

ВИКОРИСТАННЯ WAKE-UP АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ІНФІЛЬТРАТИВНИХ ГЛІОМ

Гук А. П., Паламар О. І., Тесленко Д. С., Оконський Д. І., Усатов О. С., Давиденко Б. О., Пилипенко М. М. м. Київ, Державна установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

Основний етап лікування інфільтративних гліом головного мозку полягає у якомога радикальнішій їх резекції. При розташуванні пухлин у функціональних ділянках головного мозку їх радикальне видалення часто пов'язане з можливим ушкодженням і, як наслідок, підвищеним ризиком післяопераційного неврологічного дефіциту та інвалідизації пацієнтів. Можливість оборотного мовного контакту з пацієнтом, виконання ним інструкцій під час етапу видалення пухлин при використанні wake-up анестезії дозволяють хірургу локалізувати тканини, які можуть бути видалені з мінімальним ризиком розвитку неврологічних ускладнень в післяопераційному періоді.

Мета: поліпшити результати хірургічного лікування хворих з інфільтративними гліомами функціональних ділянок головного мозку шляхом запобігання розвитку неврологічного дефіциту за допомогою використання wake-up анестезії.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 10 хворих з гліомами лобно-скроневої локалізації у домінантній гемісфері (лівої у всіх випадках) – проекційно у зонах Брока та Верніке. Доопераційний стан: за шкалою Карновського у всіх пацієнтів (п.) ≥ 60 б. Об'єктивізація афатичних розладів у пацієнтів проводилася за допомогою MAST (Mississippi Aphasia Screening Test). Доопераційний неврологічний дефіцит: моторна афазія (60–80/100 б.) – 6 п., сенсорна афазія (70–75/100 б.) – 2 п., сенсо-амнестична афазія (70/100 б.) – 1 п., елементи сенсо-моторної афазії (60/100 б.) – 1 п., центральний правобічний геміпарез, м'язова сила до 3–4/5 б – 3 п. Всім пацієнтам було проведено мікрохірургічне видалення пухлин з використанням wake-up анестезії. Загальна анестезія забезпечувалася препаратами фентанілу, пропофолу та дексметамедину, регіонарна – комбінацією бупівокаїну з лідокаїном та додаванням адреналіну. Проводився моніторинг глибини анестезії за допомогою апарату BIS (Bispectral index)-моніторингу. Хворим встановлювалася ларингеальна маска, що видалялася після пробудження, та назофарингеальний повітровід. Інтраопераційно під час основного етапу (етапу видалення пухлини) здійснювався постійний мовний контакт з хворими, хворі виконували інструкції (потискання руки, рахунок від 1 до 10 і т. д.).

Результати. Радикальність видалення: тотальне видалення пухлини (в межах здорових тканин) – 4 п. (40 %); субтотальне (до 80–90 %) – 5 п. (50 %); часткове – 1 п. (10 %). Післяопераційний стан: за шкалою Карновського у всіх п. ≥ 80 –70 б. У 9 п. (90 %) наростання негативної неврологічної симптоматики не було, у 1 п. (10 %) – транзиторне наростання афатичної симптоматики – регрес протягом 3 тижнів після операції. Динаміка неврологічної симптоматики: повний регрес афатичної симптоматики протягом 2 тижнів після операції (95–100 б. за MAST) – 3 п. (30 %), частковий регрес афатичної симптоматики протягом 2 тижнів після операції (< 90 б. за MAST) – 6 п. (60 %), неврологічний дефіцит на доопераційному рівні – 1 п. (10 %), регрес геміпарезу та наростання м'язової сили до 4–5/5 б. протягом 2 тижнів після операції – 3 п.

Висновки. Використання wake-up анестезії при видаленні інфільтративних гліом функціональних ділянок головного мозку дозволяє поліпшити результати хірургічного лікування шляхом досягнення максимально можливого об'єму резекції при мінімальному ушкодженні функціональних зон.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ АРТЕРІОВЕНОЗНИХ МАЛЬФОРМАЦІЙ 4–5 СТУПЕНЯ ЗА SPETZLER-MARTIN. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Нетлюх А. М., Цицик Г. Я., Сало В. М., Прокопенко Н. А., Суханов А. А.

м. Львів, Комунальне некомерційне підприємство «1 територіальне медичне об'єднання м. Львова», Відокремлений підрозділ «Лікарня Святого Пантелеймона»

Артеріовенозна мальформація (АВМ) головного мозку – це складне вроджене судинне захворювання з приблизною щорічною частотою крововиливів 1–4 %, але, залежно від клінічних та анатомічних особливостей мальформації, таких як попередні епізоди кровотечі, глибоке розташування в мозку або стовбурі мозку, наявність виключно глибокого венозного дренажу, наявність аневризми (~7 % АВМ), ризик може бути від 1 % до 33 %. Мікрохірургія, як важливий

метод лікування АВМ, забезпечує негайний ефект і достовірно знижує ризик повторних крововиливів. Дослідження показують, що хороших результатів можна досягти за допомогою мікрохірургічної резекції у пацієнтів із АВМ I–II класу за Spetzler-Martin. Однак хірургічне лікування пацієнтів із АВМ IV–V класу є складним завданням. Вибір оптимального варіанту лікування для пацієнтів з АВМ залишається дискусійним питанням судинної нейрохірургії.

Клінічний випадок

17.08.2021 р. ургентно доставлений пацієнт К. 34 років, з діагнозом: внутрішньомозковий крововилив з проривом у шлуночкову систему на ґрунті розриву АВМ правої тім'яної частки.

З анамнезу: захворів гостро напередодні, коли з'явився сильний біль голови, блювання, запаморочення і виражена загальна слабкість. Перед тим, протягом 2 тижнів, у пацієнта наростали прояви артеріального обкрадання.

У 2013 та 2014 роках було проведено церебральну ангиографію (ЦАГ) та ендovasкулярну емболізацію АВМ за допомогою рідкої системи для емболізації Опух.

27.08.2021 р. проведено ЦАГ з метою уточнення діагнозу, деталізації розмірів та локалізації артеріовенозної мальформації. Виявлено АВМ, частково емболізовану, правих скроневої, тім'яної, потиличної часток, що кровопостається п'ятьма аферентними судинами. Мішкоподібна аневризма одного з аферентів із правої задньої мозкової артерії (ЗМА), яка й стала причиною крововиливу. За шкалою Spetzler-Martin IV, за Buffalo 4–5 балів.

23.09.2021 р. проведено оперативне втручання: мікрохірургічне видалення АВМ правої тім'яно-потиличної локалізації. Тривалість операції: 11 год 5 хв. На етапі доступу, на поверхні мозку візуалізується дренажна вена парасагітально діаметром 1,4 см. Виявлено аневризму аферента з ВББ, котру коагульовано та видалено у складі АВМ. Видалення АВМ супроводжувалось епізодами профузної кровотечі, застосовувалась технологія cell-saving. В останню чергу коагульовано та пересічено дренажну вену. Ревізія ложа АВМ, розмір 3,5 × 4,5 × 6,5 см.

В післяопераційному періоді, пацієнту було проведено ряд контрольних томограм в нативному та ангіо-режимах, системну антибіотикотерапію та люмбальні пункції з метою контролю стерильності та аналізу ліквору.

За час перебування у стаціонарі загальний стан хворого поступово покращився, неврологічний дефіцит суттєво зменшився (на час виписки утримується бітемпоральна геміанопсія), пацієнт виписаний.

24.03.2022 р. проведено контрольну ЦАГ: АВМ тотально виключена з кровотоку.

Висновки

Великі артеріовенозні мальформації IV та V класу за Spetzler-Martin в багатьох випадках підлягають динамічному спостереженню, консервативному лікуванню або комплексу хірургічних етапів лікування із застосуванням ендovasкулярних, мікрохірургічних і радіохірургічних методик без досягнення радикального результату. Разом з цим, випадки розривів АВМ чи аневризми привідних артерій (аферентних судин) та декомпенсація стану у вигляді наростаючого неврологічного дефіциту, що зумовлює часткову інвалідизацію чи соціальні обмеження, підлягають хірургічному лікуванню, яке повинне бути комплексним, оскільки ендovasкулярна емболізація гігантських АВМ часто не забезпечує повного одужання, а лише відтермінує появу нового або наростання існуючого дефіциту. В нашому випадку ендovasкулярна емболізація була необхідним етапом для зменшення ризиків інтраопераційних ускладнень під час мікрохірургічного втручання, що разом із застосуванням технології cell-saving дало змогу досягти радикального видалення АВМ і одужання пацієнта.

ВТОРИННО ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ – ГРУПА ОСОБЛИВОЇ УВАГИ ПСИХІАТРІВ УКРАЇНИ

Овчаренко М. О., Пінський Л. Л., Радченко Т. М.

м. Харків, Харківський національний медичний університет

м. Київ, Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей вираженості тривожних розладів у первинно та вторинно внутрішньо переміщених осіб, які протягом останніх років були змушені змінювати своє місце проживання.

Група первинно переміщених пацієнтів (2014–2021 років) складала 238 хворих (7-а група) з них 145 жінок (60,9 %; 1-ша група), 93 чоловіки (39,1 %; 2-га група). Вторинно переміщені особи (n = 96; 8-ма група) включали 62 жінки (64,6 %; 3-тя група) та 34 чоловіки (35,4 %; 4-та група).