

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 боковому доступу. 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-Кашиш 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-

ниці: безпечність, повноцінна декомпресія нервових елементів та збереження стабільності в хребтовому сегменті. Всі хворі були прооперовані такими методами: із заднього доступу (з використанням модифікованої ламінектомії дозволяючими максимально зберегти елементи хребта, забезпечуючи адекватну декомпресію з наступним застосуванням транспедикулярної фіксуєної металокопункції), бокового і комбінованого доступів. Всі види оперативних втручань були розділені на декомпресивні, стабілізуючі, декомпресивно-стабілізуючі та реконструктивно-відновлювальні.

Результати. У 6 прооперованих хворих спостерігався повний регрес неврологічної симптоматики, у 4 хворих відмічено залишкові явища больового синдрому, незначні порушення функцій нижніх кінцівок і лише в 1 хворій не вдалося отримати позитивного результату. У хворій залишився глибокий парапарез нижніх кінцівок та порушення функцій тазових органів, частково усунено больовий синдром. Причиною недостатньо ефективного лікування стало тривале здавлення нервових корінців та літній вік.

Висновки. Нами відмічено, що стабілізуючі операції на хребті часто переходять в розділ нейроортопедичних. Хірургічне лікування застарілих спонділолістезів з неврологічними проявами є оптимальним при лікуванні таких хворих та досягненні кращих результатів.

Результати мікрохірургічного лікування екстремедулярних інтрадуральних менінгіом

Слинько Є.І., Муравський А.В., Троян О.І.

*Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4869503, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Мета роботи — покращити результати хірургічного лікування екстремедулярних інтрадуральних менінгіом завдяки використанню мікрохірургічної техніки.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічного лікування 94 хворих з екстремедулярними інтрадуральними менінгіомами, оперованими в інституті нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України в період з 1997 по 2005 рр. Вік хворих коливався від 26 до 76 років, середній вік — 45,4 роки. Передопераційне обстеження включало: МРТ, КТ, рентгенографію хребта.

В неврологічному статусі на момент операції рухові та чутливі розлади мали місце у 92 спостереженнях, порушення функції тазових органів — у 55 хворих, больовий синдром спостерігався у 61 пацієнта.

Результати та їх обговорення. Пухлини розташовувались на рівні шийного відділу хребта в 15 спостереженнях, грудного — в 76, поперекового — в 3 спостереженнях. По відношенню до поперечника спинного мозку екстремедулярні пухлини розташовувались дорсально в 15 спостереженнях, дорсо-латерально — в 25, вентро-латерально — в 33, латерально — в 7, вентрально — в 14 спостереженнях.

Для доступу до пухлин використовувалась ламінектомія на рівні 1–4 хребців в 89 спостереженнях, при латеральній локалізації і невеликих розмірах пухлини використовувалась геміламінектомія (5 спостережень). Операції проводились з використанням мікрохірур-

гічної техніки. Пухлини були видалені радикально в усіх 94 спостереженнях. При дорсальних менінгіомах проводили резекцію ТМО в ділянці матрикса пухлини, при інших локалізаціях — коагуляцію.

Оцінку результатів оперативного втручання проводили на момент виписки пацієнтів зі стаціонару в строки 2–4 тижні після втручання. В залежності від функціональних наслідків, результати операцій оцінені як добрі у 45 хворих, задовільні — у 41, незадовільні — у 8. Тимчасове наростання неврологічної симптоматики після операції мало місце у 19 спостереженнях і частіше зустрічалось при вентральній локалізації менінгіом.

Висновки. Фактори, які впливали на незадовільні функціональні наслідки хірургічних втручань були: проведення оперативного втручання при наявності клініки повного поперекового ураження спинного мозку, вік пацієнтів більше 60 років, вентральне розташування пухлини та її повна петрифікація.

Сучасний нейроортопедичний підхід до лікування ускладнених пошкоджень хребта та спинного мозку грудопоперекового відділу хребта

*Костицький М.М., Потапов О.І.,
Федак В.І., Костицька О.М.*

*Обласна клінічна лікарня,
м. Івано-Франківськ, 76000, вул. Федьковича, 91
тел. +380 342 528173, e-mail: otkos@itc.if.ua*

На сучасному етапі метою хірургічного лікування хворих з пошкодженнями хребта, ускладненими ушкодженнями або здавленням спинного мозку чи його елементів є декомпресія або реконструкція спінального каналу, усунення деформації хребта і надійна стабілізація сегментів до їх зрощення. Однак через 2–3 міс після операції через резорбцію кісткової тканини та під впливом вертикальних навантажень збільшується кіфотична деформація хребта з вершиною на рівні зламаного хребця, що вимагає пошуку нових засобів стабілізації.

Проведені результати обстежень 83 хворих, які знаходилися на обстеженні та лікуванні з приводу ускладнених переломів та перелоמו-вивихів у грудному та верхньопоперековому відділах хребта з різним ступенем ушкодження хребтових сегментів і різним ступенем важкості ушкодження спинного мозку та його елементів. За ступенем важкості ушкоджень спинного мозку згідно класифікації по Frankel виявлено: тип А - 25, В - 12, С - 18, D - 28.

Усім хворим проводилось оперативне втручання із заднього доступу, виконувалась ревізія хребетного каналу, репозиція кісткових уламків або їх видалення з наступною реклінацією на операційному столі, що завершувалося транспедикулярною фіксацією у 41 пацієнтів пластинами Рой-Камілла, в 42 пацієнтів — системою МОСТ.

Спостереження протягом від 3 міс до 3 років показали, що після застосування пластин втрата корекції досягла 20%, а в 46% спостерігали облямування шурупів, переважно нижніх. При застосуванні системи МОСТ таких ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, наші спостереження показують, що у хворих з ускладненими пошкодженнями грудопоперекового відділу, найкращий лікувальний ефект мають операції, які поєднують у собі репозицію та максимально можливу реклінацію зламаного хребця,