

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 втручання 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.