

Случай успешного клипирования гигантской аневризмы супраклиноидной части внутренней сонной артерии

Белорусский государственный медицинский университет

Прямые хирургические вмешательства у больных с гигантскими артериальными аневризмами внутренней сонной артерии (ВСА) представляют определенную проблему, что обусловлено, прежде всего, трудностями подхода к шейке аневризмы, ВСА полностью закрыта мешком аневризмы, невозможностью ее выделения проксимальнее отхождения аневризмы, широкой шейкой, проходящей по стенке аневризмы и спаянными с ней зрительными нервами и хиазмой. Поэтому без специальных приемов (временная окклюзия ВСА на шее, пункция аневризмы и аспирация крови при клипированной шейке и др.) трудно рассчитывать на благоприятный исход оперативного вмешательства. Применяют также эндоваскулярный метод выключения таких аневризм, но когда имеется внутримозговая гематома необходимо открытое оперативное вмешательство – клипирование шейки аневризмы и опорожнение внутримозговой гематомы. Одним из осложнений применения временной окклюзии афферентных артерий является церебральная ишемия, из-за которой возникают послеоперационные неврологические нарушения, приводящие к инвалидизации больных [2,5]. Одним из подходов, направленных на снижение риска развития церебральной ишемии в период временного прекращения кровотока по афферентным сосудам, является использование фармакологической защиты мозга [2,5].

Ниже мы приводим описание клинического наблюдения успешного клипирования гигантской аневризмы супраклиноидной части правой ВСА.

Больная Р., 27 лет, поступила в нейрохирургическое отделение 9-й ГКБ 24.01.05 в 14.00 с диагнозом: Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние, возможно аневризматической этиологии. Из анамнеза – 24.01.05 в 09.00 на фоне полного благополучия развился приступ сильной головной боли, без потери сознания.

Состояние больной при поступлении тяжелое. Жалобы на головную боль, тошноту, рвоту, отсутствие зрения на правый глаз. Соматически без существенных отклонений от нормы. В неврологическом статусе – больная в сознании, сонлива. Зрачки Д > С. Сухожильно-периостальные рефлексy С > Д. Менингеальные знаки резко положительные. Степень тяжести по Hunt-Hess – III [6].

24.01.05 на компьютерной томографии (КТ) головного мозга визуализирована внутримозговая гематома правой лобной доли 3,0x5,5x2,4 см (рис. 1).

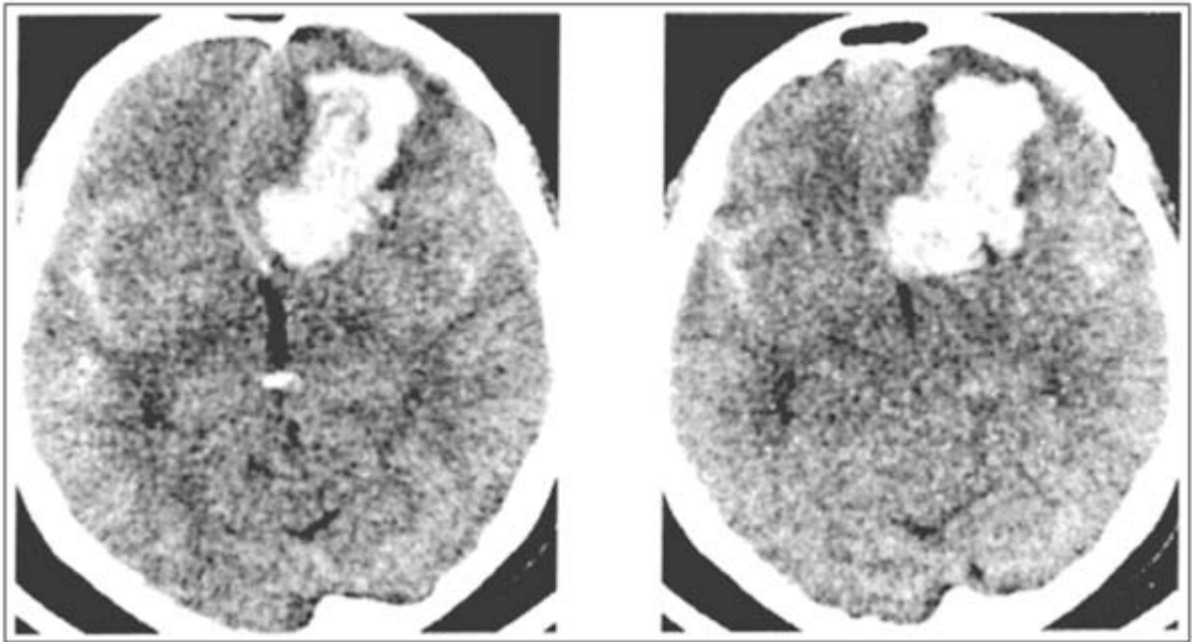


Рис.1. Компьютерная томография головного мозга больной Р. в день поступления. Визуализируется внутримозговая гематома правой лобной доли 3,0x5,5x2,4 см.

25.01.05 каротидная ангиография выявила гигантскую мешотчатую аневризму офтальмического сегмента правой ВСА (рис. 2). Выполнение пробы Матаса выявило недостаточность коллатерального кровообращения.

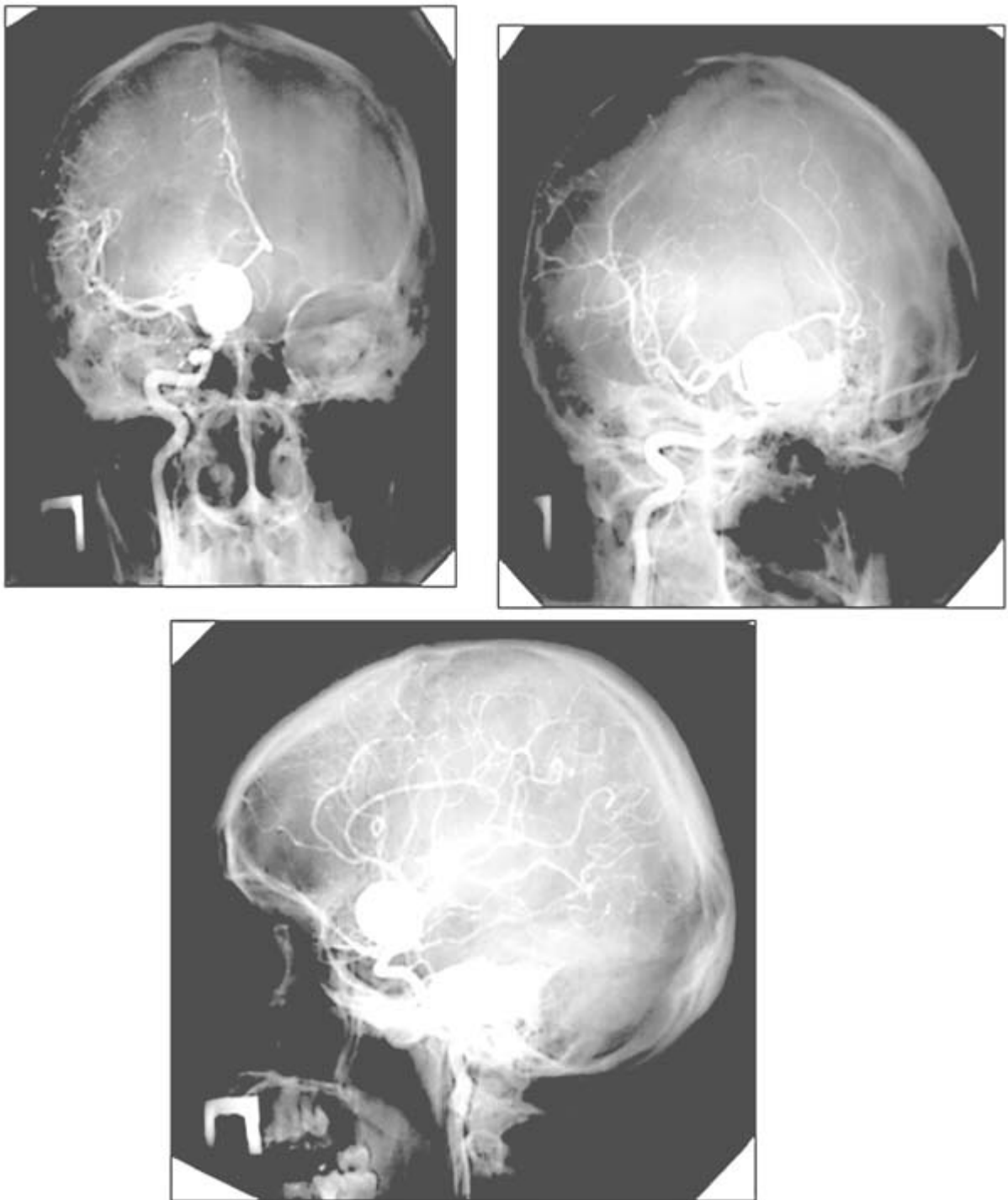


Рис.2. Каротидная ангиография больной Р. перед операцией. Визуализируется гигантская аневризма офтальмического сегмента правой внутренней сонной артерии.

Факт перенесенного разрыва гигантской мешотчатой аневризмы супраклиноидной части правой ВСА, осложненной формированием внутримозговой гематомы правой лобной доли послужили основанием для проведения прямого хирургического вмешательства на аневризме. С целью предоперационной нейропротекторной подготовки больной назначен препарат эмоксипин в дозе 2 мг/кг веса в/в капельно. Учитывая размеры аневризмы и особенности ее расположения, мы понимали, что в случае ее интраоперационного разрыва может развиваться массивное артериальное кровотечение, которое не удастся остановить проксимальным клипированием. 26.01.05 больной в остром периоде разрыва аневризмы выполнено оперативное вмешательство. Вначале в условиях общей анестезии в операционной была обнажена правая ВСА на шее, на нее был наложен турникет, затем была выполнена правосторонняя птериональная краниотомия. При поднятии лобной доли

выявлена тело гигантской мешотчатой аневризмы супраклиноидной части правой ВСА в диаметре около 3 см. После проведения энцефалотомии в лобной области частично опорожнена внутримозговая гематома лобной доли. В условиях затянутого турникета на шее наложены временные клипсы на проксимальный и дистальный участки ВСА, полностью выключив аневризму из кровотока. Напряжение в аневризме уменьшилось незначительно. Только после пункции аневризмы и аспирации крови она спалась, и на шейку аневризмы были наложены две пружинные клипсы, при этом сама аневризма удалена (рис. 3). Временные клипсы сняты, проходимость сосудов восстановлена, период временного клипирования составил 10 мин. После этого опорожнены остатки внутримозговой гематомы правой лобной доли. Операцию закончили послойным зашиванием раны.

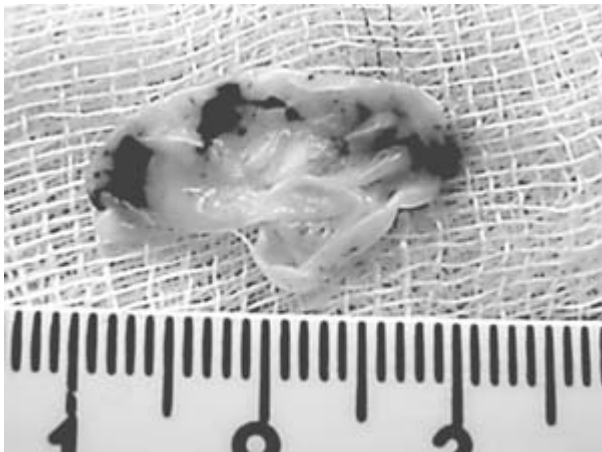


Рис.3. Тело удаленной аневризмы.

Пробуждение после операции было обычным, больная экстубирована через 2 часа после операции при полном восстановлении сознания и адекватном самостоятельном дыхании. Утром 27.01.05 больная в ясном сознании, активна, адекватна, неврологическая симптоматика на дооперационном уровне. В послеоперационном периоде больной проводилась стандартная базисная медикаментозная терапия, включающая применение нейропротекторных препаратов. Контрольная каротидная ангиография подтвердила выключение аневризмы из кровотока (рис. 4).

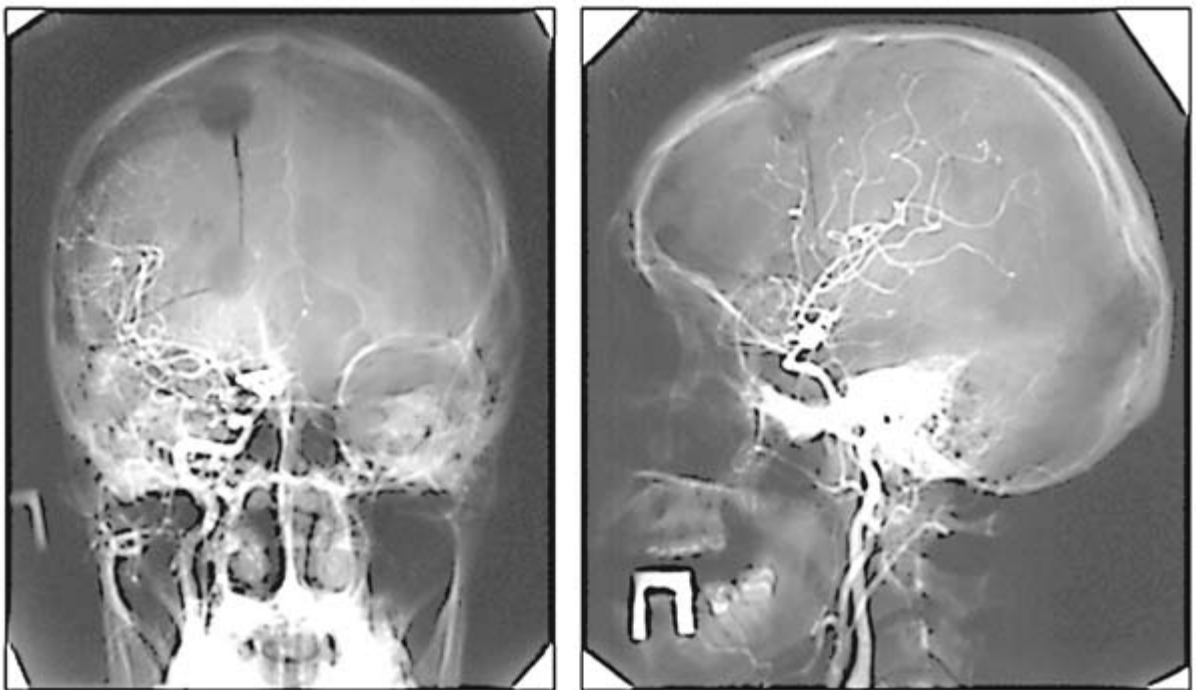


Рис.4. Контрольная каротидная ангиография больной Р. после операции. Аневризма выключена из кровотока, проходимость сосудов сохранена.

Контрольная компьютерная томография головного мозга (рис. 5) не выявила данных за внутримозговую гематому лобной доли и наличия ишемических очагов в бассейне правой ВСА. Больная выписана из отделения в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки.

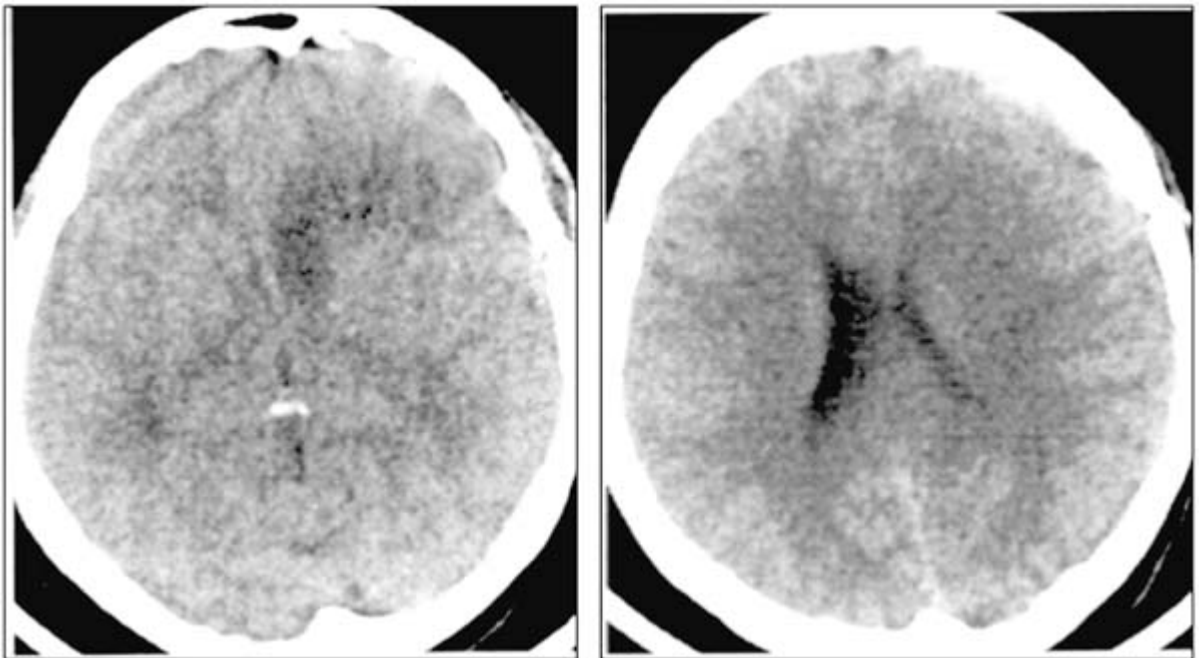


Рис.5. Контрольная компьютерная томография головного мозга больной Р. на четвертые сутки после операции. Данных за внутримозговую гематому лобной доли нет.

Таким образом, в нашем наблюдении у больной имела место гигантская мешотчатая аневризма супраклиноидной части ВСА, осложненная формированием внутримозговой гематомы правой лобной доли. Большая внутримозговая гематома, размер аневризмы, относительно компенсированное состояние больной явились

показаниями к проведению срочного оперативного вмешательства, направленного на выключение аневризмы из кровотока и опорожнение внутримозговой гематомы. Однако сложности у этой больной были обусловлены трудностями подхода к шейке аневризмы и опасностью неконтролируемого интраоперационного кровотечения. В связи с этим мы использовали применение временного выключения кровотока по ВСА проксимальнее и дистальнее аневризмы, пункцию и аспирацию ее содержимого, что позволило успешно клипировать шейку аневризмы и удалить аневризматический мешок. Отсутствие церебральных ишемических нарушений в послеоперационном периоде в нашем наблюдении, по-видимому, объясняется эффектом применения фармакологической защиты мозга. Поэтому поиск препаратов, обладающих нейропротекторными свойствами, своевременное их назначение, адекватный контроль над проводимым лечением, является перспективным направлением в плане решения проблемы комплексной патогенетической терапии больных с артериальными аневризмами головного мозга.

Литература

1. Злотник Э.И. Аневризмы сосудов головного мозга. – Минск, 1967. – 296 с.
2. Зозуля Ю.А., Барабой В.А., Сутковой Д.А. Свободнорадикальное окисление и антиоксидантная защита при патологии головного мозга. – «Знание-М» Москва, 2000. – С. 344.
3. Коновалов А.Н. Хирургическое лечение артериальных аневризм головного мозга. – М.: Медицина, 1973. – 327 с.
4. Крылов В.В., Ткачев В.В., Добровольский Г.Ф. Микрохирургия аневризм виллизиева многоугольника. – Москва, 2004.- 159 с.
5. . Олешкевич Ф.В., Скороход А.А., Федулов А.С., Мойсеенок А.Г. Способ фармакологической защиты головного мозга при хирургическом лечении артериальных аневризм // Рецензируемый научно-практический ежегодник “Достижения медицинской науки Беларуси”. Выпуск VI, Минск, 2001, стр. 120.
6. Hunt W., Hess R. Surgical risk as related to time of intervention in the repair of intracranial aneurysms // J. Neurosurg. – 1968. – Vol.28. –P.14-20.