

Реваскуляризація при состоявшемся инсульте вследствие атеросклеротической окклюзии сонных артерий

Гаврюшин А.Ю., Зубков А.В., Колесник В.В., Грецьких К.В.

Кафедра неврологии и нейрохирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования, Городской центр острой цереброваскулярной патологии г. Харькова, КУОЗ «Городская клиническая больница №7»
Харьков
Украина
057-711-75-02
neuros_gkb7@mail.ru

Цель. Исследовать эффект реваскуляризации с помощью ЭИКМА у больных, перенесших ИИ. вследствие атеросклеротической окклюзии ВСА. Определить оптимальные сроки операции.

Материалы и методы. Обследовано 26 пациентов, перенесших ИИ, у которых при УЗДГ и АГ выявлена окклюзия ВСА. Дополнительно проведены МРТ, ТКДГ и ЭЭГ. Оперировано 22 пациента: 15 оперировано через 2 недели от момента инсульта, 6 – в течение первого месяца и 1 – через 6 месяцев после ИИ. Показаниями к ЭИКМА явились данные АГ, ТКДГ, ЭЭГ, свидетельствующие о церебральной ишемии, небольшой очаг ишемического повреждения мозга на МРТ, негрубый неврологический дефицит. Функционирование анастомоза определялось с помощью ТКДГ. Производилась также клиническая оценка эффективности операции, с применением шкалы Рэнкин, скандинавской шкалы инсульта, шкалы инсульта национального института здоровья, индекса Бартела.

Результаты. По данным ТКДГ, у всех пациентов достигнуто функционирование анастомоза. О положительном эффекте реваскуляризации свидетельствовали изменения в неврологическом статусе большинства пациентов (группа из 15 пациентов в первые 2 недели от момента инсульта и 6 пациентов в течение первого месяца): увеличение показателей жизнедеятельности по исследуемым группам со средних 3,9 баллов до 3,4 и с 3,9 до 3,6 по шкале Рэнкин соответственно; уменьшение средних показателей неврологических нарушений с 30,4 баллов до 41,7 баллов и с 30,6 до 36,8 по Скандинавской шкале инсульта соответственно; уменьшение средних показателей неврологических нарушений с 12,5 до 8,9 баллов и с 12,4 до 10,2 по шкале инсульта национального института здоровья соответственно, а также повышение средних показателей уровня бытовой активности с 35 баллов 55 баллов и с 35 до 45 по индексу Бартела соответственно. В одном случае клинический эффект не достигнут, несмотря на функционирование анастомоза, что, по-видимому, связано с поздними сроками оперативного вмешательства (6 месяцев от появления симптоматики).

Заключение. Операция в более ранние сроки после инсульта приводит к более быстрому и качественному функциональному восстановлению. ЭИКМА является единственным эффективным хирургическим методом лечения больных с церебральной ишемией вызванной хронической окклюзией сонной артерии.

Стандартизация рентгенологического исследования пациентов с дефектами костей черепа

Ганнова Е.В., Болгова И.И., Губенко О.В., Губенко Г.В., Гюлямерьянц А.В., Колесник Л.А., Мухина В.И., Тулунова О.Н., Ольшанский И.П.

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение
Донецк
Украина
050-97-552-97
ggubenko@ya.ru

Цель: Оптимизация объема обследования пациентов и полученной ими лучевой нагрузки является актуальной задачей.

Материал и методы: Проанализированы данные лучевого обследования 200 пациентов с послеоперационными и посттравматическими дефектами мозговой части черепа старше 18 лет, находящихся на лечении в нейрохирургических отделениях в течение последних 10 лет. Мужчин было 144, женщин – 56. Всем пациентам проведены рентгенография черепа в стандартных проекциях и компьютерная томография (КТ) головного мозга. Срезы при КТ проводились через 1см у 46 пациентов; через 0,5см – у 88 пациентов; через 0,3см в режиме спиральной КТ с последующей реконструкцией изображения – у 66 пациентов. Изменения костной ткани верифицировались во время операций, изменения мозговой ткани – путем контрольных исследований через год и более после операции. Доза облучения при проведении рентгенографии черепа в двух проекциях составляла 1,2мЗв, при проведении КТ через 0,5см и 1см – до 3мЗв, при проведении спиральной КТ – до 10мЗв.

Результаты и их обсуждение: Форма и размеры послеоперационного дефекта, выявленные при операции, совпадали с данными рентгенографии в стандартных проекциях в 79,5% случаев. Расхождения были связаны с переходом дефекта костной ткани на основание черепа (8,5%) и с большой площадью поражения (12%). КТ-сканогаммы не позволяли оценить форму костного дефекта, можно было определить только его линейные размеры. При обширных дефектах КТ-сканогаммы позволяли более точно определить передне-задний размер (учитывая кривизну костей черепа). Проведение трехмерной реконструкции изображения позволяло визуализировать дефект костной ткани, определить все его параметры, не зависимо от формы, локализации и протяженности. Изменения мозговой ткани определялись с одинаковой чувствительностью при проведении КТ через 0,5см и 0,3см (0,98) и с немного меньшей (0,91) через 1см.

Выводы: Трехмерная реконструкция изображения при проведении спиральной КТ является наиболее информативным методом исследования для определения характеристик дефектов костной ткани черепа. Но если дефект костной ткани распространяется только на мозговую часть черепа, рутинная рентгенография в стандартных проекциях является достаточно информативной. Для определения изменений костной ткани достаточно информативным является пошаговый режим проведения КТ через 0,5см.