

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПЕРЕДНЕЙ ЛЕСТНИЧНОЙ МЫШЦЫ

ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова
НАМН Украины», г. Киев

Введение. Синдром передней лестничной мышцы – это один из нейрососудистых синдромов грудного выхода, который остается актуальной проблемой на сегодняшний день. Современные хирургические приемы позволили существенно улучшить результаты оперативного лечения, однако часто наблюдается возобновление болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Цель. Оценить эффективность метода длительной электростимуляции при синдроме передней лестничной мышцы в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 35-ти пациентов с синдромом передней лестничной мышцы. Всем пациентам была проведена традиционная декомпрессия нейрососудистого пучка в надключичной области и скаленотомия, в том числе 17-ти больным была одновременно осуществлена резекция I-ребра и 18-ти пациентам была дополнительно установлена электростимулирующая система «Ней-Си 3М» (ВЭЛ, Киев, Украина) для продолжительной электростимуляции ствола плечевого сплетения в послеоперационном периоде.

Результаты. Положительный эффект оценивался по следующим критериям: восстановление утраченных двигательных, чувствительных, трофических функций и стабильный регресс болевого синдрома. Положительный результат в ходе традиционной декомпрессии нейрососудистого пучка получен у 82,4% пациентов при одновременной резекции I-ребра, и у 94,4% больных при длительной электростимуляции плечевого сплетения.

Выводы. Использование длительной электростимуляции ствола плечевого сплетения способствует эффективному и безопасному восстановлению неврологического состояния верхней конечности и позволяет достичь стойкого противоболевого эффекта при синдроме передней лестничной мышцы.

Ключевые слова: синдром передней лестничной мышцы, резекция I-ребра, длительная электростимуляция.

Введение. Синдром передней лестничной мышцы (СПЛМ) – это один из нейрососудистых синдромов, который возникает в результате изменения соотношения между передней лестничной мышцей и нейрососудистым пучком, и, как следствие наблюдается изолированное сдавление компонентов нейрососудистого пучка, в том числе, ствола плечевого сплетения, подключичных сосудов или всех компонентов нейрососудистого пучка.

Топографо-анатомические взаимоотношения костно-мышечных структур с нейрососудистым пучком в межлестничном треугольнике, создают условия для развития СПЛМ. Межлестничный треугольник образуется передней и средней лестничными мышцами, в месте прикрепления они частично заходят друг на друга в виде V или U, суживают пространство, и, таким образом, создают эффект ножниц [8]. Передняя лестничная мышца

направляется вниз и вперед, и прикрепляется к *tubercuium m. scalenus anterioris I* ребра, из-за этого при ее патологическом изменении часто происходит поднятие I-го ребра, и в результате этого усугубление компрессии компонентов нейрососудистого пучка.

Данная патология изучается уже более 100 лет, хотя сведения о преимуществах и недостатках различных вариантов хирургических вмешательств и доступов ограничены и недостаточны. Н. С. Naffzider в 1937 году впервые провел операцию скаленотомии и сообщил о благоприятных результатах. Однако, после скаленотомии, отмечался рецидив заболевания, и особенно проблематичным было достигнуть стойкого устранения болевого синдрома [7]. В 1962 году О. Т. Clagett применил резекцию первого ребра из заднего параскапулярного доступа и пришел к выводу, что это вмешательство наиболее полно устраняет возможные варианты компрессии, но при ранении крупного сосуда коррекция осложнения практически невозможна [6].

Современные хирургические приемы позволили существенно улучшить результаты оперативного лечения пациентов с СПЛМ, однако стабильное и значительное снижение болевого синдрома, обеспечение сокращения длительности восстановления двигательных, чувствительных и трофических дисфункций в послеоперационном периоде, остается актуальной проблемой на сегодняшний день.

Цель. Оценить эффективность метода длительной электростимуляции при синдроме передней лестничной мышцы в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 35-ти пациентов, которые находились на лечении в отделении восстановительной нейрохирургии ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины» с 1998 по 2014 гг. В исследовании приняло участие 18 (51,4%) женщин и 17 (48,6%) мужчин. Возраст пациентов составил от 9 до 65 лет, чаще встречался у пациентов от 21 до 44 лет, на долю которых приходилось 17 наблюдений или 48,6% от всего количества пострадавших. В сроки менее 6 месяцев от момента появления первых симптомов к специалисту обратились 11 (31,4%) пациентов, от 6 до 12 месяцев – 6 (17,1%), от 12 до 24 лет – 8 (22,9%), спустя более 2-х лет – 10 (28,6%).

Наши больные проходили специальноеклинико-неврологическое обследование и дополнительные инструментальные методы обследования, в том числе электромиографию (ЭНМГ), рентгенографию шейного отдела позвоночника и грудной клетки, и ультразвуковую доплерографию (УЗДГ).

При проведении специального клинико-неврологического обследования основное внимание уделялось оценке выраженности болевого синдрома (по стандартной визуально-аналоговой шкале R0-5), функции чувствительности (по схеме РНХИ им. проф. А.Л. Поленова S 0-4) [1, 2, 3], двигательности (по схеме РНХИ им. проф. А.Л. Поленова M0-5, A0-4) [1, 2, 3] и трофики, в том числе состоянию артериального кровообращения (по методике А.В. Покровского 1979 A0-3) [4], и венозного кровообращения (по методике В.С. Савельевс 1972 V 0-3) [5]. Кроме этого, проводились вспомогательные специальные провокационные тесты, которые способствуют уточнению диагноза синдрома передней лестничной мышцы, в том числе тест Итона, тест Адсона (Боголепова), тест Окснер – Гаге и тест Райта.

ЭНМГ исследование позволило нам определить как уровень, так и степень блока проведения нервного импульса по стволу плечевого сплетения путем анализа соответственных параметров: латентный период, длительность потенциала действия мышцы, амплитуда, моторная и сенсорная скорость проведения возбуждения. Рентгенография шейного отдела позвоночника и грудной клетки дала возможность обнаружить наличие добавочного шейного ребра, и определить его форму и размер. При оценке состояния кровообращения подключичных сосудов при помощи УЗДГ обращали внимание на показатель линейной скорости кровотока (ЛСК), при компрессии подключичных сосудов он, как правило, ниже нормы.

Показаниями к оперативному лечению являлись: безуспешное консервативное лечение в течении 1-1,5мес, и дальнейшее прогрессирование заболевания в виде грубых нарушений двигательных чувствительных и трофических функций в пораженной конечности, наличие выраженного болевого синдрома, требующего постоянного применения обезболивающих препаратов вплоть до наркотических анальгетиков.

Всем 35-ти больным была проведена традиционная декомпрессия ствола плечевого сплетения и подключичных сосудов в надключичной области, в том числе 17-ти пациентам одновременно осуществлена резекция I-ребра (первая группа), и 18-ти больным (вторая группа) в ходе традиционного хирургического лечения дополнительно произведена установка системы длительной электростимуляции плечевого сплетения НейСи-3М (фирма «ВЭЛ», Украина) (рис. 1, 2).

Сеансы электростимуляции начинали на следующий за хирургическим вмешательством день по следующей схеме: 3-4 раза в день на протяжении 10-15 минут с использованием предустановленных в системе генератора импульсов «Ней-Си-3М» параметров стимуляции.



Рис. 1. Нейростимулятор «НейСи-3М» (ВЭЛ, Киев, Украина). Внешняя часть

Примечание: 1 — передающая антенна, 2 — блок генератора импульсов (совмещён с пультом управления); Имплантируемая часть: 3 — приёмная антенна, 4 — электроды.



Рис. 2. Имплантация нейростимулятора «НейСи-3М» (ВЭЛ, Киев, Украина)
Примечание: 1 – верхние стволы С5-С6 правого ПС, 2 – средние стволы С7 правого ПС, 3 – пластинки электродов (катод-анод), 4 – подключичная артерия.

Результаты хирургического лечения определяли в раннем (1-й, 14-й день) и отдаленном (не ранее чем через 6 месяцев после операции) послеоперационных периодах. Эффективность лечения оценивали по наличию или отсутствию регресса двигательных, чувствительных, трофических нарушений в пораженной конечности, а также по выраженности болевого синдрома согласно стандартным шкалам.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов хирургического лечения в 1-й день послеоперационного периода свидетельствует о наличии следующих положительных результатов: у 3-х (8,6%) из 35-ти представителей, отмечен регресс болевого синдрома от исходного уровня Р3 до уровня Р2-3, в том числе два пациента из первой группы и один из второй группы. Улучшение трофической функции от исходного уровня V2 до уровня V1 у двоих пациентов (11,8%) из первой группы.

На 14-й день послеоперационного периода зафиксированы следующие положительные результаты. Из 17-ти прооперированных больных первой группы у 13-ти (76,5%) пациентов отмечен регресс болевого синдрома из них: у трех (17,6%) больных - полное снятие болевого синдрома от исходного уровня Р1, у 4-х (23,5%) пациентов - от исходного уровня Р1-2 до уровня Р1; у 4-х (23,5%) пациентов - до уровня Р2 при исходном Р3 и у 2-х (11,8%) пациентов - до уровня Р3 при исходном Р3-4. Со стороны трофических функций отмечена полная нормализация функции артериального кровотока от исходного уровня А1 у 5-х (29,4%) пациентов. У 1 (10%) пациента с исходным уровнем А2 зафиксировано восстановление до уровня А1. Аналогичная картина видна и с восстановлением венозного кровотока: у 5-ти (29,4%) пациентов от исходного уровня V1 и у одного (5,9%) больного с исходным уровнем V2 отмечено полное снятие отека верхней конечности. У 3-х (17,6%) пациентов с исходным уровнем V2 наблюдалось наличие лишь

незначительного отека (V1). Восстановление чувствительной функции от исходного уровня S2 до уровня S3 отмечено лишь у 1-го (5,9%) пациента первой группы.

Во второй группе у 14-ти (77,8%) из 18-ти пациентов отмечен регресс болевого синдрома: у одного (5,6%) пациента полное снятие болевого синдрома от исходного уровня P1 до P0; регресс болевого синдрома от исходного уровня P1-2 до P1 виден у 4-х (22,2%) пациентов; у 3 (16,7%) больного с исходным уровнем P3 отмечено снижение до P2 уровня; у 2 (11,1%) больного с исходным уровнем P3-4 отмечено снижение до P3 уровня и у 4-х (22,2%) тяжелых пациентов с исходным уровнем P4-5 отмечено снижение до P4 уровня. Также анализ результатов улучшения трофических функций показал полную нормализацию функции артериального кровотока от исходного уровня A1 у 2-х (11,1%) пациентов, и у 5-ти (27,8%) пациентов с исходным уровнем A2 зафиксировано восстановление до уровня A1. Со стороны венозного кровообращения отмечено полное снятие отека верхней конечности от исходного уровня V1 у 5 (27,8%) пациентов, и у 3-х (16,7%) пациентов с исходным уровнем V2 наблюдалось снятие цианоза и наличие лишь незначительного отека (V1). Нормализация чувствительной функции от исходного уровня S2 до S3 показана у 5-ти (27,8%) пациентов.

В отдаленный послеоперационный период у 14-ти (82,4%) из 17-ти (первая группа) прооперированных пациентов отмечен регресс болевого синдрома: у 4-х (29,4%) больных от исходного уровня P1 и у одного (5,9%) от P1-2 до полного снятия болевого синдрома, у 3-х (17,6%) пациентов регресс болевого синдрома от P1-2 уровня до P1, у 2 (11,8%) с исходным уровнем P3 виден регресс болевого синдрома до P1 и у 2-х (11,8%) больных до уровня P2 и у 2-х (11,8%) с P3-4 виден регресс болевого синдрома до P2-3. Обращает на себя внимание то, что у 2 –х (11,8%) пациентов этой группы наблюдалось возобновление болевого синдрома в отдаленном послеоперационном периоде до исходного уровня, хотя в раннем послеоперационном периоде отмечено снижение боли от исходного P1-2 уровня до P1 и у одного (5,9%) больного не наблюдался положительный результат.

Со стороны двигательной функции отмечен существенный регресс двигательного дефицита у 12-ти (70,6%) больных: у двух (11,8%) пациентов с исходным уровнем M2 наблюдалось восстановление до M3, у 9-ти (52,9%) пациентов с исходным уровнем M3 наблюдалось восстановление до M4, и у одного (5,9%) пациента полное восстановление двигательной функции от исходного M4 уровня до M5. Также, у 8-ми (47,1%) пациентов, принявших участие в исследовании, оперативное вмешательство позволило добиться регресса дегенеративных процессов в мышцах верхней конечности от исходного уровня A3 до нормального A4, и у двух (11,8%) больных от A2 до A3. В ходе анализа результатов у пациентов с нарушением чувствительности нами отмечено наличие положительных результатов у 9-ти (52,9%) пациентов, из них: у 2 (11,8%) пациентов с исходным уровнем S1 наблюдалось улучшение чувствительной функции до уровня S2. У 2-х (11,8%) пациентов чувствительные нарушения регрессировали от исходного S2 уровня до S3. У 5-ти (29,4%) пациентов с исходным S3 уровнем после операции полностью восстановлена чувствительная функция до S4 и у 4-х (23,5%) она сохранилась на дооперационном S3 уровне в соответствующей

зоне іннервації. Нормалізація артеріального кровообігу помічена у 14-ти (82,4%) пацієнтів від вихідного рівня А1, у 2 (11,8%) більшого з вихідним А2 рівнем спостерігалася повна нормалізація функції артеріального кровотоку, у 1 (5,9%) більшого позитивні результати не отримані і збереглася незначительна блідість шкірних покривів кисті, передпл'яччя на вихідному рівні А1. Відновлення венозного кровотоку від вихідного рівня V1 спостерігалось у 12-ти (70,6%) пацієнтів, у 4-х (23,5%) більших з вихідним рівнем V2 показано повне зняття набутку верхньої кінцівки, у одного (5,9%) більшого задовільний ефект не помічений, залишився вихідний рівень V1.

Во другій групі (18 більших) у 17-ти (94,4%) пацієнтів помічений регрес болювого синдрому, в тому числі у 2-х (11,1%) пацієнтів від вихідного рівня Р1 і у 3-х (16,7%) більших від Р1-2 до повного зняття болювого синдрому (Р0 рівень); у одного (5,6%) пацієнта помічений регрес болювого синдрому від вихідного рівня Р1-2 до Р1; у 3-х (16,7%) пацієнтів зафіксований регрес болювого синдрому до Р1 і у двох (11,8%) - до Р2 від вихідного рівня Р3; у 2-х (11,1%) пацієнтів помічений регрес болювого синдрому від вихідного рівня Р3-4 до Р2-3 і у 4-х (22,2%) тяжких пацієнтів помічено зниження до Р3 від Р4-5. При аналізі результатів нормалізації рухової функції у 17-ти (94,4%) пацієнтів вдалося досягнути суттєвого регреса рухового дефіциту: у 5-ти (27,8%) пацієнтів з вихідним рівнем М1 спостерігалось відновлення до М2; у 2-х (11,1%) пацієнтів з вихідним рівнем М2 помічено відновлення до М3; у 7-ми (38,9%) пацієнтів з вихідним рівнем М3 спостерігалось відновлення до М4. У 3-х (16,7%) пацієнтів ми спостерігали повне відновлення рухової функції від вихідного рівня М4 до М5. Також, шляхом аналізу віддалених результатів встановлено наявність повного регреса дегенеративних процесів в м'язах верхньої кінцівки при вихідному А3 рівні у 5-ти (27,8%) пацієнтів, у двох (11,1%) пацієнтів спостерігали покращення м'язового стану від вихідного рівня А2 до рівня А3 і у 5-ти (27,8%) більших - від А1 до А2. У 2-х (11,1%) більших ми не виявили позитивних результатів. З боку чутливої функції нами помічено наявність позитивних результатів у 16 (88,9%) пацієнтів, з них: у 7-ми (38,9%) пацієнтів з вихідним рівнем S3 і у 5-ти (27,8%) більших з вихідним рівнем S2 повністю відновлена чутлива функція до S4, ще у 3-х (16,7%) більших з вихідним рівнем S2 до рівня S3; у одного (5,6%) більшого покращення чутливої функції від вихідного рівня S1 до рівня S2. Повна нормалізація функції артеріального кровотоку від вихідного рівня А1 спостерігалась у 9 (50%) пацієнтів і у 4-х (22,2%) більших від А2; у 3-х (16,7%) пацієнтів покращення артеріального кровообігу до А1 від вихідного рівня А2. Повне відновлення венозного кровотоку помічено у 14-ти (77,8%) пацієнтів, в тому числі у 12-ти (66,7%) більших від вихідного рівня V1, і у 2-х (11,1%) - від рівня V2; у 3-х (16,7%) більших спостерігалась регрес венозного кровообігу від вихідного рівня V2 до рівня V1.

Висновки і перспективи подальших розробок. Використання традиційного оперативного втручання в формі декompресії нейро-сосудистого пучка в надключичній області як с одночасної резекції І-ребра, так і з додатковою установкою системи тривалої

електростимуляції плечевого сплетення, ефективно улучшает неврологічне состояние и трофічні функції у всіх больних с синдромом передньої лестничної м'язи. Несмотря на улучшение двигательной и чувствительной функции, применение метода традиционного нейрохирургического вмешательства с одновременной резекцией I-ребра для лечения больных с синдромом передней лестничной мышцы не обеспечивает стабильный противоболевой эффект, что подтверждается наличием периодического возобновления болевого синдрома в пораженных верхних конечностях пациентов. Метод длительной электростимуляции позволяет добиться стабильного и безопасного противоболевого эффекта. По нашим данным уже в раннем послеоперационном периоде у 77,8% больных отмечается снижение болевого синдрома, а через 6 месяцев у 94,4% пациентов наблюдается значительный регресс болевого синдрома. Также, при продолжительной электростимуляции ствола плечевого сплетения, наблюдается значительно сокращение периода восстановления двигательной и чувствительной функций.

Литература

1. Берснев В.П. Хирургия позвоночника, спинного мозга и периферических нервов / В.П. Берснев, Е.А. Давыдов, Е.Н. Кондаков. — СПб., «Специальная литература», 1998. — 368с.
2. Григорович К.А. Хирургия нервов / К.А.Григорович. — М.: Медицина, 1969. — 447 с.
3. Комплексный регионарный болевой синдром II типа на фоне туннельной невропатии, осложненной нейротрофической язвой / И.В.Дамулин, О.Е. Ратбиль, Т.Е.Шмидт [и др.] // Боль. — 2004. — №3 (4). — С.48—54.
4. Покровский А. В. Клиническая ангиология / А.В. Покровский. — М.: Медицина, 2004. — Т. 2. — 886 с.
5. Савельев В.С. Болезни магистральных вен / В.С. Савельев, Э.П. Думпе, Е.Г. Яблоков. — М.: Медицина, 1972. — 440 с.
6. Haimovichi H. Arterial thromboembolism secondary to thoracic outlet compression / H. Haimovichi // *Vascular Surgery. Principles and Techniques.* — Norwalk, 1985. — Ch. 53. — P. 903—910.
7. Nicholas H. M. Anatomic structures of the thoracic outlet / H. M. Nicholas // *Clin. Orthop.* — 1967. — Vol. 57. — P. 17—20.
8. Roos D. B. Experience with first rib resection for thoracic outlet syndrome / D. B. Roos // *Ann. Surg.* — 1971. — Vol. 173. — P. 429—433.

Цзян Хао

Результати хірургічного лікування хворих зі синдромом переднього сходового м'яза

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ

Вступ. Синдром переднього сходового м'яза - це один з нейросудинних синдромів грудного виходу, який залишається актуальною проблемою на сьогоднішній день. Сучасні хірургічні прийоми дозволили істотно поліпшити результати оперативного лікування, проте часто спостерігається відновлення болювого синдрому в післяопераційному періоді.

Мета. Оцінити ефективність методу тривалої електростимуляції при синдромі переднього сходового м'яза в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 35 пацієнтів з синдромом переднього сходового м'яза. Всім пацієнтам була проведена традиційна декомпресія нейросудинного пучка в надключичній ділянці та скаленотомія. 17 з них була одночасно здійснена резекція I-ребра і 18 пацієнтам була додатково встановлена електростимулююча система «Ней-Сі 3М» (НВП «ВЕЛ», Київ, Україна) для тривалої електростимуляції стовбура плечового сплетіння в післяопераційному періоді.

Результати. Позитивний ефект оцінювався за наступними критеріями: відновлення втрачених рухових, чутливих, трофічних функцій і стабільний регрес больового синдрому. Позитивний результат у результаті традиційної декомпресії нейросудинного пучка отриманий у 82,4% пацієнтів при її поєднанні з резекцією I-ребра і у 94,4% хворих при комбінації традиційної декомпресії з тривалою електростимуляцією плечового сплетіння.

Висновки. Використання тривалої електростимуляції стовбура плечового сплетіння сприяє ефективному і безпечному відновленню неврологічного стану верхньої кінцівки і дозволяє досягти стійкого протибольового ефекту при синдромі переднього сходового м'яза.

Ключові слова: синдром переднього сходового м'яза, резекція I-ребра, тривала електростимуляція.

Hao Jiang

Results of surgical treatment of patients with scalenus anterior syndrome

SI "Institute of Neurosurgery named after acad. A. P. Romodanov of the Academy of Medical Sciences of Ukraine"

Introduction. Scalenus anterior syndrome is one of the neurovascular thoracic outlet syndromes which is of current concern at present. Modern surgical techniques allowed significant improving the outcomes of surgical release of neurovascular bundle in the thoracic outlet. Although, pain recurrence in post-operative period remains one of the greatest challenges.

The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the method of chronic electrical stimulation in patients with anterior scalene muscle syndrome in the early and long-term follow-up period.

Materials and methods. The paper offers the results of surgical treatment of 35 patients with scalenus anterior syndrome. The surgical techniques included traditional decompression of the neurovascular bundle in the supraclavicular area and scalenotomy (all patients). The first rib was resected in 17 patients and in 18 patients Nei C 3M electrical stimulation system was installed (Applied Research Centre "VEL", Kyiv, Ukraine). The system was intended for chronic electrical stimulation of the brachial plexus trunk in the postoperative period.

Results. The positive effect was evaluated using the criteria as follows: recovery of motor, sensory and trophic functions as well as a stable regression of pain. Positive effects were achieved in 82.4% of patients after traditional decompression of the neurovascular bundle combined with the first rib resection. 94.4% of patients showed positive results in combination of traditional decompression with chronic electrical stimulation of the brachial plexus.

Conclusions. Chronic electrical stimulation of the brachial plexus trunk promotes effective and safe recovery of neurological condition of the upper limb and allows achieving a sustained analgesic effect in scalenus anterior syndrome.

Key words: scalenus anterior syndrome, first rib resection, chronic electrical stimulation.

Відомості про автора:

Цзян Хао – врач-нейрохирург, аспирант кафедри нейрохірургії Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця.

УДК: 616.8-089; 617.51; 611.1; 616-005

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2016

С.В.Чебанюк, О.П.Коваленко, С.В.Конопчик

ВПЛИВ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МЕТОДІВ РЕКАНАЛІЗАЦІЇ МОЗКОВИХ СУДИН НА СТРУКТУРНО- ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ З ІШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ

Державна установа «Науково-практичний Центр ендоваскулярної
нейрорентгенохірургії НАМН України», м. Київ

Вступ. Успіх лікування ішемічного інсульту залежить від багатьох факторів, основними з яких є терміни тривалості ішемії до початку надання високоспеціалізованої допомоги та методики відновлення кровотоку, що використовуються. Досвід Державної установи «Науково-практичний Центр ендоваскулярної нейрорентгенохірургії НАМН України», на підставі вивчення структурно-функціональних змін, дозволяє оптимізувати лікування ішемічних станів із застосуванням ендоваскулярних методів реканалізації уражених артерій, та визначити найбільш ефективні підходи з урахуванням отриманих результатів.

Мета. Вивчити вплив різних ендоваскулярних методів реканалізації мозкових судин при ішемічному інсульті на структурно-функціональний стан головного мозку для підвищення ефективності лікування таких хворих.

Матеріал та методи. Обстежено 20 хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) за ішемічним типом, яким виконувалася реканалізація мозкових судин різними ендоваскулярними методами: тромбекстракція, ангіопластика, стентування, фармакоінфузія. Проведено аналіз результатів різних ендоваскулярних втручань у ранньому післяопераційному періоді для визначення їх впливу на структурно-функціональний стан головного мозку та ефективність лікування ішемічного інсульту.

Результати. В перші 6 годин від маніфестації захворювання госпіталізовано 15% хворих, не пізніше 12 годин – 10%, решта 65% - пізніше 24 годин, при чому, з них 10% знаходилися в дуже важкому стані. Інтраартеріальний тромболізис з використанням проурокинази+гепарин використано при лікуванні ГПМК за ішемічним типом у 5 хворих. Проведення терапії було вдалим: неврологічні прояви інсульту зазнали регресу, стан хворих покращився. Реканалізація мозкових артерій методом тромбекстракції проведена у 2-х хворих з гострим порушенням мозкового кровообігу за типом ішемії у басейні СМА та у 1-го пацієнта - у басейні ПМА. Після тромбекстракції у хворих регресувала патологічна неврологічна симптоматика з відновленням мовних функцій. Геморагічні ускладнення у вигляді крововиливів у зоні ішемії були відсутніми.

Висновки. Гострий період ішемії головного мозку характеризується вираженими структурно-функціональними змінами, які залежать від строків виникнення ГПМК та швидкості початку необхідної високоспеціалізованої медичної допомоги.