

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 (С0–С3), у 12 — на уровне нижнешейного отдела (С4–С7).

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 С0–С1. Заднебоковой подход включал ламинэктомию и фасетэктомию со стороны опухоли. В последние два года нами активно использован переднебоковой доступ для удаления вентральных опухолей на уровне С3–С7, и экстремально-латеральный доступ для удаления вентральных опухолей на уровне С0–С1. 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 С2–С7. Переднебоковой доступ показан при опухолях вентральной локализации на уровне С3–С7, или невриномах вентролатеральной локализации со значительным ростом паравертебрально кпереди. Экстремально-латеральный доступ показан при вентральных субдуральных, экстремедуллярных опухолях на уровне С0–С1.

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 нейрорадиологические 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 (С0–С3); опухоли нижнешейной локализации (С4–С7); 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 (С0–С3) — 26, из них 11 -менигиом и 15 -невринома; на уровне нижнешейного отдела (С1–С7) — 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 МРТ, КТ, МРТ 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.

Передний боковой доступ является перспективным, новым методом, позволяющим минимизировать хирургическую травматизацию спинного мозга при удалении опухолей вентральной локализации, и повысить результаты лечения таких больных. При росте невринома по типу песочных часов, с небольшим паравертебральным ростом, требуется применение заднебокового доступа, при значительном паравертебральном росте опухоли к передне необходимо переднебоковой доступ. Применение дифференцированных хирургических доступов позволяет повысить не только радикальность вмешательства, но и улучшить результаты лечения больных.

Спинальные артериовенозные мальформации: классификация, дифференцированная хирургическая тактика, результаты лечения

Зозуля Ю.А., Слынько Е. И., Аль-Кашкиш Ияд Исхак

*Институт нейрохирургии
им. акад. А.П.Ромоданова АМН Украины,
г.Киев, 04050, ул.Мануильского, 32
тел. +380 44 4869503, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Вступление. Спинальные сосудистые мальформации представляют собой редкую и малоизученную патологию, которая отличается значительным многообразием. Публикации по этому поводу в основном базируются на описании отдельных наблюдений. Недостаточная изученность указанной патологии связана со сложностью ее диагностики, что ограничивает разработку дифференцированных методов хирургического лечения. Большие затруднения в этом отношении вызывает отсутствие четкой структурно-динамической классификации спинальных АВМ. В настоящее время наиболее широко используется классификация, созданная в 1991–1998 гг. совместными усилиями группы авторов, согласно которой различают: дуральные артериовенозные фистулы (тип I), гломусные внутримозговые (тип II), ювенильные, или комбинированные АВМ (тип III), интрадуральные перимедуллярные артериовенозные фистулы — АВФ — тип IV.

Материал и методы. В работе анализируются результаты обследования и лечения 91 больного с АВМ и АВФ, которые находились на лечении в Институте нейрохирургии АМН Украины с 1995 по 2005 г. Больные были в возрасте от 9 до 83 лет, средний возраст составил 42,9 года. Для систематизации спинальных сосудистых мальформаций мы разработали классификацию, которая учитывала указанные особенности мальформаций — анатомическую характеристику мальформации, ее ангиоструктурные и гемодинамические особенности. По анатомическим особенностям сосудистые мальформации разделяются на интрамедуллярные, перимедуллярные (расположенные субарахноидально на поверхности спинного мозга), дуральные (расположенные в твердой мозговой оболочке), эпидуральные, интравертебральные и смешанные, захватывающие несколько смежных областей. Были выделены ангиоструктурные особенности собственно мальформаций, путей притока и оттока.

Результаты. Операции выполнены у всех больных (91 пациент), у 13 применены эндоваскулярные

вмешательства, у 70 — микрохирургические операции и у 8 — комбинированные с применением эндоваскулярной и микрохирургической техники. При открытых вмешательствах преимущественно использовались задний или заднебоковой доступ. Передний или переднебоковой доступы выполнены у 8 больных. У 11 пациентов оперативные вмешательства завершены стабилизацией позвоночника. У всех больных сосудистые мальформации выключены из кровотока тотально. Период отдаленных наблюдений колебался от 4 мес до 8,2 лет. У 32 больных непосредственно после операции был отмечен значительный регресс клинических проявлений, у 43 — частичный регресс симптоматики, у 10 — симптоматика существенно не изменилась и у 6 — неврологические нарушения усугубились.

Выводы. Таким образом, для успешного хирургического лечения спинальных АВМ необходимо получить максимально полное представление об их локализации, ангиоструктуре и гемодинамике, что обеспечивает дифференцированное применение оптимальной хирургической тактики и современных методов микрохирургических и эндоваскулярных вмешательств в зависимости от типа мальформации. Следует стремиться применять минимально инвазивный эндоваскулярный подход в случаях, где это возможно для выключения АВМ или уменьшения интенсивности кровотока путем предоперационной эмболизации. При резекции АВМ или выключении АВФ нужно использовать прямой подход к мальформации, блокировать только кровоснабжающие мальформацию притоки и сохранять сосуды, питающие спинной мозг. Резецировать гнездо мальформации необходимо острым путем только по границе со спинным мозгом. После операции для контроля всегда необходимо выполнять МРТ и ССА. Только такое сочетание методов может выявить остатки патологического сосудистого образования.

Хірургічне лікування застарілих спонділолістезів з неврологічними проявами після неефективного лікування травм поперекового відділу

Волосюк Я.О.

*Міська клінічна лікарня №8,
м.Київ, 04201, вул. Кондратюка, 8
тел. +380 44 5180039, e-mail: volosjuk@i.com.ua*

Метою хірургічного лікування застарілих спонділолістезів (від 15 до 25 р.) у хворих з неврологічними проявами у віці від 27 до 60 років є декомпресія нервово-судинних пучків, відновлення форми пошкодженого відділу хребта, усунення наявної деформації, забезпечення стабільності хребтovo-рухомих сегментів, відновлення анатомо-функціональних взаємовідношень хребта шляхом утворення фіброзного або кісткового блоку в найбільш ранні терміни. У всіх 11 прооперованих хворих (6 жінок, 5 чоловіків) яким спочатку був поставлений помилковий діагноз і проводилося неадекватне лікування, лумбалгічний синдром проявлявся паралельно з порушенням функції та різної ступені вираженості неврологічними проявами від корінцевого синдрому до розгорнутого синдрому кінського хвоста з порушеннями функцій тазових органів.

Матеріали і методи. В основу вибору методу хірургічного лікування нами ставились слідуючі при-