

нання методу ЕСМ з реконструктивними операціями з арсеналу ортопедії, спрямованих на поліпшення рухової функції (міотомії, тенотомії та ін.). Новим напрямком у відновленні втрачених функцій мозку є нейротрансплантація ембріональної мозкової тканини. Слід зазначити, що нейротрансплантацію можна проводити тільки в спеціалізованих центрах, де є підготовлені фахівці, за відповідним дозволом МОЗ України.

Висновки. Відновлювальні операції при ХСМТ мають великі перспективи, що пов'язано не тільки з впровадженням новітніх технологій діагностики та лікування, а і їх поєднанням (електростимуляція, нейротрансплантація, деструктивні та реконструктивні) з уже відомими нейрохірургічними втручаннями.

Хирургические доступы, используемые для удаления вентральных опухолей шейного отдела спинного мозга

Аль-Кашиш Ияд Исхак

Институт нейрохирургии

и.м. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины,
г.Киев, 04050, ул.Мануильского, 32

тел. +380 44 4869503, e-mail: brain@neuro.kiev.ua

Целью работы явилось повышение эффективности хирургического лечения больных с опухолями шейного отдела спинного мозга вентральной локализации путем разработки дифференцированных показаний для использования различных хирургических доступов, разработки техники радикального хирургического удаления этих опухолей.

Материалы и методы. На протяжении последних 4-х лет в первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова, было исследовано 22 больных с экстремедуллярными опухолями вентральных шейного отдела спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 70 лет. У 10 — больных опухоли располагались на уровне верхнешейного отдела (C0–C3), у 12 — на уровне нижнешейного отдела (C4–C7).

Результаты. При оперативном вмешательстве были использованы различные оперативные доступы: заднебоковой доступ — у 15 больных, экстремально-латеральный доступ — у 3 больных, переднебоковой доступ — у 4 больных. К вариантам заднебокового доступа мы относили экстремально-латеральный доступ на уровне C0–C1. Заднебоковой подход включал ламинэктомию и фасетэктомию со стороны опухоли. В последние два года нами активно использован переднебоковой доступ для удаления вентральных опухолей на уровне C3–C7, и экстремально-латеральный доступ для удаления вентральных опухолей на уровне C0–C1. В результате применения такой хирургической технологии, удалось добиться полной визуализации опухоли, удалить ее под прямым визуальным контролем. Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях.

Выводы. Заднебоковой доступ показан при вентральных опухолях на уровне C2–C7. Переднебоковой доступ показан при опухолях вентральной локализации на уровне C3–C7, или невриномах вентролатеральной локализации со значительным ростом паравертебрально кпереди. Экстремально-латеральный доступ показан при вентральных субдуральных, экстремедуллярных опухолях на уровне C0–C1.

Хирургическое лечение экстремедуллярных опухолей, расположенных впереди спинного мозга

Аль-Кашиш Ияд Исхак

Институт нейрохирургии

и.м. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины,
г.Киев, 04050, ул.Мануильского, 32

тел. +380 44 4869503, e-mail: brain@neuro.kiev.ua

Цель. Разработать необходимые нейрордиангностические комплексы для вентральных и вентролатеральных опухолей спинного мозга, изучить микроанатомотопографические особенности локализации вентральных и вентролатеральных опухолей на разных уровнях спинного мозга и на этой основе определить показания для применения хирургических доступов, разработать новые хирургические методы радикальной резекции опухолей с минимальной травматизацией спинного мозга, изучить результаты оперативного лечения.

Материалы и методы. В первом спинальном отделении института нейрохирургии им. акад. Ромоданова на протяжении 2000–2006г. было прооперировано 90 больных с экстремедуллярными опухолями спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 20 до 75 лет. Средний возраст больных с менигиомами составил — 55 лет, а больных с невриномами — 45 лет. Внеозговые спинальные опухоли по уровню локализации мы классифицировали следующим образом: 1) верхнешейной локализации (C0–C3); опухоли нижнешейной локализации (C4–C7); 3) опухоли верхнегрудной локализации (Th1–Th5); 4) нижнегрудной локализации (Th6–Th10); 4) опухоли груднопоясничной локализации (Th11–L2). Согласно этой классификации, нами изучены вентральные и вентролатеральные опухоли: на уровне верхнешейной локализации (C0–C3) — 26, из них 11 -менигиом и 15 -невринома; на уровне нижнешейного отдела (C1–C7) — 10, из них 5 — менигиом и 5 — неврином; на уровне верхнегрудной локализации (Th1–Th5) — 25, из них 18 — менигиом и 7 — неврином; на уровне нижнегрудной локализации (Th6–Th10) — 14, из них 7 — менигиом и 7 — неврином; на уровне груднопоясничной локализации (Th11–L2) — 15, из них 6 менигиом, 9 неврином. Из всех изученных опухолей менигиомы составляли — 60%, а невриномы — 40%. Было установлено, что у 69 (76.6%) больных опухоли располагались вентролатерально и у 21 (23.4%) больных — вентрально.

Результаты. Диагностика расположения опухоли проводилась MRT, КТ, MRT с в/в усилением. Доступ выбирался исходя из нейровизуализирующих данных о локализации опухоли. Использованы различные оперативные доступы: задний доступ выполнен у 5 больных, заднебоковой доступ — 58 больных, передний доступ — 4 больных, переднебоковой доступ — 6 больных, Far lateral доступ — 13, Extremal lateral доступ — 4 больных. Преимущество отдавалось доступам, которые позволяли визуализировать опухоль под прямым углом, с минимальной тракцией мозга или его корешков. Опухоли были удалены тотально во всех наблюдениях. Результаты хирургического лечения были лучше в случае следующих факторов: ранние сроки установления диагноза, молодой возраст больных, незначительная степень компрессии спинного мозга, адекватный хирургический доступ, тотальное удаление опухоли, использование микрохирургической техники.

Выводы. Заднебоковой доступ является наиболее оптимальным при вентролатеральных опухолях.