней декомпрессией мозга, минимальной оперативной травмой, ранней и активной санацией желудочковой системы, лечением больных в специализированном отделении нейрореанимации.

Интраоперационные разрывы артериальных аневризм головного мозга и их прогнозирование

Сон А.С., Хрущ А.В., Гуменюк В.Я., Герцев В.Н.
Одесский государственный
медицинский университет,
Одеса, 65100, пр-в. Н.Нариманова, 2
тел. +380 482 201826, e-mail: neuro@paso.net

Цель. Больные с аневризмами головного мозга представляют важную проблему здравоохранения, что обусловлено, с одной стороны, неблагоприятным течением болезни, с другой — риском развития осложнений, связанных с проведением лечения. Исход операции определяют патогенетические механизмы болезни и возможные хирургические осложнения. Особое место принадлежит интраоперационному разрыву (ИОР) аневризмы, так как возникающее кровотечение опасно невосполнимой кровопотерей, а предпринимаемые действия для его быстрой остановки могут сопровождаться травмой микрососудистых и нервных структур.

Материалы и методы. В исследование включены 332 больных с церебральными аневризмами, которым проводили оперативное вмешательство в остром периоде разрыва артериальных аневризм передней циркуляции, обоего пола, средний возраст которых составил 43,9 лет. ИОР зарегистрированы у 94 из 332 больных (28,3%).

Результаты и их обсуждение. Значительное ухудшение результатов при развитии ИОР при раннем хирургическом лечении аневризм обосновывает необходимость прогнозирования возможного развития этого осложнения во время операции. Для определения наиболее прогностически значимых признаков, влияющих на исход ранних операций, проведен анализ 25 до- и интраоперационных факторов. Был использован математический метод линейного дискриминантного анализа, который позволил выявить совокупность факторов, дающих наибольший процент развития ИОР и получить решающее правило, позволяющее отнести каждого конкретного больного к определенному классу (1-й — развитие ИОР, 2-й — отсутствие ИОР).

Заключение. Значение $Y > 0,6048063$ соответствует развитию ИОР, $Y < -0,238580$ — благоприятному течению оперативного вмешательства. Вероятность развития ИОР на основании всех дооперационных факторов равна 79,6%. Используя полученную формулу, можно прогнозировать течение операции на аневризме после САК у каждого вновь поступившего больного.

Застосування лімфодилуції для лікування субарахноїдальних крововиливів в гострому періоді

Колихан В.П., Фрончко В.П., Міх Г.А.
Луцька міська клінічна лікарня,
м. Луцьк, 43025, пр-кт Відродження, 13
тел. +380 332 252562

Вивчено 53 спостереження хворих із субарахноїдальними крововиливами (СК), котрим в гострому періоді проводилась лімфодилуція. Чоловіків було 47, жінок 6. З травматичними СК було 44 хворих, зі спонтанними — 9. Вік хворих від 18 до 68 років.

При поступленні вміст еритроцитів в лікворі був від 9000 до 1,5 млн. в 1 мкл. Травматичні СК супроводжувались забоями головного мозку з переважанням загальноомозкової симптоматики, вираженим менингеальним симптомокомплексом.

На фоні комплексного консервативного лікування проводилась катетеризація лімфатичної судини на тилі стопи з послідовним ендолімфатичним введенням 15 мл 0,25% р-ну новокаїну, розведеного в 45 мл води для ін'єкцій зі швидкістю 0,25 мл/хв 1 раз на добу 3–5 разів.

У всіх хворих на другу добу лікування спостерігалось виражене покращення: зменшення головних болей, поліпшення загального самопочуття, регрес загальноомозкової симптоматики. Регрес менингеального симптомокомплексу спостерігався за 3–5 днів, хоча санація ліквору при цьому не була повною. Без застосування лімфодилуції вказані покращення стану хворих наставали відповідно на другому та третьому тижнях лікування.

Проведення лімфодилуції не давало відчутного впливу на швидкість регресу вогнищевих і психічних порушень, викликаних травматичним пошкодженням мозкової речовини, у хворих же зі спонтанними масивними СК, котрі поступили в коматозному стані з явищами геміплегії, анізокорії (4 спостереження), зумовлених переважно вазоспазмом, відмічено відновлення свідомості, регрес зіничних та пірамідних розладів на 3–5 день. При традиційній схемі лікування прогноз у такої категорії хворих несприятливий.

Таким чином, запропонований спосіб лікування СК є високоефективним, дешевим та малотравматичним засобом, що дозволяє суттєво скоротити строки та покращити результати лікування хворих із СК як спонтанними, так і травматичного генезу.

Мікрохірургічне лікування АВМ в ранні строки розриву мальформації

Яковенко Л.М., Яцик В.А.

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А. П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
e-mail: yatsikov@hotmail.com*

Мета: Вивчення можливостей лікування АВМ ускладнених утворенням внутрішньомозкових гематом в гострому періоді розриву мальформації.

Матеріал та методи: Розриви артеріовенозних мальформацій (АВМ) півкуль великого мозку обумовлюють необхідність хірургічного лікування.

Найбільш грізним проявом — розривом АВМ великих півкуль головного мозку є внутрішньомозкові крововиливи, котрі ускладнюють перебіг цієї патології судин головного мозку в 62 % випадків від загальної кількості АВМ з геморагічним типом перебігу. Таким чином геморагічний тип перебігу АВМ обумовлює необхідність оптимізації хірургічного лікування з виконанням завдань: усунення безпосередньої загрози життю хворого, профілактики подальших геморагічних ускладнень, забезпечення високої якості життя в післяопераційному періоді.

Результати та їх обговорення: Нами проведено аналіз результатів хірургічного лікування 29 АВМ півкуль великого мозку з утворенням великих розмірів внутрішньочерепних крововиливів при наявності важкого стану хворих. Всі постраждали були

оперовані на протязі 1–30 днів від гострого порушення мозкового кровообігу. Добрий та задовільний ефект проведених оперативних втручань був забезпечений видаленням внутрішньомозкової або евакуацією внутрішньошлуночкової гематоми та радикальною екстирпацією АВМ. В 3 випадках були встановлені покази до попереднього ендovasкулярного „знекровлення” мальформації, що підвищило безпечність проведення основного етапу втручання і радикальність останнього. Обов'язковим був КТ та агіографічний контроль результатів втручань який у всіх випадках встановив радикальність видалення крововиливів та мальформацій.

Ангиопластика и стентирование стенозирующих поражений магистральных артерий головы

Мельник И.А.

*Научно-практический Центр эндovasкулярной
нейрорентгенохирургии АМН Украины,
г. Киев, 04050, ул. Мануїльського, 32
тел.+380 44 4833217*

Показания и выбор метода лечения стенозирующих поражений магистральных артерий головы на их экстракраниальном уровне до настоящего времени широко обсуждаются и единого мнения по этому вопросу еще не выработано.

Цель исследования — анализ результатов применения ангиопластики и стентирования у больных со стенозирующими поражениями экстракраниальных артерий.

Материал и методы. Нами выполнено 43 эндovasкулярных вмешательства (ангиопластика 28 сонных, 14 позвоночных артерий и 1 брахиоцефального ствола) у 38 пациентов. В 14 случаях ангиопластика сочеталась со стентированием 10 сонных и 4 позвоночных артерий. Возраст больных колебался от 43 до 67 лет. У 27 пациентов были сопутствующие заболевания (гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет). Комплекс неинвазивных методов инструментальной диагностики включал проведение АКТ, МРТ-АГ, ОФЭКТ, УЗТДГ и дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий.

Результаты. При проведении эндovasкулярных вмешательств полностью восстановить проходимость артерии в участке стенотического поражения удалось в 39 случаях. Остаточное сужение артерии до 20 % отмечено в оставшихся 4 случаях. Наличие остаточного стеноза не оказывало отрицательного влияния на церебральную гемодинамику. Интраоперационные инсульты при проведении ангиопластики составили 4,7 % (2 случая).

Выводы. Проведенное нами эндovasкулярное лечение стенозов магистральных артерий головы обеспечивало хороший технический эффект во всех 43 случаях и сопровождалось низкой частотой осложнений, без операционной летальности, что позволяет использовать данный метод лечения у пациентов с высоким хирургическим риском и противопоказаниями к открытым оперативным вмешательствам.