

Результати хірургічного лікування аневризм судин головного мозку на прикладі останніх 100 послідовних пацієнтів

Смолянка В.І., Гаврилів Т.С., Бортнік І.М., Мелкумян М.С., Маринець М.І., Сангрет Н.М., Бонь М.В.

¹ Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

² Ужгородський обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, Ужгород, Україна

Мета дослідження: визначити закономірності результатів хірургічного лікування хворих з інтракраніальними аневризмами, залежно від їх локалізації, стану хворого при поступленні в стаціонар, супутнього вазоспазму та термінів оперативного втручання.

Матеріали та методи: подано результати оперативного лікування останніх 100 послідовних пацієнтів з інтракраніальними артеріальними аневризмами, що знаходились на лікуванні в ОКЦНН м.Ужгорода протягом 2007-2012 р. У 100 пацієнтів виявлено 111 аневризм, «відкрите» оперативне втручання проведено 92 пацієнтам (з них 87-ми – кліпування та 5-ти – окутування аневризм), ендovasкулярне виключення виконано у 8 пацієнтів. Найчастіше зустрічались аневризми передньої сполучної – передньої мозкової артерії (35%). Стан хворих при поступленні оцінювався за шкалою Fisher, Hunt-Hess; результати лікування - Glasgow Outcome Scale. Наявність вазоспазму оцінювалось за допомогою спіральної комп'ютерної ангиографії, субтракційної цифрової церебральної ангиографії, транскраніальної доплерографії.

Результати і обговорення: хороші та задовільні результати (GOS IV, GOS V) становили 83%. Hunt-Hess I-II мав місце у 80% хворих при поступленні. Загальна післяопераційна летальність дорівнювала 10 % (мікрохірургія – 9.7%, ендovasкулярні методики – 12.5%). Розподіл летальності в залежності від локалізації та типу оперативного втручання: переднє півкільце – 93 пацієнта (88 – мікрохірургія (летальність – 9%), 5 ендovasкулярні методи (летальність – 20%), заднє півкільце – 7 пацієнтів (4 – мікрохірургія (летальність – 25%), 3 ендovasкулярні (летальність – 0%). Найкращі результати хірургічного лікування спостерігались у «холодному» періоді (більше 21 доби) з рівнем виходу GOS IV, GOS V у 87%. Найчастіше вазоспазм (33%) розвивався у пацієнтів з 2 ст. згідно шкали Fisher. У 53% випадків мав місце вазоспазм у пацієнтів із результатами лікування GOS I, GOS II, GOS III.

Висновки: хороші результати лікування прямо пропорційно залежать від стану хворого при поступленні та перед хірургічним лікуванням за шкалою Hunt-Hess. При локалізації аневризми в передніх відділах артеріального кола слід віддавати перевагу мікрохірургії, задніх – ендovasкулярним втручанням. Найбільш несприятливими факторами є важкий стан пацієнта, повторний розрив, вазоспазм.

Кореляція клініко-інструментальних ознак внутрішньочерепної гіпертензії у пацієнтів з гіпертензивними внутрішньомозковими крововиливами та прямим методом вимірювання ВЧТ

Смолянка В.І.¹, Гамкрелідзе О.Ю.², Федурця В.М.², Гайдук О.В.², Козел Т.М.².

¹ Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

² Ужгородський обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології, Ужгород, Україна

Матеріали та методи: Проведений аналіз клінічних симптомів та інструментальних методів, який поєднувався із вимірюванням ВЧТ за допомогою системи моніторингу ВЧТ Codman ICP Express у 26 оперованих пацієнтів з гіпертензивним внутрішньомозковим крововиливом (ГВМК). Клінічний стан пацієнтів визначали за шкалою коми Глазго (ШКГ) за найкращою відповіддю. Всім пацієнтам при поступленні у стаціонар виконували комп'ютерну томографію (КТ) визначали локалізацію крововиливу, об'єм крововиливу, наявність дислокації серединних структур та/або стиснення обвідної цистерни. ВЧТ фіксували, як середній показник кожні 2 години. ВЧГ кваліфікували, як її відсутність при показниках ВЧТ менше 15мм рт.ст., легку 15-20мм рт.ст., помірну – 21-30мм рт.ст., виражену – 31-40мм рт.ст. та надзвичайно виражена більше 41мм рт.ст..

Результати та їх обговорення: У переважної кількості обстежених пацієнтів при вимірюванні ВЧТ ми спостерігали його підвищення різного ступеню: зафіксована легка ВЧГ у 2 (7,7%), помірну у 12 (46,2%), виражена у 10 (38,5%) випадках, не була зафіксована ВЧГ у 2 пацієнтів (7,7%). Аналіз даних клініко-інструментальних методів дослідження пацієнтів з ГВМК дозволяє запідозрити наявність ВЧГ. Так зниження рівня свідомості нижче за 13 балів за ШКГ спостерігалось у 21 пацієнта (80,8%), наявність внутрішньомозкового крововиливу об'ємом більшим за 30 см³ у 25 (96%) пацієнтів та бічна дислокація серединних структур більше 5мм у 16 (61,5%) пацієнтів. Поєднання двох та більше ознак з високою долею ймовірності свідчили про наявність ВЧГ. Однак за клінічними ознаками неможливо спрогнозувати рівень підвищення ВЧТ та визначити потребу, об'єм та ефективність терапії ВЧГ. В жодному випадку ми не фіксували зниження перфузійного тиску нижче за 60мм рт.ст. тому артеріальна гіпертензія не може слугувати самостійною ознакою ВЧГ і має розглядатися виключно у комплексі з іншими діагностичними методами.

Висновки: ВЧГ різного ступеню спостерігається у значної кількості пацієнтів з ГВМК. Клінічний огляд, КТ головного мозку не можуть в повному об'ємі оцінити ВЧГ у пацієнтів з спонтанними ВМК. Пряме вимірювання ВЧТ є основним об'єктивним методом діагностики ВЧГ у пацієнтів з ВМК і має проводитися всім пацієнтам, які мають підозру на наявність ВЧГ за комплексною оцінкою даних клініко-інструментальних методів дослідження.

того, важно, что диагностика вазоспазма не влияет на тактику лечения, продолжается рутинное применение блокаторов Са и ЗН-терапии, а весомые доказательства эффективности ангиопластики отсутствуют. Вызывает сомнение острота необходимости осмотра отоневролога, при том, что такой штатной единицы нет.

Дальнейшие пункты касаются лечения. Непонятно, до каких пределов проводить коррекцию АД и реологических свойств крови, чем проводить медикаментозную профилактику вазоспазма, какие применять нейропротекторные препараты (при том, что нет препаратов с доказанным нейропротекторным действием). Далее для лечения вазоспазма предлагаются ангиопластика и внутриартериальные инфузии, эффективность которых с позиций доказательной медицины сомнительна. И последнее, что касается противопоказаний к хирургическому лечению. Согласно протоколу противопоказания касаются только комы III, смерти мозга и критических нарушений свертываемости. При таком подходе мы обязаны оперировать всех больных с каким-нибудь сохраненным рефлексом. В литературе принято ставить противопоказания в зависимости от тяжести состояния, распространенности кровоизлияния и т.д., но не от наличия или отсутствия терминального состояния больного

В послеоперационном периоде осуществлялся мониторинг скорости церебрального кровотока методом ультразвуковой транскраниальной доплерографии (УЗТДГ) на 1, 3, 7, 10 сутки. Показаниями к проведению эндоваскулярной фармангиопластики считали: скорость кровотока, превышающую 280 см/сек., нарастание неврологического дефицита без признаков формирования ишемического очага по данным КТ головного мозга. Таким критериям соответствовало 4 пациента, которым в дальнейшем была проведена массивная инфузионная терапия кристаллоидными растворами (200 мл./час, что составило в среднем 4,8 – 5 литров/сутки). В отдельную группу выделены больные, у которых имелись признаки ПЦВ, диагностированного по УЗТДГ, но без очаговой неврологической симптоматики (9 пациентов). Им проведена выше указанная схема в/в инфузии.

Результаты и обсуждения. Анализ результатов лечения больных с ПЦВ оценивался по шкале исходов Глазго (Glasgow Outcome Scale) (Jennet B., Bond M., 1975). Хороший результат достигнут во всех случаях. Все пациенты были выписаны без неврологического дефицита, в среднем на 16 сутки после операции, под наблюдением невролога в поликлинике по месту жительства.

Выводы. Основными факторами в успешном лечении ПЦВ являются своевременное проведение хирургического вмешательства, выполнение, по показаниям, эндоваскулярной фармангиопластики и гипердинамической инфузионной терапии.