

Сирик И.Н., Студенова Д.С., Феоктистова Е.С. Анализ случаев оперативного лечения артериальных аневризм головного мозга // Академия педагогических идей «Новация». Серия: Студенческий научный вестник. – 2018. – №11 (ноябрь). – АРТ 539-эл. – 0,2 п.л. - URL: <http://akademnova.ru/page/875550>

РУБРИКА: МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 617-089

**Сирик Ирина Николаевна,
Студенова Дарья Сергеевна,**

Феоктистова Екатерина Святославовна
студентки 3 курса лечебного факультета

Научный руководитель: Калинин Р.Г., к.м.н., доцент
ФГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет »
г. Архангельск, Российская Федерация
e-mail: Dasha_Studyonova@inbox.ru

**АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
АРТЕРИАЛЬНЫХ АНЕВРИЗМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Аннотация: В статье рассмотрен анализ случаев оперативного лечения артериальных аневризм сосудов головного мозга.

Ключевые слова: аневризма, сосуды, клипирование, эндоваскулярная эмболизация.

Sirik Irina Nikolaevna,
Studenova Daria Sergeevna,
Feoktistova Ekaterina Svyatoslavovna

3rd year students of the medical faculty

Supervisor: Kalinin R. G., candidate of medical sciences, associate Professor
FGBOU VPO "Northern state medical University »
Arkhangelsk, Russian Federation

ANALYSIS OF CASES OF OPERATIONAL TREATMENT OF ARTERIAL ANEURYSMS OF THE BRAIN

Abstract: The article describes the analysis of cases of surgical treatment of arterial aneurysms of the brain.

Key words: aneurysm, vessels, clipping, endovascular embolization.

Актуальность: Аневризма сосудов головного мозга – одно из самых опасных заболеваний. В основе формирования аневризмы лежат: дефекты артериальной стенки (мышечного слоя), повреждения внутренней эластической мембраны, гиперплазия интимы и атеромы артериального ствола, повреждение или дефицит коллагеновых волокон III типа артерии, возрастающая ригидность стенки с уменьшением ее толщины, артериальная гипертензия [5].

По данным ВОЗ на 2010 год, 90,4% артериальных аневризм головного мозга (АА) проявляются субарахноидальным кровоизлиянием (САК), а неразорвавшиеся аневризмы выявляют в 9,6% случаев и обнаруживают случайно при обследовании [5].

Частота инсульта в России составляет 336 на 100000 населения в год, а смертность - 128. Субарахноидальное кровоизлияние составляет 4-6% общего числа острых нарушений мозгового кровообращения. В США и странах Европы ежегодная частота САК составляет 8-12 случаев на 100000 населения, а в России - 14 на 100000 человек.

В настоящее время проводится много дискуссий, посвященных лечению аневризм сосудов головного мозга, сравнению различных методик оперативного лечения. Сохраняются разногласия между нейрохирургами в вопросах выбора тактики оперативного вмешательства, критериев отбора пациентов на тот или иной метод лечения, объем операции. На сегодняшний день не существует однозначного мнения о том, какой способ оперативного вмешательства является наиболее эффективным.

Цель исследования: Анализ случаев оперативного лечения артериальных аневризм сосудов головного мозга.

Материалы и методы: Проведена оценка 11 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ АО «АОКБ», в период с 1 января по 31 мая 2018 года. Всем обследуемым проводилось оперативное лечение артериальных аневризм сосудов головного мозга. Возраст пациентов варьировал от 15 до 60 лет.

Обзор, результаты и их обсуждение.

Наиболее часто встречаются случаи, когда аневризма маленьких размеров не дает никаких клинических проявлений для пациента. В этом заключается коварство заболевания — пациенты не подозревают о своем диагнозе, человека ничего не беспокоит и возможно с этим он может прожить всю жизнь. Клинические проявления возникают тогда, когда аневризма достигает больших размеров или разрывается [3].

Метод лечения аневризмы в каждом конкретном случае определяется

в зависимости от анатомических особенностей и локализации аневризм, их количества, общего состояния больного, оснащения стационара и опыта хирурга. Во всех случаях предпочтительным является метод, при котором можно полностью «выключить» аневризму из кровотока при минимальном риске осложнений [3].

В хирургии для лечения аневризмы, в основном, применяются 2 метода: 1) микрохирургическое клипирование шейки аневризмы; 2) эндоваскулярная эмболизация полости аневризмы микроспиральями, и/или установка в просвет несущей аневризму артерии внутрисосудистых стентов.

1. Клипирование аневризмы – это процедура отключения аневризмы от общего кровотока, с помощью наложения клипсы на шейку пораженного сосуда. Такая операция является одной из самых сложных в нейрохирургии и проводится с помощью открытого доступа – трепанации черепа. Краниотомия является более доступным и не таким дорогостоящим способом удаления аневризмы. Краниотомия и клипирование аневризмы требует более длительного времени (6-7 часов), после чего процесс реабилитации длится более 2 месяцев. Эффективность клипирования как метода хирургического лечения аневризмы путем выключения ее из кровотока очень высока.

2. Эндоваскулярная эмболизация аневризмы головного мозга представляет собой миниинвазивную нейрохирургическую операцию, целью проведения которой является заполнение аневризмы изнутри баллоном или спиралью, которые полностью «выключают» аневризматический мешок из общего кровотока посредством их закупорки. Главное преимущество эндоваскулярной операции в том, что операция является более щадящей; не требует общей анестезии в большинстве случаев; не требует открытого доступа; реже приводят к появлению или углублению неврологических

симптомов, сокращает срок госпитализации; в некоторых сложных случаях это единственный подходящий метод (при глубоком расположении аневризмы).

В 2005 году были опубликованы результаты исследования, где клипирование внутрочерепных аневризм сравнивалось с эндоваскулярной установкой спиралей в их полость. Исследование Molyneux A.J., Kerr R.S.C., Yu L.-M., и др., посвященное сравнительной оценке прямого и эндоваскулярного методов лечения, не позволило выделить преимущества эндоваскулярного метода над микрохирургическим [1].

Нами проведен анализ медицинской документации по разработанной анкете. Анкета включала в себя необходимые параметры для исследования: пол, возраст, жалобы, наличие сопутствующих заболеваний, метод операции, наличие осложнений, исход операции. Возраст пациентов варьировал от 15 до 60 лет, средний возраст - 49 лет. Среди обследуемых доля женщин составила 63,6% (7 человек), мужчин – 36,4% (4 человека). В ходе клинического исследования нами было установлено, что при артериальных аневризмах все больные жаловались на головную боль различной интенсивности и длительности, также среди жалоб у 9 человек отмечалось нарушение сна, у 7 человек – метеозависимость, у 6 пациентов – повышение артериального давления, нарушение зрения было диагностировано у 2 человек. Множественные аневризмы были выявлены у 2 человек.

Метод оперативного лечения определялся индивидуально. Клипирование аневризмы было проведено у 4-х пациентов, остальным выполнена эндоваскулярная эмболизация. В удовлетворительном состоянии после оперативного лечения было выписано 5 человек: 2 пациента после операции клипирования шейки аневризмы и 3 пациента

после эндоваскулярной эмболизации. Летальный исход был у 2 человек: 1 – после эмболизации (14% от общего количества прооперированных этим методом), 1 – после клипирования (25 %). Однако, следует отметить, что количество пациентов, получивших инвалидность после проведения эндоваскулярной эмболизации оказалось выше – 3 человека, чем после клипирования шейки аневризмы – 1 человек, хотя эндоваскулярная эмболизации считается малоинвазивным и более безопасным методом лечения аневризм, количество летальных исходов после проведения данной операции ниже, чем после клипирования шейки аневризмы [2].

Выводы

1. Среди обследуемых нами пациентов аневризмы встречались чаще у женщин, чем у мужчин, что соответствует данным ВОЗ.
2. Риск летальных исходов после эмболизации ниже чем после клипирования.
3. Несмотря на то, что риск летальных исходов после эмболизации ниже, чем после клипирования, в исследуемой нами группе, степень инвалидизации при эндоваскулярной эмболизации оказалась выше. Таким образом, в исследуемой группе эффективность выключения аневризмы из общего кровотока при клипировании была выше, чем при эмболизации. Возможно, это связано с малым количеством обследуемых и окончательную оценку клинических исходов операции необходимо проводить у большего количества пациентов в более поздние сроки, а раннюю оценку (при выписке больного) рассматривать как промежуточный этап – как это рекомендуют Крылов В.В. и соавт [2,4].

Список использованной литературы:

1. Molyneux A.J., Kerr R.S.C., Yu L.-M., et al. International subarachnoid aneurysm trial (ISAT) of neurological clipping versus endovascular coiling in 2143 patients with ruptured intracranial aneurysms: a randomized comparison of effect of survival, dependency, seizures, rebleeding, subgroups and aneurysm occlusion // Lancet. – 2005. – Vol. 366. – P. 809–817.
2. Брисман Д.Л. Сонг Й.К. Ньюэлл Д.У. Внутрочерепные аневризмы. Русский медицинский журнал №9, 2008, с.581
3. Крылов В.В. Новые технологии в хирургии нетравматических внутрочерепных кровоизлияний. Вестник Российской академии медицинских наук. 2012;67(9):19-26.
4. Крылов В.В., Элиава Ш.Ш., Яковлев С.Б. , Хейреддин А.С. , Белоусова О.Б., Полунина Н.А. Клинические рекомендации по лечению неразорвавшихся бессимптомных аневризм головного мозга. Вопросы нейрохирургии 5, 2016 с124-135
- 5.http://www.medvestnik.by/ru/sovremennii_podxod/view/arterialnye-anevrizmy-sosudov-golovnogo-mozga-7847-2010/

Дата поступления в редакцию: 24.11.2018 г.

Опубликовано: 30.11.2018 г.

© Академия педагогических идей «Новация». Серия «Студенческий научный вестник», электронный журнал, 2018

© Сирик И.Н., Студенова Д.С., Феоктистова Е.С., 2018