

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

УДК 616.8-089

© Р.Р.НОВІКОВ, В.В.ЧЕБУРАХІН, 2015

Р.Р.Новіков, В.В.Чебурахін

ВИПАДОК ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СУБАРАХНОІДАЛЬНО - ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОВИЛИВУ (V СТ. ШКАЛИ HUNT - HESS), ОБУМОВЛЕНОГО РОЗРИВОМ АНЕВРИЗМИ ПРАВОЇ СЕРЕДНЬОЇ МОЗКОВОЇ АРТЕРІЇ

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Вступ. Випадок хірургічного лікування субарахноїдально - паренхиматозного крововиливи (V ст. Шкали Hunt - Hess), обумовленого розривом аневризми середньої мозкової артерії.

Мета. Визначити ефективність хірургічного лікування субарахноїдально - паренхи-матозного крововиливи (V ст. Шкали Hunt - Hess), обумовленого розривом аневризми середньої мозкової артерії.

Матеріали і методи. Наведено клінічне спостереження лікування розриву артеріальної аневризми правої середньої мозкової артерії з формуванням субарахноїдально - паренхиматозного крововиливи (V ст. Шкали Hunt - Hess). Враховуючи тяжкість стану, тільки після проведеного в терміновому порядку хірургічного лікування, спрямованого на усунення джерела кровотечі, і збільшення внутрішньочерепного об'єму (розширена краніотомія),

Результати. Наведений вище клінічний випадок показує можливість знизити показники летальності даної категорії хворих за рахунок організації своєчасної госпіталізації в спеціалізовані стаціонари де є можливість профілактики повторного аСАК шляхом проведення високоточних методів дослідження та хірургічного втручання із застосуванням мікрохірургічної техніки. Відзначено значне поліпшення стану: відновилась свідомість, спонтанне дихання, ковтання, з'явилися мінімальні рухи в лівому плечі.

Ключові слова: аневризматическое субарахноїдальний крововилив, середня мозкова артерія, хірургічне лікування, аксіальна комп'ютерна томографія.

Вступ. На Україні кількість інсультів перевищує середній показник в Європі. За даними офіційної статистики МОЗ України, 35,5% всіх мозкових інсультів сталися у людей працездатного віку. Враховуючи епідеміологічні дані, в нейрохірургічному лікуванні в Україні щороку перебувають близько 5 тис. хворих з внутрішньомозковим крововиливом і близько 4 тис. Хворих, які постраждали від розриву артеріальних аневризм (АА) головного мозку [1]. Аневризматичні субарахноїдальні крововиливи (аСАК) - це крововиливи, зумовлені розривом АА (становлять 85 - 90% всіх субарахноїдальних крововиливів). Дуже актуальна проблема екстреної госпіталізації хворих з аСАК - за високого ризику летального результату. Смертність в гострому періоді в цілому складає близько 84%. До 45% хворих помирають у перші 24 години з моменту САК, решта - на 5 - 8-у добу, в окремих випадках - на 15 - 20-у добу [2,3]. Наводимо клінічний

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

випадак успішного лікування розриву AA правої середньої мозкової артерії (СМА) з формуванням субарахноїдально - паренхіматозного крововиливу (V ст. Шкали Hunt - Hess). Хворий Д., 53 років, в терміновому порядку (24 - 48 годин), доставлений в Інститут нейрохірургії 30.09.14. у край важкому стані (за шкалою ком Glasgow - 6 балів; V градація шкали Hunt - Hess; 5 ступінь шкали WFNS). Свідомість пригнічена до коми II. Зіниці D = S, помірно розширені; фотореакція пригнічена; погляд фіксований. Виражена ригідність потиличних м'язів. Симптом Бабінського викликається з двох сторін. На больовий подразник реагує патологічним розправленням правих кінцівок, в лівих - руху відсутні. Оцінити функцію ч.м.н. неможливо у зв'язку з тяжкістю стану. Гемодинаміка нестабільна, зі схильністю до гіпотензії. Самостійне дихання відсутнє, проводиться ШВЛ.

Анамнез захворювання. Зі слів родичів, захворів гостро 28.09.14., коли раптово з'явився різкий головний біль, нудота, блювання, з подальшою втратою свідомості. 28.09.14. госпіталізований в реанімаційне відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Києва, де проведено СКТ головного мозку 28.09.14. і 30.09.14. Виявлено гостре порушення мозкового кровообігу за геморагічним типом (субарахноїдально - паренхіматозний крововилив з формуванням внутрішньомозкової гематоми в правій гемісфері головного мозку). У край важкому стані транспортований в Інститут нейрохірургії. Враховуючи наявність протипоказань до проведення церебральної ангиографії

(тяжкість стану, нестабільність вітальних функцій) [3], хворому виконана МСКТ ангиографія головного мозку 30.09.14 (рис.1).

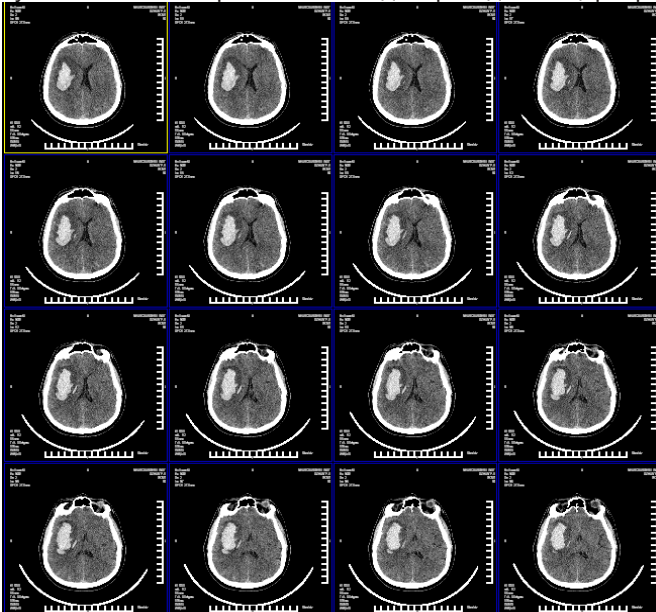


Рис. 1а. В правій лобно - скроневої області вогнище 2,8 * 6,5 * 5,3 см., із зоною набряку до 0,5 см. Правий боковий шлуночок здавлений. Підпаутинні простори зі слідами крові. Структури середньої лінії зміщені ліво на 0,5 см.

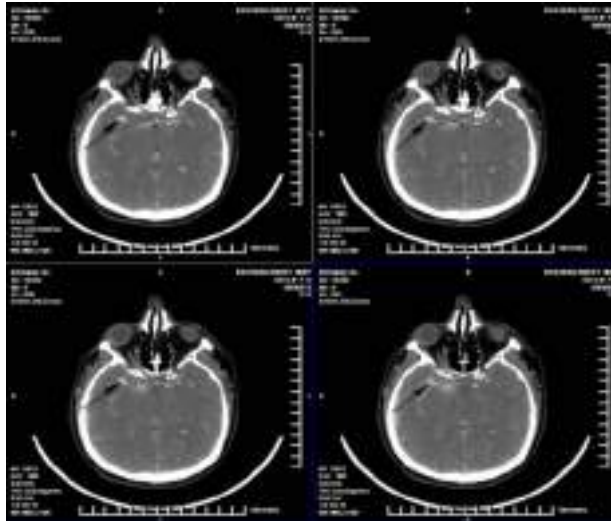


Рис. 16. Виявлена мішкоподібна аневризма правої СМА розмірами 7,9 * 6,4 мм., 3 шийкою 3,9 мм. Ознак ангіоспазму не виявлено [4]

мікрохірургічне видалення внутрішньомозкової гематоми (> 100 см 3) правої лобно - скроневої ділянки, кліпування шийки аневризми правої СМА (біфуркації М1) зі збереженням прохідності лобового і скроневого стовбурів [5,6]. Наростаючий після операції набряк мозку (регіонарний або дифузний) підтримує наявне вклинення і сприяє його збільшенню, що призводить до наростаючої компресії стовбура мозку, порушення кровообігу, виникнення або наростання ішемії. Тому зменшення внутрішньочерепного об'єму сприяє профілактиці або зниження ішемічних процесів в стовбурі мозку) [2,3].

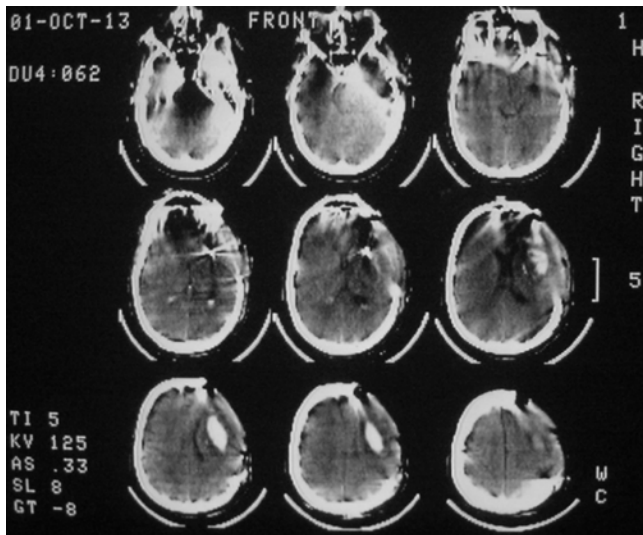
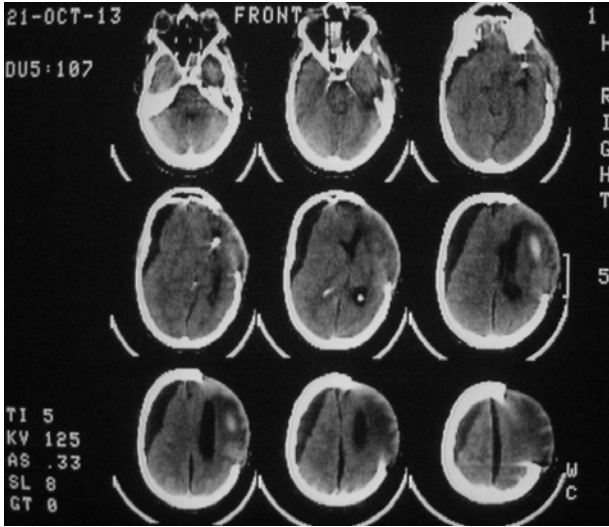


Рис. 2. Після-операційна аксіальна КТ (АКТ) головного мозку 01.10.14: кістковий дефект в правій лобно - скронево - тім'яної області. У проекції цієї ділянки залишки геморагії 1,5 * 3 * 2 см. В проекції сегмента М1 СМА праворуч тінь кліпси. Структури середньої лінії без зміщення

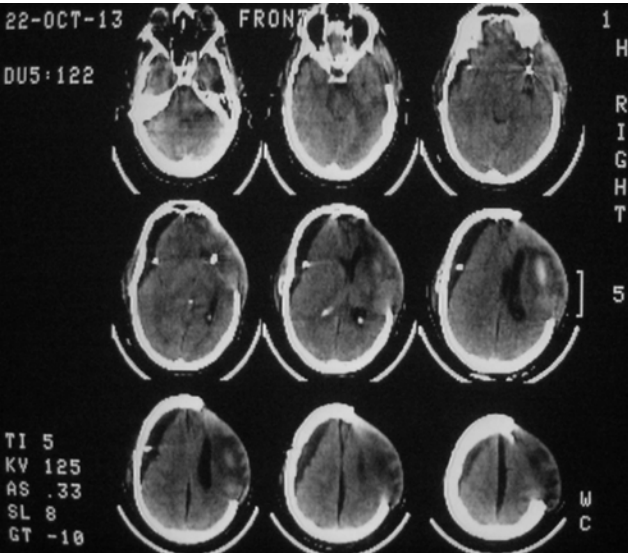
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

З метою адекватної санації трахео - бронхіального дерева і поліпшення оксигенації 02.10.14. проведена нижня трахеостомія. УЗДГ і МАГ 04.10.13: ознаки ангіоспазму I ступеню. В післяопераційному періоді, на тлі масивної дегідратаційної (маніт до 90 гр. на добу), інфузійної, антибактеріальної, церебропротекторної терапії відзначається стабілізація гемодинамічних показників, поступове відновлення рівня свідомості до сопору (07.10.14.), глибокого оглушення (15.10.14.) , із збереженням лівосторонньої геміплегії.



21.10.14. погіршення стану - пригнічення свідомості до коми I. Виконана АКТ головного мозку 21.10.14 (рис. 3).

Рис. 3. Зміщення серединних структур до 1,7 см. У лівій лобно - скроневій ділянці зона лікворної щільності 10 * 2 см. Лівий бічний і III шлуночок здавлені, правий розширений



21.10.14. операція - субдурально - перітонеостомія зліва [1,3]. АКТ 22.10.14 (рис.4).

Рис. 4. В порожнині гідроми зліва тінь дренажу. Зміщення серединних структур вправо до 1,5 см.

Проведено контрольне АКТ 25.10.14 (рис. 5).

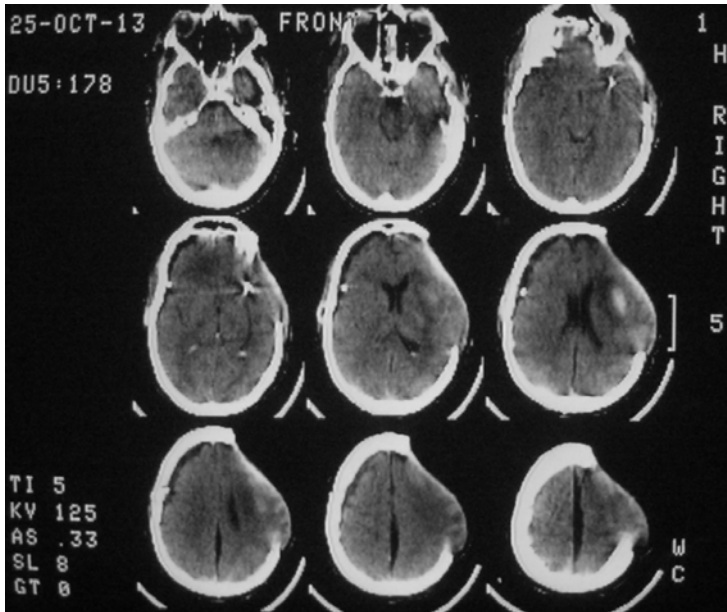


Рис. 5. Гідрома в лівій лобно - скроневої області зменшилася до 0,5 см. Щільність гематоми зменшилась також. Пропаласу мозкової речовини немає. Серединні структури без зміщення

Поряд з медикаментозною терапією проводилось відновне лікування: масаж, ЛФК лівих кінцівок, грудної клітки. З 28.10.14 розпочато курс гіпербаричної оксигенації. 29.10.14. відбулося відновлення спонтанного дихання і видалення трахеостомической трубки, самостійне ковтання, з'явилися мінімальні рухи в лівому плечі, хворий виконує інструкції. Післяопераційні рани зажили первинним натягом, шви знімалися на 7 добу після оперативних втручань. Лікворо - шунтуюча система функціонує, клапан легко прокачується.

08.11.14 хворий переведений для подальшого лікування в неврологічне відділення за місцем проживання.

Висновок. Наведений вище клінічний випадок показує можливість знизити показники летальності даної категорії хворих за рахунок організації своєчасної госпіталізації в спеціалізовані стаціонари, де є можливість профілактики повторного аСАК шляхом проведення високоточних методів дослідження та хірургічного втручання із застосуванням мікрохірургічної техніки. У випадках, коли тяжкість хворого є протипоказом до проведення операції, здійснювати комплекс лікувальних заходів, спрямованих на збереження життя хворого і мінімізацію різних ускладнень аСАК. Більш агресивна хірургічна тактика лікування (а саме: оперативні втручання при IV - V ст. Шкалі Hunt - Hess [1], декомпресивна (або розширена) трепанція черепа при масивному субарахноїдально - паренхіматозному крововиливі, що супроводжується компресійно - дислокаційним синдромом).

Література

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів із стандартизації медичної допомоги при геморагічному інсульті: наказ МОЗ України // Аневризматичний субарахноїдальний крововилив. Адаптовані клінічні рекомендації, заснована на доказовій базі. - Київ, 2013. - 65с.
2. Лебедев В.В. Руководство по неотложной нейрохирургии: к изучению дисциплины / В. В. Лебедев, Л. Д. Быковников. – М.: Медицина, 1987. – 336 с.
3. Гайдар Б.В. Практическая нейрохирургия: Руководство для врачей / Под ред. Б.В. Гайдара. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 648 с.
4. Gallucci M., Capoccia S., Catalucci A. Radiographic Atlas of Skull an Brain Anatomy. – Italy: Idelson-Gnocchi srl, 2005. – 362 p.
5. Крылов В.В. Микрохирургия аневризм виллизиева многоугольника / В.В. Крылов, В.В. Ткачев, Г.Ф. Добровольский. – М.: Антилор, 2004. – 160 с.
6. Perneczky A., Reisch R., Keyhole Approaches in Neurosurgery. Concept and surgical technique. – New York, 2010. – 301 p.

Р.Р.Новиков, В.В.Чебурахин

Случай хирургического лечения субарахноидально - паренхиматозного кровоизлияния (V ст. шкалы Hunt - Hess), обусловленного разрывом аневризмы правой средней мозговой артерии

Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова

НАМН Украины, Киев

Введение. Случай хирургического лечения субарахноидально - паренхиматозного кровоизлияния (V в. Шкалы Hunt - Hess), обусловленного разрывом аневризмы средней мозговой артерии.

Цель. Определить эффективность хирургического лечения субарахноидально - паренхиматозного кровоизлияния (V в. Шкалы Hunt - Hess), обусловленного разрывом аневризмы средней мозговой артерии.

Материалы и методы. Приведено клиническое наблюдение лечения разрыва артериальной аневризмы правой средней мозговой артерии с формированием субарахноидально - паренхиматозного кровоизлияния (V в. Шкалы Hunt - Hess). Учитывая тяжесть состояния, только после проведенного в срочном порядке хирургического лечения, направленного на устранение источника кровотечения и увеличения внутримозгового объема (расширенная краниотомия),

Выводы. Приведенный выше клинический случай показывает возможность снизить показатели летальности данной категории больных за счет организации своевременной госпитализации в специализированные стационары где есть возможность профилактики повторного аСАК путем проведения высокоточных методов исследования и хирургического вмешательства с применением микрохирургической техники. Отмечено значительное улучшение состояния: возобновилась сознание, спонтанное дыхание, глотание, появились минимальные движения в левом плече.

Ключевые слова: аневризматическое субарахноидальное кровоизлияние, средняя мозговая артерия, хирургическое лечение, аксиальная компьютерная томография.

Case report of surgical treatment of subarachnoid and intracerebral haemorrhage (Hunt and Hess grade V) caused by ruptured aneurysm of the right middle cerebral artery

Institute of Neurosurgery named after A.P. Romodanov of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv

Introduction. Case report of surgical treatment of subarachnoid and intracerebral haemorrhage (Hunt and Hess grade V) caused by ruptured aneurysm of the right middle cerebral artery.

Aim. To determine the effectiveness of surgical treatment of subarachnoid and intracerebral haemorrhage (Hunt and Hess grade V) caused by ruptured aneurysm of the right middle cerebral artery.

Materials and methods. There was performed clinical observation of treatment of ruptured aneurysm of the right middle cerebral artery with the formation of subarachnoid and intracerebral haemorrhage (Hunt and Hess grade V).

Conclusions. The clinical case shows the possibility of reducing the indices of mortality of this category of patients due to timely hospitalization to special hospitals with the possibility of preventing repeated aneurysmal subarachnoid haemorrhage by means of high value methods of investigation and surgery using microsurgical techniques. Taking into account the severity of the condition, only after leading urgent surgical treatment, aimed at removing the source of bleeding and increasing the intracranial pressure (advanced craniectomy), there was observed the improvement: recovered consciousness, spontaneous breathing, swallowing, minimal movement in patient's left shoulder.

Key words: aneurysmal subarachnoid haemorrhage, middle cerebral artery, surgical treatment, computed axial tomography.

Відомості про авторів:

Чебурахін Валерій Валерійович - лікар - нейрохірург, аспірант, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України.

Новіков Руслан Романович - лікар – нейрохірург, кафедра нейрохірургії НМУ ім. О.О. Богомольця.

УДК 616.132.14:616-007.271

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2015

С.А.Тихонова¹, В.П.Пісковацька¹, С.В.Шевченко², А.Н.Тімаков²

ВРОДЖЕНА АНОМАЛІЯ АОРТИ У ПАЦІЄНТКИ ДОРОСЛОГО ВІКУ – ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА РОЛЬ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

¹Одеський національний медичний університет,

²Центр реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) Одеського національного медичного університету

Вступ. Коарктація аорти — відносно рідкісна вада аорти, що призводить до вторинної гіпертензії. Сучасні методи діагностики та візуалізації дозволяють