

Восстановление ликворооттока, как первый этап лечения врожденных уродств развития сосудистой системы головного мозга у детей

Орлов М.Ю., Орлов Ю.А., Яроцкий Ю.Р.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад А.П. Ромоданова НАМН Украины»
Киев
Украина
044 483-06-68
dr_orlov@rambler.ru

Цель. Оптимизировать тактику хирургического лечения врожденных уродств развития сосудистой системы головного мозга на фоне высокого риска развития ликворного окклюзионного синдрома.

Материалы и методы. С 2000 по 2009 год пролечено 47 пациента детского возраста с уродствами развития сосудов головного мозга в области задней черепной ямы (АВМ-21, с каверномами-9, с МА веротреброзависимого бассейна - 17 случаев). У всех больных имели место нарушения ликворциркуляции с развитием окклюзионной прогрессирующей гидроцефалии. Выключению аномалий развития сосудов головного мозга предшествовала ликворшунтирующая операция. Контрольную группу составляли больные с аналогичной патологией без ликворшунтирующих операций. Все пациенты были разделены на группы в зависимости: от локализации патологического очага, нозологии, возраста, наличия гидроцефальных расстройств в клинической картине заболевания, тяжести состояния на момент госпитализации. Проведен анализ результатов хирургического лечения в каждой из групп в зависимости от выбора тактики лечения (микрохирургическая, эндоваскулярная, радиохирургическая, комбинированная) с проводимыми предварительно ликворшунтирующими операциями с контрольными группами пациентов у которых данная методика не применялась.

Результаты и их обсуждение. В основной группе состояние улучшилось по сравнению с исходным у 67%, стабилизировалось у 18%, ухудшение состояния-6%, летальность -0%. В контрольной группе результаты были следующими: улучшение состояния по сравнению с исходным отмечено у 40%, состояние стабилизировалось у 25%, ухудшение состояния отмечено в 14%, летальность 2,1%.

У больных с предварительными ликворшунтирующими операциями при сравнении с данными в контрольных группах летальность отсутствовала.

Выводы. Проведенное исследование обосновывает целесообразность проведения ликворшунтирующих операций, как первого этапа хирургического лечения врожденных уродств развития сосудистой системы головного мозга на фоне высокого риска развития ликворного окклюзионного синдрома.

Дифференцированное хирургическое лечение артериовенозных мальформаций (АВМ) головного мозга у детей

Орлов М.Ю., Яковенко Л.Н., Яроцкий Ю.Р.

ГУ «Институт нейрохирургии
им. акад А.П. Ромоданова НАМН Украины»
Киев
Украина
044 483-06-68
dr_orlov@rambler.ru

Хирургическое лечение АВМ базируется на возможности открытых внутрочерепных и внутрисосудистых вмешательств, а также их сочетаний, в том числе с лучевой терапией.

Цель. Оптимизировать тактику хирургического лечения АВМ головного мозга у детей, улучшить результаты лечения.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов хирургического лечения 237 детей с АВМ, лечившихся в Институте за последние 10 лет. Соотношение по возрасту: от 17 дней до 18 лет, средний возраст 12,5 лет.

Результаты и их обсуждение. Транскраниальные микрохирургические вмешательства были выполнены у 31 ребенка, эндоваскулярные операции выполнялись в 124 случаях, комбинированное лечение в 49 (в сочетании с транскраниальным удалением - 21, с радиохирургией - 28). В результате проведенного лечения улучшения состояния отмечено в 51,5% случаев, без изменений в 42,6%, ухудшение в 5,5%, летальность 0,4%.

Оценивая результаты и прогнозы хирургического лечения, учитывали радикальность выключения мальформации из кровотока, изменения в неврологическом статусе пациента, рецидивы заболевания и сроки рецидивирования в отдаленном периоде.

Выводы: При выборе того или иного метода хирургического лечения АВМ у детей необходимо, в первую очередь, учитывать клиническую манифестацию данного заболевания, которая зависит от особенностей гемодинамики, размеров и локализации мальформации, от индивидуальных компенсаторных особенностей ауторегуляции сосудов головного мозга ребенка в условиях нарушенного кровотока. Установлено, что выраженность обкрадывания возрастает при торпидном течении заболевания, приводя к хронической недостаточности кровоснабжения головного мозга ребенка, что часто наблюдается при средних и крупных АВМ. Это дает основания рекомендовать эндоваскулярное или же комбинированное хирургическое лечение, так как одномоментное выключение аномалии из кровотока часто приводит к прорыву перфузии и декомпенсации систем ауторегуляции мозгового кровотока.

Существует определенная взаимосвязь между числом источников кровоснабжения АВМ и геморрагическим течением заболевания. АВМ, ставшие причиной кровоизлияния, кровоснабжались преимущественно единственной артерией - в 40%; двумя - в 33% наблюдений, а по размеру были малыми. Поэтому, независимо от вариантов дебюта, подобные АВМ необходимо рассматривать как потенциальный источник смертельного или инвалидизирующего кровоизлияния, что определяет «агрессивность» лечебной тактики, направленной на полную облитерацию или удаление патологии, оставляя приоритет за транскраниальными вмешательствами.