

органов на более ранних сроках патологического процесса. Начиная с 14-х суток отмечали нормализацию исследуемых показателей, что свидетельствует об уменьшении воспалительного процесса. Установлено, что величина общей антиоксидантной емкости сухого экстракта ортилии однобокой составляет 384,56 мг/г. Антирадикальная активность сухого экстракта ортилии однобокой составляет 4,79 мкг/мл и превышает таковую у стандартного антиоксиданта кверцетина (9,93 мкг/мл). Распределение фракций сухого экстракта ортилии однобокой, согласно их активности, следующее: этилацетатная (4,04 мкг/мл) > межфазный осадок > н-бутанольная > водная > хлороформная (47,98 мкг/мл), причем вклад этилацетатной фракции в проявление данного действия составляет более 80 %. Методом СВА установлено, что значение IC_{50} сухого экстракта ортилии однобокой составляет 172,22 мкг/мл; наиболее активными являются компоненты межфазного осадка (54,65 мкг/мл) и хлороформной фракции (116,39 мкг/мл). Вклад соединений, составляющих хлороформную фракцию, в защиту β -каротина от перекисного повреждения максимальный. Об ингибирующем влиянии СЭОО на перекисное окисление липидов свидетельствует снижение в сыворотке крови у крыс, получавших СЭОО, содержания МДА на 7-е, 14-е и 21-е сутки, соответственно, на 10,8 %, 10 % и 13,5 %. Отмечалось снижение концентрации каталазы в сыворотке крови на 34 %, 35 % и 39 % на 7-е, 14-е и 21-е сутки соответственно. Активность СОД в крови повышалась по сравнению с контролем на 23 %, 25 % и 29 % на 7-е, 14-е и 21-е сутки соответственно. Содержание ВГ в крови повышалась по сравнению с контролем в 4,7, 4,9 и 5,2 раза на 7-е, 14-е и 21-е сутки соответственно. Установлено, что все фракции оказывают благоприятное влияние на течение экспериментального эндометрита. В целом влияние хлороформной, бутанольной, водной фракции и межфазного осадка на нормализацию указанных показателей у крыс имело положительные результаты, но данные результаты уступали по всем исследуемым показателям результатам влияния этилацетатной фракции сухого экстракта ортилии однобокой.

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено, что испытуемое новое лекарственное средство — сухой экстракт ортилии однобокой — оказывает выраженное противовоспалительное действие при экспериментальном повреждении матки — остром эндометрите у белых крыс. Введение этилацетатной фракции оказывает выраженное фармакотерапевтическое влияние, обусловленное содержащимся в ней комплексом биологически активных веществ (кумарины, тритерпеновые сапонины, флавоноиды в виде гликозидов и флавоноловых агиконов). Можно полагать, что молекулярно-клеточным механизмом, определяющим эффективность сухого экстракта ортилии однобокой в качестве средства для лечения воспалительных заболеваний, является его способность ингибировать процессы перекисного окисления липидов, обусловленная воздействием комплекса биологически активных веществ, содержащегося в испытуемом фитоэкстракте.

И.М. Бухаев

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

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

ВВЕДЕНИЕ

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. Высокими остаются летальность и инвалидизация вследствие разрыва аневризм. Погибают в результате субарахноидального кровоизлияния 30 — 67 % пациентов, 15 — 30 % остаются инвалидами (Hop J. et al., 1997; Schievink W., 1997; Raaymakers T., 1998). Около 87 % больных погибают в сроки от 1 до 6 месяцев после первого разрыва аневризм, 60 % погибают в первые сутки, 26,3 % — на 2 — 3-е сутки, 3,5 % — на 8 — 21-е сутки, 2,5 % — на 22 — 60-е сутки. Консервативная терапия не гарантирует предупреждения повторного риска разрыва аневризмы, который возникает в течение первых 2 недель после субарахноидального кровоизлияния (САК) у 14 — 44 % больных и оканчивается в 20,5 — 85 % случаев летальным исходом (Белоусова О.Б. с соавт., 2004). Послеоперационная летальность также остается высокой, составляя 16 % в первые 14 суток после САК, и тесно зависит от степени тяжести пациентов (Свистов Д.В. с соавт., 2004). На послеоперационную летальность также влияет интраоперационный разрыв аневризмы, который наблюдается в 11 — 19 % наблюдений, в 3 раза чаще во время ранних операций, чем во время отсроченных. К настоящему времени наиболее перспективными признаются ранние оперативные вмешательства, проводимые не позднее 72 часов с момента заболевания до развития вазоспазма, острой окклюзионной гидроцефалии (Белоусова О.Б. с соавт., 2004). Микрохирургические операции на аневризмах рекомендуется производить только после регресса сосудистого спазма, симптоматики ишемии,

стабилизации состояния больного. 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 (Ландик С.А. с соавт., 2009). В последние два десятилетия открытые операции все чаще применяются только при невозможности провести эндоваскулярные. Во многих нейрососудистых центрах эндоваскулярная эмболизация стала методом выбора. Предполагается, что 70–80 % больных с церебральными аневризмами показано проведение срочных эндоваскулярных операций (Никитин П.И., 2010).

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В нейрохирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко за период с ноября 2007 по февраль 2011 гг. прооперировано 32 пациента с артериальными аневризмами сосудов головного мозга, которым были выполнены внутрисосудистые операции. Мужчин было 13, женщин — 19, возраст пациентов колебался от 25 до 67 лет. Всем пациентам при поступлении была выполнена КТ головного мозга, церебральная ангиография. Эндоваскулярные операции выполнялись в условиях эндотрахеального наркоза.

По локализации аневризмы делились следующим образом: аневризмы передней мозговой артерии — передней соединительной артерии (ПМА — ПСА) — 12 (37,5 %); внутренней сонной артерии (ВСА) — 12 (37,5 %), средней мозговой артерии (СМА) — 3 (9,4 %), основной артерии (ОА) — 1 (3,1 %), позвоночной артерии — 1 (3,1 %) пациент. Множественные аневризмы выявлены у 3 пациентов, из них СМА + ПСА — 2 (6,3 %), ВСА + ВСА — 1 (3,1 %).

Малые аневризмы (менее 5 мм) встречались в 2 (5,7 %) наблюдениях, аневризмы обычных размеров — в 25 (71,4 %), крупные — в 8 (22,9 %). В холодном периоде оперированы 20 пациентов, в остром периоде — 13. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале Ханта и Хесса (1968).

Большинство пациентов были с тяжестью состояния I степени — 17 (53,1 %), II степени — 4 (12,5 %), III степени — 9 (28,1 %), IV степени — 2 (6,3 %). Эндоваскулярные выключения аневризм осуществлялись с применением отделяемых микроспиралей фирм Balt, Cordis, Microvention, Micrus. Одной пациентке с тяжестью состояния IV степени по шкале Ханта и Хесса после частичного выключения аневризмы СМА слева выполнено клипирование аневризмы с удалением внутримозговой гематомы. В послеоперационном периоде больным с сосудистым спазмом проводили «ННН»-терапию, круглосуточное введение препарата Нимотоп (Nycomed).

Для оценки клинических исходов хирургического лечения пациентов применяли модифицированную шкалу исходов Глазго (OGS) (Jennet B., Bond M., 1975), которая сокращенно обозначена как OS: OS5 — удовлетворительное состояние больного, полная бытовая автономия, возможность полноценного возобновления прежней трудовой деятельности; OS4 — удовлетворительное состояние больного, полная бытовая автономия, ограничение для полноценного возобновления прежней трудовой деятельности; OS3 — частичная бытовая автономия, перевод на продленное амбулаторное реабилитационное лечение с рассмотрением возможности трудовой деятельности после его окончания; OS2 — бытовая автономия невозможна из-за выраженных неврологических и психических изменений, явные признаки утраты трудоспособности; OS1 — летальный исход. Для оценки радикальности применяли классификацию типов исходов внутрисосудистых вмешательств (Moret J., 2005).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Тотальная эмболизация была достигнута в 24 (72,7 %) наблюдениях, субтотальная — в 7 (21,2 %), частичная — в 2 (6,1 %). У одной больной с множественными аневризмами 1 аневризма (крупная, неразрывавшаяся) оставлена на следующий этап оперативного лечения, 1 аневризма ПМА — ПСА у больного с множественными аневризмами спонтанно тромбировалась во время операции. Катамнез в течение от года до трех лет показал отсутствие повторных кровоизлияний даже при частичном выключении аневризм из кровообращения.

Абсолютное отсутствие признаков инвалидизации после хирургического лечения отмечено у 20 (62,5 %) пациентов, 8 (25 %) пациентов выписано с признаками умеренной инвалидизации, 2 (6,25 %) — с признаками выраженной инвалидизации, которые были до проведения операции. В послеоперационном периоде умерли 2 (6,25 %) пациента, одна из них оперирован в тяжелом состоянии (IV степень по шкале Ханта и Хесса), вторая пациентка — после повторного разрыва аневризмы.

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.