

Результаты хирургической помощи пациентам с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями в условиях Регионального сосудистого центра Ставропольского края. Факторы, влияющие на исход

Можейко Р.А., Слетков Н.А., Катасонов А.Г., Богатырева М.Д., Белоконь О.С., Гриднев Е.С., Шатохин А.А., Елисеев В.В., Зуенко А.А., Шевченко О.В., Татаркин А.А., Денисенко Ю.В., Дьяченко А.Ф.

Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи Ставрополь Россия
+79054415476
vve87@mail.ru

Цель исследования: оценить результаты хирургической помощи пациентам с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями (ГВК) в условиях РСЦ СК, выявить факторы, влияющие на исход узаканного заболевания.

Материал и методы исследования: ретроспективное когортное исследование пациентов, оперированных по поводу ГВК, госпитализированных в РСЦ СК в период с мая 2009 года по март 2010 года; факторы исключения: а) информированный отказ больного ГВК от оперативного лечения, б) малый объем гематомы (менее 30 мл при супра- и менее 10 мл при субтенториальной локализации), в) аневризматический генез внутримозговой гематомы, г) грубое нарушение витальных функций, д) стволовая локализация ГВК.

Результаты: в условиях РСЦ СК было оказана хирургическая помощь 42 пациентам с ГВК, что составило 36% (42/116) от всех больных ГВК; соотношение мужчин к женщинам составило 3,7/1 (33/9 соответственно), средний возраст - 59 лет (23-78 лет). У 12% (5/42) пациентов в момент вмешательства тяжесть состояния расценена по шкале GCS 15 баллов, у 45% (19/42) - 14-13, у 31% (13/42) - 12-9 баллов, у 12% (5/42) - 8 и менее. Одинаково часто - по 31% (13/42) пациентов - выполняемые при поступлении нейровизуализационные методы выявляли лобарные и латеральные гематомы, кроме того, равное соотношение пациентов - по 9,5% (4/42) с медиальными и церебеллярными гематомами; у 19% (8/42) верифицирована смешанная ГВК. В 74% (31/42) случаев было выполнено открытая эвакуация гематомы (соотношение краниотомии к первичной и вторичной декомпрессивной краниоэктомии составило 1/8); в 26% (11/42) случаев поставленную хирургическую задачу удалось решить посредством минимально-инвазивной методики (построение с помощью навигационной системы Medtronic хирургического плана, наложение в точке выбранной траектории фрезевого отверстия, пункция и аспирация гематомы с последующими сеансами локального фибринолиза и/или аспирации кровоизлияния). У пяти пациентов (12%) кровоизлияние сопровождалось массивной гематоматопонадой всей желудочковой системы, потребовавшей помимо эвакуации гематомы длительной двусторонней наружной вентрикулостомии. Послеоперационная летальность составила 33% (14/42).

Выводы: а) при соблюдении строгих условий отбора больных ГВК хирургическое лечение является эффективной лечебной модальностью, направленной не только на снижение летальности, но и на минимизацию степени инвалидизации пациентов с церебеллярными, латеральными и лобарными гематомами; б) факторами, определяющими отрицательный исход ГВК, являются: нарушение уровня сознания до комы I, возраст более 65 лет, поперечная дислокация более 10 мм, острая окклюзионная гидроцефалия, гематоматопонада желудочковой системы III степени по P_{ia}, рецидив кровоизлияния.

Методы реконструктивного эндovasкулярного хирургического лечения дисекционных аневризм экстракраниального отдела хребтовых артерий

Мороз В.В., Цимейко О.А., Костюк М.Р.

ДУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Рогоданова НАМН Украины» Киев Украина
067 440-31-09
moroz.doc@online.ua

Дисекция экстракраниального отдела церебральных артерий с формированием аневризмы у місці розшарування судинної стінки є безпосередньою причиною розвитку гострих порушень мозкового кровообігу у пацієнтів молодого віку. Частота комбінованих дисекційних уражень сонних та хребтових артерій (ХА) складає від 0,2 до 2,6 випадків на 100000 населення у США і в 20 % приводить до формування інфаркту головного мозку з відповідними клінічними проявами. Безпосередніми причинами формування дисекції стінки судини є травматичні ураження, фіброзно-м'язова дисплазія, гіпертонічна хвороба, спостерігається і спонтанний характер формування дисекційних аневризм. Хірургічне лікування дисекційних аневризм ХА є складним і проблематичним в зв'язку з необхідністю маніпуляцій на сегментах ХА, які знаходяться в кісткових структурах, а проксимальна оклюзія у цієї категорії пацієнтів часто приводить до післяопераційних ішемічних ускладнень. Альтернативним є застосування ендovasкулярного способу хірургічного лікування.

Матеріал та методи: реконструктивні ендovasкулярні втручання виконані 5 (n=5) пацієнтам з діагностованими дисекційними аневризмами естракраниального відділу ХА. Співвідношення за статеву ознакою вказує на перевагу жіночої статі у цій серії спостережень як 3:2. За локалізацією дисекційні аневризми спостерігали у сегменті V₁ (n=1), V₂ (n=2), V₃ (n=2). У 2 (n=2) спостереженнях формування дисекції пов'язане з перенесеною травмою шийного відділу хребта, у 3 (n=3) спостерігали спонтанний характер розшарування. Клінічні прояви захворювання у вигляді вогнищевої неврологічної симптоматики спостерігали у 4 (n=4) пацієнтів. Всім пацієнтам (n=5) виконані ендovasкулярні реконструктивні хірургічні втручання шляхом імплантації стентів в ділянку дисекційної аневризми. Встановлення 1 стента виконане 3 (n=3), імплантація 2 стентів в зону ураження за типом «стент в стент» 1 (n=1), та одномоментна імплантація 3 стентів при двобічному дисекційному ураженні ХА виконана 1 (n=1) пацієнту.

Результати та обговорення: оцінку результатів ендovasкулярного хірургічного лікування виконували за шкалою Rankin. У всіх оперованих пацієнтів (n=5) спостерігається відновлення до 1 градуса шкали Rankin. Задовільні результати хірургічного лікування обумовлені мінімальною інвазивністю та застосуванням оптимального способу хірургічної корекції за умови адекватної антиагрегантної та антитромбоцитарної терапії.

Висновки: перевагами застосування ендovasкулярних способів реконструктивних хірургічних втручань є мініінвазивність методики, можливості сучасних ендovasкулярних технологій, які дозволяють максимально фізіологічно виконати ремоделювання ураженого сегменту судинної стінки та ізолювати дисекційну аневризму естракраниального відділу ХА.