

1. Coagulation of the draining vessels with persistent arterial feeder.
2. Inadequate feeder coagulation.
3. Persistent residual / daughter nidus.
4. Inadequate intraoperative blood pressure control.

AIM OF AVM SURGEY. 1. Excision of the nidus only.

2. Preservation of the surrounding brain

MATERIAL & METHODS. This presentation is based on personal experience & retrospective analysis of 350 patients who underwent surgery for the excision of arteriovenous malformation in our department.

SURGICAL TECHNIQUE. The basic principle of AVM surgery is different from tumor excision. The most important point in AVM surgery is to find a plane between the nidus & the surrounding brain. Once the plane is found, it should be followed around the AVM nidus. The arterial feeders and dilated capillaries encountered should be coagulated first and the main draining vein should be preserved till the end. Feeder more than 1 mm should be occluded by coagulation and hemoclip.

The AVM in eloquent area can also be removed base on the same principles except, plane should be made first in the adjacent non eloquent area and then followed in the eloquent area.

The surgical strategies and management of complications will be presented by video clips,

до 59 лет — 67 (75,3%). Средний возраст составлял 45 лет.

Диагностический комплекс включал определение топографо-анатомического диагноза (АГ, КТ, КТ-АГ, МРТ, МРТ-АГ) и гемодинамическую характеристику (АГ, ТКУЗДГ, ЭЭГ с применением компрессионного теста) аневризм.

Хирургический метод лечения применён у 89 больных. Использованы следующие виды операций: транскраниальные, внутрисосудистые и комбинированные.

Результаты. Оценку результатов хирургического лечения выполняли с применением унифицированной шкалы исходов Глазго (Janet B. 1977) Получены следующие результаты. (1.) — хорошее восстановление: возвращение к нормальной жизни с минимальным дефицитом, частичное возвращение к трудовой деятельности — у 25 больных, что составило (28%).

(2.) — умеренная инвалидизация (инвалидизирован, но независим) — может перемещаться в общественном транспорте — 38 больных, (43%).

(3.) — тяжелая инвалидизация — в сознании, но инвалидизирован, нуждается в постороннем уходе — 22 больных (24%).

(4.) — хроническое вегетативное состояние — указанный исход в данной группе больных не наблюдался.

(5.) — смертельный исход у 4 больных (4.5%).

Результаты хирургических операций при гигантских артериальных аневризмах головного мозга

Хиникадзе М.Р., Цімейко О.А.

*Институт нейрохирургии
им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,
04050, Киев, ул. Мануильского, 32,
(044) 486-95-03, brain@neuro.kiev.ua*

Вступление. Среди АА головного мозга особенную сложность представляет группа так называемых гигантских аневризм. Современное хирургическое лечение внутричерепных гигантских АА включает использование высокоразвитых диагностических и лечебных технологий, поэтому требует высокопрофессиональных специалистов, составляющих активно взаимодействующую команду. Для решения вопросов, связанных с планированием операций, необходим детальный дооперационный анализ данных о расположении аневризмы и окружающих ее сосудов и мозговых структур, выбор оптимального хирургического доступа и метода вмешательства, с учетом конкретной локализации аневризмы.

Цель работы. Разработка критериев, позволяющих оптимально использовать существующие хирургические методы или их сочетание при лечении гигантских АА различной локализации.

Материал и методы. В Институте нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова с 1998 по 2006г.г. находилось на лечении 89 больных с гигантскими АА головного мозга различной локализации. У 41 больного заболевание дебютировало субарахноидальным кровоизлиянием (46%), у 48 (54%) протекало по псевдотуморозному типу. Большинство больных было женского пола — 56 (63%), мужчин — 33 (37%). Возраст пациентов — от 13 до 78 лет. Основная группа представлена больными в возрасте от 30

Оцінка змін якості життя після ендovasкулярної ангіопластики і стентування стенотичних уражень магістральних церебральних артерій

Костюк М.Р., Цімейко О.А.

*Институт нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,
04050, Київ, вул. Мануїльського, 32,
(044) 486-95-03, kostiuk@i.com.ua*

Мета. Оцінити зміни в неврологічному статусі у хворих після ендovasкулярних реконструктивних втручань з приводу стенотичних уражень сонних і хребтових артерій головного мозку і визначити фактори, які впливають на покращення якості життя внаслідок операції.

Матеріали і методи. З 1999 року в судинній клініці інституту проведено 90 операцій ендovasкулярної ангіопластики і стентування (ЕАС) 87 хворим з атеросклеротичними стенозами сонних і хребтових артерій (75 і 15 втручань відповідно). Групу дослідження склали 82 чоловіка і 7 жінок у віці від 46 до 84 років. У 31 (34,8%) хворого стенотичне ураження поєднувалось з оклюзією магістральних церебральних артерій (МЦА). Клінічні симптоми ішемічних порушень мозкового кровообігу (ПМК) визначені у 71 спостереженнях (82,0%), асимптомний перебіг захворювання — у 16 випадках. До операції стійкий неврологічний дефіцит різного ступеню виразності мав місце у 57 хворих, ішемічні ПМК транзитного характеру — у 14 випадках. Терміни спостереження після втручання склали в середньому 21 місяць. Якість життя хворих оцінювали за шкалою соціальної дезадаптації Ренкіна.

Результати. До операції рівень соціальної дезадаптації хворих мав наступний розподіл: відсутність неврологічних симптомів — 30 спостережень

(асимптомні стенози, транзиторні ішемічні ПМК), I ступінь — 19 хворих, II ступінь — 18, III — 15, IV — 4 хворих, V ступінь — жодного пацієнта. У 8 хворих, яким виконувалися операції на хребтових артеріях, функціональні порушення були обумовлені оклюзіями сонних артерій. В усіх випадках під час втручання вдалося досягти задовільного відновлення прохідності МЦА в ділянці стенотичного ураження. У 7 хворих із стенозами ВСА, спостерігали позитивну динаміку відновлення неврологічних порушень вже у ранньому післяопераційному періоді. При подальшому спостереженні їх рівень соціальної дезадаптації зріс на одну ступінь. Під час виконання ЕАС у 9 хворих розвинулись ускладнення, які негативно вплинули на їх функціональний статус (ішемічні ПМК — 7, інтракраніальна геморагія — 1, соматична патологія — 1), загальна летальність склала 2,2% (2 хворих). Ішемічних ПМК в басейні виконаного втручання при динамічному спостереженні не було зафіксовано.

Висновки. Ендоваскулярна ангіопластика і стентування має високу ефективність у профілактиці ішемічних ПМК при атеросклеротичних стенотичних ураженнях МЦА. У переважній більшості випадків операція не має суттєвого впливу на зміну ступеню соціальної дезадаптації при використанні шкали Ренкіна. Негативним фактором, що впливає на якість життя внаслідок втручання, є ризик інтраопераційних тромбоемболічних ускладнень. При виконанні операції на внутрішній сонній артерії у ранні терміни після ішемічного ПМК у каротидному басейні і відсутності грубих деструктивних змін у мозковій речовині спостерігається значний регрес вогнищевих неврологічних порушень і суттєве покращення якості життя пацієнтів.

Оцінка факторів ризику при ендоваскулярній емболізації церебральних аневризм спіралями і їх вплив на якість життя після операції

Костюк М.Р., Цімейко О.А.

Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,
04050, Київ, вул. Мануїльського, 32.
тел. (044) 486-95-03, e-mail: kostiuk@i.com.ua

Мета. Визначити провідні фактори ризику щодо розвитку інтраопераційних ускладнень при ендоваскулярній емболізації спіралями (ЕЕС) артеріальних мозкових аневризм (АМА) і оцінити їх наслідки.

Матеріали і методи. З 2004 року 84 хворим у віці від 11 до 66 років проведено 92 операції емболізації 86 аневризм спіралями, що відділяються. АМА розташовувалися у вертебро-базиллярному басейні у 37 випадках, у каротидному — в 49 спостереженнях. У 6 випадках втручання виконувались двічі і в одному тричі. Операції після розриву аневризм проводились 73 хворим (у гострому періоді — 34 випадки). Асимптомні аневризми були у 9 хворих, ізольований мас-ефект мав місце у 4 випадках. Результати лікування оцінювались за шкалою наслідків Глазго (ШНГ).

Результати. Повне виключення аневризми при ЕЕС було досягнуто в 27 операціях, субтотальне — у 26 і часткове — у 39 випадках. При виконанні 73 операцій не було інтраопераційних усклад-

нень. Загальна післяопераційна летальність склала 9,8% (9 спостережень) — 1 бал за ШНГ. У 4 випадках смерть була обумовлена тяжкістю стану і глибиною церебральних порушень в результаті інтракраніальної геморагії. Внаслідок тромбоемболічних ускладнень, що розвинулись під час втручання, померло 5 (5,4%) хворих (за рахунок наростання артеріального спазму — 4, крововилив аневризми при виконанні селективного фібрinolізу мав місце у 4 випадках). Тромбоемболічні ускладнення також спостерігалися при проведенні 10 втручань, і в 6 випадках було проведено селективний інтраартеріальний фібрinolізу. Не було порушень в неврологічному статусі на момент виписки у 8 хворих (5 балів за ШНГ), помірний функціональний дефект — у 2 спостереженнях (4 бали за ШНГ). Серед усіх оперованих на момент виписки не було хворих з тяжкою незворотною інвалідизацією (3 або 4 бали за ШНГ).

Висновки. Методика ЕЕС має високу ефективність при виключенні з кровообігу АМА, локалізація яких важкодоступна для прямого мікрохірургічного втручання. Провідними факторами ризику негативних наслідків втручання є наступні: масивність первинної геморагії, повторні крововиливи, наявність і виразність артеріального спазму, розвиток інтраопераційних тромбоемболічних ускладнень і застосування селективного інтраартеріального фібрinolізу. Розвиток інтраопераційної геморагії при виконанні фібрinolізу, як правило, має фатальні наслідки. У переважній більшості хворих (88%) після проведеної операції відсутні порушення функціонального статусу, які негативно впливають на якість життя.

Оценка качества жизни и результатов лечения у больных с артериовенозными мальформациями вертебро-базиллярного бассейна в резидуальном периоде

Литвак-Шевкопяс С.О., Орлов М.Ю.

Институт нейрохирургии
им. акад. А.П. Ромоданова АМН Украины,
04050 Украина, г. Киев, ул. Мануильского, 32.
Тел. 8(044) 483-06-68, e-mail: kavtil@yandex.ru

Цель. Анализ исходов проведенного лечения у больных с АВМ ВББ.

Выбор оценочных тестов определяется периодом заболевания. Для оценки качества жизни больных после проведенного лечения необходимо анализировать степень остаточных нарушений в резидуальном периоде, что соответствует 12—18 месяцам с момента оказания помощи. При анализе результатов лечения так же учитывалась степень девакуляризации АВМ, как непосредственная задача проводимого хирургического лечения при данной патологии. Для оценки степени нарушения функций и выраженности нарушений жизнедеятельности использовали шкалу Rankin Scale (по J. Rankin, 1957; D. Wade, 2000).

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 62 больных (29 женщины и 33 мужчины, возрастом от 1 года до 50 лет) с АВМ ВББ. Во всех возрастных группах преобладал геморрагический тип клинического течения — 77,5%.

Кроме микрохирургического (МХ) удаления АВМ-19, использовались: эндоваскулярная (ЭВ) эмболизация у 34, внутрисосудистые оперативные