

Интракраниальный фибринолиз в лечении разорвавшихся аневризм головного мозга

Цимейко О.А., Шагин Н.А., Скорохода И.И., Мороз В.В., Аббасзаде Э.З.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад А.П. Ромоданова НАМН Украины»
Киев
Украина
80444830725
Shahinmad@ukr.net

Разрыв аневризм головного мозга является основной причиной субарахноидального кровоизлияния (САК). Своевременное выключение разорвавшейся аневризмы и отмывание крови из базальных цистерн с последующим локальным фибринолизом и дренированием базальных цистерн является едва ли не единственным методом освобождения последних от излившейся крови с последующей возможной профилактики последствий и выраженности церебрального вазоспазма (ЦВС).

Цель исследования: оценить эффективность интракраниального фибринолиза у больных с массивным САК и санации базальных цистерн от сгустков крови с последующим восстановлением циркуляции.

Материал и методы. Выполнена оценка результатов проведённого интракраниального фибринолиза у больных с массивным САК. За 2008-2009 год интракраниальный фибринолиз выполнен 20 пациентам (13 мужчин и 7 женщин), возраст больных колебался от 24 до 63 лет. Первоначально проводилось микрохирургическое выключение разорвавшейся аневризмы и по возможности немых аневризм, если таковые имелись. Интраоперационно, в пределах визуализации, отмыты сгустки крови из базальных цистерн, затем проводилась перфорация терминальной пластинки, а также мембраны Лилиеквиста. Через опто-каротидный туннель устанавливался силиконовый дренаж в межножковую цистерну. По истечении 12 часов после операции с помощью дренажа, установленного в базальные цистерны, введено 150000 МЕ урокиназы в три приёма с интервалом в 8 часов. Таким образом, через 4 часа после введения препарата дренаж был закрыт и, по истечении этого времени, на пассивном оттоке повторялась процедура.

Результаты и обсуждения. Интенсивность САК прямо пропорциональна выраженности ЦВС. В связи с этим, своевременная санация базальных цистерн и субарахноидального пространства от крови и продуктов её распада уменьшает выраженность ЦВС и возможные его последствия, которые преимущественно проявляются в виде вторичного ишемического поражения, порой множественного, которое влечёт за собой глубокую инвалидизацию больных. Анализируя полученные результаты, отмечается снижение выраженности ЦВС и его последствия особенно при поведении интракраниального фибринолиза в первые трое суток.

Вывод. Внедрение в практику методики интракраниального фибринолиза имеет важную роль в лечении больных с массивным аневризматическим САК, особенно в острейшем периоде и в профилактике вторичных ишемических поражений головного мозга.

Применение фасцикулотомий и прямой нейростимуляции в хирургическом лечении спастической кисти

Цымбалюк В.И., Дзяк Л.А., Зорин Н.А., Зозуля Ю.А., Кирпа Ю.И., Казанцева В.А.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад А.П. Ромоданова НАМН Украины»,
Днепропетровская Государственная Медицинская
Академия,
Днепропетровская областная клиническая больница
им. Мечникова
Киев, Днепропетровск
Украина
0675604215
yuriy3@rambler.ru

Цель: оценка эффективности лечения спастической кисти методами селективных фасцикулотомий срединного и локтевого нервов с и без стимуляции лучевого нерва.

Материалы и методы: Материалом исследования служили 21 пациент со спастической кистью различного генеза. У всех пациентов была выполнена селективная фасцикулотомия на срединном и/или локтевом нервах спастической кисти. У шести пациентов дополнительно на лучевой нерв был установлен временный нейростимулятор. В двух случаях активный электрод фиксировался эпинеурально, в 4-х случаях субэпинеурально.

Результаты. В подгруппе больных с изолированными фасцикулотомиями у всех пациентов отмечался хороший результат в виде регресса или снижения спастичности до 1 балла, а также была полностью устранена боль, связанная со спастикой. При наличии остаточной силы больше 3-х баллов частично восстанавливалась функция захвата. У пациентов с глубоким парезом (2 и ниже баллов) функция захвата не восстанавливалась ввиду слабости и атрофии разгибателей пальцев и запястья. Рецидивов спастичности в течение периода наблюдения не отмечалось. В подгруппе пациентов с нейростимуляцией и фасцикулотомиями срединного или локтевого нервов достигнут полный регресс спастичности и боли. Наилучший результат получен у больных со степенью спастичности (2-3) и силой не ниже 2-х баллов, что выражалось не только в снижении спастичности, но и в восстановлении функции захвата. В случае пlegии и пареза до 1 балла в спастической кисти в обеих подгруппах со стимулятором и без стимулятора результаты не отличались – устранена спастичность и боль без восстановления произвольных движений.

Выводы: Изолированные фасцикулотомии срединного и локтевого нервов дают стойкий эффект в снижении спастичности кисти с минимальными осложнениями в виде гипестезии, и позволяют полностью или частично восстановить функцию захвата спастической кисти только в случае остаточной силы выше 2 баллов. Применение временной нейростимуляции лучевого нерва наряду с селективными фасцикулотомиями дает значительно лучший эффект в отношении восстановления функции кисти при степени спастичности до 3-й степени по шкале Ashworth и силе 2 и выше баллов. При спастике 4-й степени с парезом и пlegией восстановление функции кисти указанными хирургическими методами невозможно. Стойкое снятие спастики у этих пациентов можно достичь селективными фасцикулотомиями срединного и локтевого нервов без использования нейростимуляции.