

СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ ПРИ РАЗРЫВЕ АНЕВРИЗМЫ ПО МАТЕРИАЛАМ РЕГИОНАРНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА КБР

Геккиева Ж.С.,² Белимготов Б.Х., Кожаяев З.У., Геграева Л.О., Улимбашева Э.С., Шомахова В.Л.

ГБУЗ «РКБ»,² Нейрохирургическая клиника КБГУ. Нальчик

Сосудистые заболевания головного мозга в настоящее время остаются одной из наиболее актуальных проблем современной ангионеврологии, поскольку характеризуются высокой распространенностью и летальностью

Цель – продемонстрировать опыт работы сосудистого центра по диагностике и лечению больных с различной сосудистой патологией.

Материалы и методы. В нейрохирургической клинике в период с января 2003 по апрель 2014 оперировано 125 больных аневризмами церебральных артерий (ЦА). За первый квартал 2013 года в отделение для больных с нарушением мозгового кровообращения госпитализировано 342 пациента. За такой же временной отрезок в 2014 уже 447 пациентов; из них у 27 выявлены ЦА, оперировано 16 пациентов. В исследование включены все 115 больные в возрасте 40 – 72 года. Открытое хирургическое выключение аневризм из кровотока выполнено 107 пациентам, эндоваскулярное – 8. Пациенты обследованы в соответствии с нейрохирургическим диагностическим комплексом. Тяжесть состояния больных при поступлении в стационар по классификации Hunt и Hess (НН) была II – IV степени, анатомическая форма кровоизлияния по шкале Fisher I – IV. Мы считали показанным раннее хирургическое вмешательство, в первые 5-7 суток, при оценке состояния больного I–III по НН. При IV НН – вопрос решался индивидуально.

Транскраниальное дуплексное сканирование (ТДС) у 53 больных (2011 – 2014 г.г.) проводилось каждые 24 часа, аппаратами ЕКО 7 Medicon и Vivid 6.

Диагноз сосудистый спазм (СС) устанавливали при повышении линейной скорости кровотока от 120 см/с и выше и индекса Линдегаарда более 3. При ухудшении клинического состояния пациента для верификации ишемии выполняли КТ головного мозга. В хирургии использовался птериональный трансильвиев доступ в нашей модификации. Метод ведения общей анестезии - комбинированный эндотрахеальный наркоз. Всем больным устанавливался люмбальный дренаж после вводного наркоза, открывался с начала вскрытия твердой мозговой оболочки и сохранялся от 1 до 3 суток. При осложненном течении разрыва артериальной аневризмы после выключения аневризмы осуществлялась декомпрессивная краниотомия - у 5 пациентов с краниопластикой в отдаленном периоде.

Результаты и обсуждение. С апреля 2011 года в КБР все пациенты с установленным на догоспитальном этапе диагнозом «ОНМК» направляются в Республиканскую клиническую больницу. К моменту создания регионального сосудистого центра на базе РКБ мы располагаем многолетним опытом работы. Специализированная нейрохирургическая помощь больным со спонтанными внутричерепными кровоизлияниями в КБР оказывается с 1977 года. В нашей республике с 1989 года действует «Система специализированной нейрохирургической помощи в КБР при аневризматических внутричерепных

кровоизлияниях», разработанная и внедренная профессором Белимготовым Б.Х.. Требования к анестезиологическому обеспечению нейрохирургических операций менялись по ходу совершенствования техники. Главной задачей остается умение балансировать между профилактикой повышения давления в аневризме и поддержанием адекватной перфузии мозга. Был наработан стандартизованный подход к периоперационному ведению больных в геморрагическом периоде кровоизлияния. Нас связывает с РНЦНХ многолетнее научно–практическое сотрудничество, где успешно были защищены кандидатские диссертации по анестезиологии реаниматологии, нейрохирургии, нервным болезням.

В группе пациентов, оперированных в 2003 - 2010 годах включительно, из 89 умерло 24 (27%). В группе из 16 больных за первый квартал 2014 года – двое (13%), При сопоставлении статистических данных было установлено: а) в связи с расширением диагностических возможностей в настоящее время наблюдается значительное увеличение числа пациентов с клиничко–неврологической картиной нарушения мозгового кровообращения; б) возросло число больных с инсульт-гематомой, нуждающихся в оперативном лечении. Постоянно проводимая работа с врачами всех звеньев, терапевтами невропатологами, работниками скорой помощи и санитарное просвещение среди населения помогло решить в практическом здравоохранении проблему ранней догоспитальной диагностики и специализированного лечения больных с аневризматическими кровоизлияниями. Техническая оснащенность и квалификация сотрудников сделали возможной в условиях центра высокую оперативную активность.

Заключение. Необходимый этап становления регионарного сосудистого центра в КБР прошел достаточно быстро и легко. Анализ результатов хирургического лечения и оценка роли различных факторов, влияющих на исходы лечения, являются необходимым условием улучшения качества лечения больных