

Первый опыт эндоваскулярной эмболизации интракраниальных мешотчатых аневризм в условиях Запорожского областного центра профилактики и лечения инсульта

Полковников А.Ю., Савченко Е.И., Тяглый С.В., Матерухин А.Н., Евченко Т.И., Ксензов А.Ю., Савченко М.Е., Комаров Б.Г.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожская областная клиническая больница
Запорожье
Украина
(061) 769-81-63
aupolkovnikov@gmail.com

Цель работы: оценка результатов оказания специализированной помощи пациентам с мешотчатыми аневризмами сосудов головного мозга.

Материал и методы: на базе Запорожской областной клинической больницы функционирует областной центр профилактики и лечения инсульта (ОЦПИ), открытый в апреле 2008 г. Пациенты с интракраниальной сосудистой патологией проходят детальное обследование включающее в себя: неврологический осмотр, осмотр окулиста, Эхо-эг, МРТ, дигитальная субтракционная ангиография на ангиографическом комплексе Axiom Artis MP "Siemens". У больных, у которых выявлены мешотчатые аневризмы проводилась эндоваскулярная методика эмболизации с использованием микроспиралей Trufill orbit (Codman Neurovascular) и GDC (Boston Scientific). Операции выполнялись как под эндотрахеальным наркозом, так и с сохранением сознания пациентов в зависимости от тяжести состояния больных.

За период с февраля 2009г. по июнь 2010г. нами оперировано 15 пациентов. Из них-8 мужчин и 7 женщин. Возраст пациентов от 22 до 62 лет. Локализация аневризм-ЗНМА-2, СМА-3, ВСА-2, ПМА-8. В остром периоде кровоизлияния оперировано 11 пациентов, 4 пациента оперированы в «холодном периоде». Ангиографический контроль эмболизации проводили после операции, через три месяца и через год.

Результаты: Пациенты оперированные в «холодном» периоде выписаны на 3-е сутки после эмболизации в удовлетворительном состоянии, без отрицательной неврологической симптоматики. Длительность лечения пациентов в остром периоде кровоизлияния зависела от тяжести состояния больных. Эндоваскулярная эмболизация мешотчатых аневризм в остром периоде проводилась в максимально ранние сроки, включая случаи с ангиоспазмом различной степени выраженности. После эмболизации больным проводилась интенсивная терапия, направленная на нормализацию церебральной гемодинамики. После оперативных вмешательств летальных случаев не было. У одного больного при контрольной ангиографии через 3-мес после операции выявлена частичная реканализация полости аневризмы, что потребовало повторной эмболизации.

Выводы: эндоваскулярная эмболизация интракраниальных аневризм является высокоэффективным, малотравматичным методом лечения и профилактики интракраниальных кровоизлияний, который может эффективно использоваться в условиях медицинских учреждений, имеющих соответствующий уровень оснащения и подготовки медицинского персонала. Направление в специализированный стационар пациентов с субарахноидальным и другими видами интракраниальных кровоизлияний в максимально ранние сроки позволяет повысить эффективность лечения, снизить количество осложнений, приводящих к летальному исходу или тяжелой инвалидизации.

Стереолітографічне комп'ютерне моделювання в реконструктивній нейрохірургії

Потапов О.О., Дмитренко О.П., Кмита О.П.

Сумський державний університет, медичний інститут; Сумська обласна клінічна лікарня
Суми
Україна
(0542)250204
lexk2005@ua.ru

Мета. Проблема закриття посттравматичних дефектів черепа після трепанації залишається актуальною в пластичній та реконструктивній хірургії. Перевага надається металевим, в першу чергу титановим пластинам. У відносно простих випадках заміщення здійснюють стандартними пластинами, однак при складному характері дефекту застосовується індивідуальний експлантат, що виготовляється за технологією 3D-прототипування. Індивідуальна титанова сітчаста конструкція виготовляється на основі стереолітографічної моделі, що дає можливість оцінити характер і геометрію кісткового дефекту з граничною точністю і максимальною інформативністю до оперативного хірургічного втручання.

Матеріали і методи. На базі нейрохірургічного відділення Сумської обласної клінічної лікарні за період з 2007 р. до початку 2010 р. проведено 20 оперативних реконструктивних втручань закриття дефектів кісток черепа індивідуальними титановими конструкціями, які виготовлені за допомогою стереолітографічного комп'ютерного моделювання, що було обумовлено наявністю великих післятравматичних дефектів кісток черепа складної конфігурації, що торкаються верхньої зони обличчя (хворі мали великий кістковий дефект лобової кістки, верхньої стінки очниці, що поширювався на передню черепну ямку і лобову пазуху). Всі 18 пацієнтів – чоловіки, віком від 15 до 57 років. Всім пацієнтам перед операцією виконано комп'ютерно-томографічне дослідження голови з вимірюванням розмірів післятрепанційного дефекту, визначенням його характеристик.

Результати і їх обговорення. Застосування комп'ютерного моделювання та стереолітографії дозволило досягнути достатніх косметичних результатів і значно знизити тривалість хірургічного втручання та періоду післяопераційного відновлення пацієнтів у всіх випадках.

Висновки. Доцільність використання стереолітографічного комп'ютерного моделювання в реконструктивній та пластичній нейрохірургії підтверджується великою кількістю успішно виконаних оперативних втручань. Подальший розвиток методики має бути спрямований не тільки на реконструкцію кісток черепа, а й на відновлення м'яких тканин голови з найменшим косметичним дефектом.