

Ендоваскулярне лікування хворих з судинною патологією головного мозку при сполученні з хворобами серця

Чебанюк С.В., Щеглов В.І., Щеглов Д.В.

Державна установа „Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України”
Київ
Україна
0444833217
barkasha@gmail.com

Мета. Визначити особливості ендоваскулярного лікування хворих з гострим порушенням мозково-го кровообігу (ГПМК) при сполученні з хворобами серця.

Матеріал та методи. Обстежено 128 хворих з ГПМК за ішемічним та геморагічним типом, середній вік яких складав $54,2 \pm 2,4$ роки. З них чоловіків було 69,5%, жінок – 30,5%. Всім хворим проводили комп'ютерну та магнітно-резонансну томографію, церебральну ангіографію, добове моніторування електрокардіограми (ДМ-ЕКГ) та артеріального тиску, дуплексне сканування судин головного мозку, ехо-, доплеркардіографію.

Результати. Встановлено, що у 58,4% хворих з ГПМК була ішемічна хвороба серця (ІХС), у 21% – гіпертонічна хвороба (ГХ), у 71,9% – ІХС та ГХ, у 5,6% – некоронарогенні хвороби та ураження серця. Перебіг ГПМК був ускладнений наступними змінами в роботі серця: зниження серцевої діяльності з нестабільною гемодинамікою у 15,6% хворих, екстрасистолічна аритмія (у 32%), фібриляція передсердь (у 22,6%), пароксизмальні зриви ритму серця з гемодинамічними розладами (у 21,1%), суправентрикулярна тахікардія (у 12,5%), ішемічні порушення коронарного кровотоку (депресія сегмента ST, інверсія зубця Т) у 24,2% хворих. За даними ДМ-ЕКГ в 48,4% випадків встановлені епізоди «безбольової» ішемії міокарда. У 5 хворих розвився гострий інфаркт міокарда. Всім хворим проводили ендоваскулярне лікування з урахуванням виявлених змін в роботі серця. Супутня патологія серця не обмежувала об'єм ендоваскулярних втручань, але вони проводились під ретельним контролем гемодинаміки, стану хворого, добового моніторування ЕКГ та артеріального тиску.

Висновки. Сполучення судинної патології головного мозку та серця має розповсюджений характер, що необхідно враховувати при оперативному втручанні. При розвитку інсульту на тлі патології серця порушення ритму реєстрували у 88,2% хворих, що значно ускладнює перебіг гострого періоду захворювання. Виявлені зміни в роботі серця підвищують ризик розвитку летальних випадків навіть без операції. Тому у кожному конкретному випадку необхідно оцінити ступінь ризику серцевих ускладнень, при високому ризику – обрати стратегію його зниження. Для таких хворих ендоваскулярне лікування судинної патології головного мозку більш фізіологічне, менш травматичне ніж пряме втручання.

Оптимізація нейрофізіологічної (НФ) діагностики стану нервів при тунельних синдромах верхньої кінцівки

Чеботарьова Л.Л., Третякова А.І.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Київ
Україна
044 483-95-35
enmg@ukr.net

Мета дослідження — оптимізувати комплекс НФ тестів для чіткого визначення рівня та ступеня компресії нервів при тунельних синдромах нервів верхніх кінцівок (ТСВК).

Матеріал та методи дослідження. Клініко-НФ дослідження проведені у 110 пацієнтів з ТСВК, з них — 35 із карпальним синдромом, 30 — кубітальним, 45 — синдромом верхньої апертури грудної клітини. Переважали жінки (55%), вік хворих від 18 до 65 років. Використано комплекс НФ методів діагностики: ЕНМГ визначення швидкості проведення по сенсорних, моторних та вегетативних волокнах нервів; наявності та поширеності локального блоку проведення сенсорними та моторними волокнами за допомогою інчінгу. Больовий синдром оцінювали за візуальною аналоговою шкалою та співставляли з результатами ЕНМГ діагностики, фіксували прояви трофічних порушень. 80% хворих отримали хірургічне лікування: невrolіз та декомпресія нерва на відповідному рівні, видалення шийного ребра, скаленотомія тощо. У 20% пацієнтів з діагностованим ТСВК позитивна динаміка спостерігалася при проведенні повторних курсів медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування. ЕНМГ діагностику проводили на всіх етапах. Якщо через 1-1,5міс після курсу лікування не спостерігали позитивної динаміки, хворим пропонували хірургічне втручання. При двобічному синдромі карпального каналу оперували спочатку більш уражену руку.

Результати. При домінуванні в клінічній картині больового синдрому діагностику розпочинали з визначення провідності по чутливих волокнах нервів в дистальних відділах. Для диференціації проксимального рівня ураження та розповсюдженості процесу визначали провідність по латеральному та медіальному шкірних нервах передпліччя, що беруть початок від латерального та медіального пучків плечового сплетення. При синдромі грудного виходу реєстрували зниження провідності по медіальному шкірному нерву передпліччя. Для диференційної діагностики з (моторними) корінцевими порушеннями на шийному рівні використовували голкову ЕМГ з реєстрацією денерваційних змін у відповідних м'язах; F-хвилю та сегментарну магнітну стимуляцію з розрахунком швидкості на проксимальній ділянці та корінцевої затримки. Позитивними результатами лікування вважали: зникнення (послаблення) больового синдрому, покращення чутливої та рухової функцій, відновлення провідності в зоні демієлінізації, підвищення М-відповідей м'язів в зоні іннервації.

Висновки. НФ діагностика відповідає вимогам щодо стандарту діагностики для встановлення: рівня і ступеня тяжкості ураження нервів при ТСВК, фокальної демієлінізації, гостроти і перебігу денерваційно-реіннерваційного процесу, залучення постангліонарних симпатичних волокон. Визначено оптимальний комплекс НФ методів та послідовність їх використання, що дозволяє скоротити час обстеження і чітко локалізувати зону ураження.