

Особенности хирургической техники удаления экстрamedулярных интрадуральных опухолей спинного мозга

Косинов А.Э., Слынько Е.И.,
Аль-Кашкич Ияд Исхаг

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины,
Киев
Украина
00380509409600
iyad@mail.ru

Цель: Разработать дифференцированные хирургические доступы и методы микрохирургического удаления экстрamedулярных интрадуральных опухолей спинного мозга на разных уровнях, разработать 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 2003–2009г. было оперировано 200 больных с экстрamedулярными интрадуральными опухолями спинного мозга. Возраст больных варьировал в пределах от 20 до 75 лет. Больные распределены следующим образом: верхнешейный отдел (С0–С3) – 63 больных; нижнешейный отдел (С4–С7) – 21 больных; верхнегрудной отдел (Th1–Th5) – 61 больных; нижнегрудной (Th6–Th10) – 30 больных; груднопоясничной отдел (T11–L2) – 25. Из всех изученных опухолей менингиомы составляли – 55%, а невриномы – 35%, другие опухоли – 10%. Диагностика локализации опухоли проводилась с помощью MRT, КТ, MRT с в/в усилением.

Результаты: Доступ выбирался исходя из нейровизуализирующих исследований. Использованы различные оперативные доступы: задний доступ выполнен у 22 больных, заднебоковой доступ – 145 больных, передний доступ – 6 больных, переднебоковой доступ – 10 больных, Far lateral доступ – 17. Преимущество отдавалось доступами, 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 травматизацию спинного мозга при удалении опухолей вентральной локализации, и повысит результаты лечения таких больных.

Больовой синдром під час виконання ангіопластики і стентування атеросклеротичних стенотичних уражень сонних артерій

Костюк М.Р.

Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова
АМН Украины
Киев
Украина
(044) 486-95-03
kostiuk@i.com.ua

Мета. Визначити взаємозв'язок між розвитком больових відчуттів під час ендovasкулярних операцій ангіопластики і стентування і характером стенотичного ураження сонних артерій (СА), встановити прогностичне значення больового синдрому у розвитку інтраопераційних ускладнень.

Матеріали і методи. З 2003 року проведено 133 операції ангіопластики і стентування атеросклеротичних стенозів СА високого ступеню з використанням саморозкривних стентів 128 хворим із підвищеним ризиком для прямого оперативного втручання (116 чоловіків і 12 жінок у віці від 39 до 84 років). У 5 випадках втручання було виконано на обох СА. Локальний транзиторний біль в шийній області в проекційній ділянці встановленого стенту було відмічено у 6 випадках (4,7%) під час виконання заключного етапу операції – постдилатації встановленого стенту. У 3 хворих протягом нетривалого терміну (до 3 днів після операції) зберігались помірної виразності больові відчуття у відповідній шийній ділянці. Інструментальні методи дослідження включали КТ або МРТ головного мозку, УЗ доплерографію мозкових судин, селективну церебральну ангіографію.

Результати. Біль в шийній області на стороні встановленого стенту спостерігався лише у чоловіків. У 4 випадках стенози були симптомними, ступінь звуження внутрішньої сонної артерії (ВСА) у 5 спостереженнях перевищував 80%, в одному – наближався до 70%, у 2 хворих контралатеральна ВСА була оклюзована. Протяжність стенотичного ураження у всіх випадках перевищувала 15мм (від 15 до 27мм), товщина атеросклеротичної бляшки визначалась в межах від 3,4 до 5,3мм. За своєю щільністю бляшки у більшості спостережень були гетерогенні з переважанням гіпоехогенного компоненту (4 спостереження), ознаки вираженого кальцинозу визначались у 2 випадках. Ускладнень при виконанні операції не було, у 2 хворих мав місце розвиток транзиторної артеріальної гіпотонії після постдилатації. У всіх випадках досягнуто задовільної прохідності ураженої СА, залишкове звуження артерії до 20% визначено у 2 спостереженнях.

Висновки. Розвиток локального болю в шийній області спостерігається відносно рідко під час ендovasкулярних втручань – менше, ніж у 5% хворих. Біль має транзиторний характер і відмічається лише під час роздування балон-катетеру на етапі постдилатації встановленого стенту. До особливостей структурних характеристик атеросклеротичної бляшки слід віднести переважання гіпоехогенного компоненту в її щільності, ступінь звуження СА понад 80% і довжину бляшки понад 15мм. Поява больового синдрому не може розглядатись в якості фактору ризику щодо розвитку інтра- і постопераційних ускладнень (тромбоемболія церебральних артерій, декомпенсовані порушення системної гемодинаміки) і не впливає на ефективність ендovasкулярного відновлення прохідності СА.