

Предоперационная подготовка направлена на уменьшение воспалительных изменений в пищеводе, коррекцию сопутствующей патологии, проводилась совместно с обследованием в отделении гастроэнтерологии. Обязательно выполнялась биопсия пищевода и желудка, рентгеноскопия пищевода и желудка в положении Тренделенбурга. Обязательно определение длины пищевода. Короткий пищевод не является показанием для лапароскопического вмешательства.

Операцию производим из 5 доступов, расположенных в верхних квадрантах брюшной стенки. На двух последних операциях оказалось достаточно 4 доступов. Это связано с тем, что при тщательной мобилизации ножек диафрагмы в области пищеводного отверстия ткани более рыхлые, нет необходимости пользоваться проводником для мобилизации задней стенки пищевода. Мобилизацию коротких артерий производили на первых двух операциях (Ниссена – Розетти), затем перестали это делать в связи с тем, что часть дна желудка, выведенная из средостения, достаточна для формирования манжетки (Ниссена). В одном случае интраоперационно диагностирована эмфизема на шее. Аускультативно дыхание проводилось во все отделы, гемодинамически больная стабильна, эмфизема не напряженная, без признаков нарастания, поэтому операция была продолжена в штатном режиме, а после операции выполнена рентгенография легких, пневмоторакса не выявлено. Производилась задняя крурорафия 1 – 2 швами, в одном случае выполнена передняя крурорафия в связи с анатомическими особенностями. Манжета формировалась на зонде диаметром 1 см из дна желудка 2 – 3 швами с обязательной фиксацией к передней стенке пищевода для предупреждения дислокации. Мобилизация дна желудка должна быть достаточной для формирования манжеты без натяжения, в этом случае мы применяли более тонкий зонд – 1 см.

Зонд удаляли сразу после операции. В послеоперационном периоде случаев гастростаза не отмечали. Активизировали пациента на следующие сутки после операции, разрешали пить воду, на вторые сутки – принимать пищу. В послеоперационном периоде осложнений не было. Выписаны на 7-е сутки после операции. Двое больных осмотрены через 3 месяца после операции, жалоб не предъявляют. Рекомендован ФЭГДС-контроль через 6 месяцев после операции.

Длительность первых двух операций составила 210 минут, остальных двух – 180 минут.

ВЫВОДЫ

1. Лапароскопическая эзофагофундопликация менее травматична, реабилитация происходит значительно быстрее, осложнений меньше.
2. Данная операция может использоваться значительно шире: как антирефлюксная операция при рефлюкс-эзофагите и пищеводе Баретта и как завершающий этап после кардиомиотомии.
3. Отмечается явная тенденция к уменьшению длительности и травматичности операции с приобретением опыта. Это позволит в будущем производить операции у возрастной категории пациентов с сопутствующей патологией, которые в настоящее время находятся на пожизненной консервативной терапии.

И.М. Бухаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Хирургическое лечение аневризм сосудов головного мозга остается актуальной проблемой в нейрохирургии. 85 % всех субарахноидальных кровоизлияний являются следствием разрыва аневризм, составляя 10 – 16 % на 100000 жителей в год. Высокой остается летальность и инвалидизация вследствие разрыва аневризм. Погибает в результате субарахноидального кровоизлияния 30 – 67 % пациентов, 15 – 30 % остаются инвалидами [6, 7, 8]. Около 87 % больных погибают в сроки от 1 до 6 месяцев после первого разрыва аневризм, 60 % погибает в первые сутки, 26,3 % – на 2 – 3-е сутки, 3,5 % – на 8 – 21-е сутки, и 2,5 % – на 22 – 60-е сутки. Консервативная терапия не гарантирует предупреждение повторного риска разрыва аневризмы, которое возникает в течение первых 2-х недель после субарахноидального кровоизлияния (САК) у 14 – 44 % больных и заканчивается у 20,5 – 85 % летальным исходом [5]. Послеоперационная летальность остается также высокой, составляя 16 % в первые 14 суток после САК, и тесно зависит от степени тяжести пациентов [4]. На послеоперационную летальность также влияет интраоперационный разрыв аневризмы, который наблюдается в 11 – 19 % наблюдений, в 3 раза чаще во время ранних операций, чем при отсроченных. К настоящему времени наиболее перспективными признаются ранние оперативные вмешательства, проводимые не позднее 72 часов с момента заболевания до развития вазоспазма, острой окклюзионной гидроцефалии [2]. Микрохирургические операции на аневризмах рекомендуется производить только после регресса сосудистого спазма, симптоматики

ишемии, стабилизации состояния больного [1]. В последние десятилетия активно развивается эндоваскулярная хирургия аневризм. Появляются данные о том, что внутрисосудистые вмешательства реже приводят к углублению неврологического дефицита, сокращают сроки госпитализации, социальной и трудовой адаптации [1, 3].

Цель исследования — представить результаты эндоваскулярного хирургического лечения больных с аневризмами сосудов головного мозга на базе нейрохирургического отделения Республиканской Клинической больницы им. Н.А. Семашко.

В нейрохирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко за период с ноября 2007 по август 2009 гг. оперировано 17 пациентов с артериальными аневризмами сосудов головного мозга. Мужчин было 9, женщин — 8, возраст пациентов составил от 25 до 56 лет. По локализации аневризм: передней мозговой артерии — передней соединительной артерии (ПМА — ПСА) — 4 пациента; внутренней сонной артерии (ВСА) — 4, средней мозговой артерии (СМА) — 5, позвоночной артерии — 1. Множественные аневризмы выявлены у 3-х пациентов, из них СМА + ПСА — у 2-х, ВСА + ВСА — у одного. Малые аневризмы (менее 5 мм) встречались в 2 случаях, аневризмы обычных размеров — в 8, крупные — в 4. В холодном периоде оперировано 12 пациентов, в остром периоде — 5. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале Ханта и Хесса: I ст. — 8; II ст. — 3; III ст. — 4; IV ст. — 2 человека. Всем больным проводились эндоваскулярные выключения аневризм с применением инструментов фирм Balt, Cordis. Одной пациентке после частичного выключения аневризм СМА слева выполнено клипирование аневризм с удалением внутримозговой гематомы. В послеоперационном периоде больным с сосудистым спазмом проводили «ННН»-терапию, круглосуточное введение препарата Нимотоп (Nuscomed).

Для оценки клинических исходов хирургического лечения пациентов применяли шкалу исходов Глазо (OGS), а степень инвалидизации оценивали по модифицированной шкале Рэнкин (mRs). Для оценки радикальности применяли классификацию типов исходов внутрисосудистых вмешательств (Moret J., 2005).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Тотально (тип А) было выключено 12 аневризм, частично (тип В) — 6. У одной больной с множественными аневризмами 1 аневризма (крупная, неразрывавшаяся) оставлена на следующий этап оперативного лечения; у больного с множественными аневризмами 1 аневризма ПМА — ПСА спонтанно тромбировалась во время операции. Катамнез в течение 1 — 2 лет показал отсутствие повторных кровоизлияний даже при частичном выключении аневризм из кровообращения.

Абсолютное отсутствие признаков инвалидизации после хирургического лечения отмечено у 8 пациентов, 6 пациентов выписано с признаками умеренной инвалидизации, 2 — с признаками выраженной инвалидизации. В послеоперационном периоде умер 1 (5,8 %) пациент, оперированный в тяжелом состоянии (IV ст. по шкале Ханта и Хесса).

ВЫВОДЫ

Эндоваскулярные оперативные вмешательства являются эффективной методикой выключения аневризм из кровотока. Тотальное выключение аневризм достигается в большинстве наблюдений. Частичное выключение аневризм из кровообращения позволяет уменьшить частоту повторных кровоизлияний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внутрисосудистая хирургия аневризм головного мозга / Д.В. Свистов [и др.] // Сб. Четвертой международной школы по эндоваскулярной хирургии. Церебральные аневризмы. — 2009. — С. 95 — 111.
2. Катамнез больных, оперированных в острой стадии разрыва артериальных аневризм / О.Б. Белоусова [и др.] // Вопросы нейрохирургии. — 2004. — № 3. — С. 8 — 13.
3. Результаты микрохирургического и внутрисосудистого лечения аневризматической болезни головного мозга / С.А. Ландик [и др.] // Сб. матер. конф. «Поленовские чтения»; под ред. проф. В.П. Берсенева. — СПб., 2009. — С. 216.
4. Свистов Д.В. Неотложные состояния в нейрохирургии / Лекции по нейрохирургии; под ред. В.Е. Парфенова, Д.В. Свистова. — СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2004. — 336 с.
5. Хирургия аневризм в остром периоде кровоизлияния / В.В. Лебедев [и др.]. — М.: Медицина, 1996. — 256 с.
6. Case-fatality rates and functional outcome after subarachnoid hemorrhage: a systematic review / J. Hop [et al.] // Stroke. — 1997. — Vol. 28. — P. 660 — 664.
7. Mortality and morbidity of surgery for unruptured intracranial aneurysms / T. Raaymakers [et al.] // Stroke. — 1998. — Vol. 29. — P. 1531 — 1538.
8. Schievink W. Intracranial aneurysms / W. Schievink // N. Eng. J. Med. — 1997. — Vol. 336. — P. 28 — 40.