

Реконструктивні операції на екстракраніальних відділах сонних артерій

Скорихода І.І., Цімейко О.А., Мороз В.В.

ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Київ
Україна
050-381-08-53
skarohoda@voliacable.com

Захворюваність на ГПМК складає в середньому 200 чоловік на 100 тис. за рік. З них, ішемічні порушення мозкового кровообігу складають до 85% від усіх інсультів. 25-30% - це оклюзійно-стенотичні ураження магістральних церебральних артерій атеросклеротичного генезу. Протягом перших 30 днів відмічаються високі показники летальності (до 20%). Ризик повторного інсульту протягом 5 років при звуженнях просвіту артерії >70% з симптомним перебігом складає до 35%, з безсимптомним – до 11%.

Мета. Оптимізація хірургічного лікування хворих з оклюзійно-стенотичними ураженнями екстракраніальних відділів сонних артерій.

Матеріали та методи. За період з 2009 року по даний час в клініці невідкладної судинної нейрохірургії з рентгеноопераційною прооперовано 24 хворих з оклюзійно-стенотичними ураженнями сонних артерій. З них переважну більшість (20) склали чоловіки. Ангіопластика та стентування стенозу сонної артерії ендovasкулярним методом проведено 14 хворим, ендартеректомія – 10.

Результати та їх обговорення. В одному випадку після ендартеректомії виконувалась ревізія післяопераційної рани та видалення гематоми післяопераційного ложа. Помер один хворий, в якого після проведеного стентування виникла внутрішньомозкова гематома, яка була видалена, але післяопераційний стан ускладнився декомпенсацією соматичної патології.

Отже, метою нейрохірургічного лікування патології головного мозку, обумовленої оклюзійно-стенотичними ураженнями, є відновлення кровообігу в зоні ішемії, або, що більш перспективно, попередження розвитку гострих та поступово прогресуючих порушень кровопостачання мозку. Обов'язковою умовою є проведення операцій в спеціалізованій клініці, де рівень ускладнень не перевищує 3-5%.

Эндопротезирование поясничного отдела позвоночника при грыжах межпозвонковых дисков

Соваков И.А., Щедренок В.В.

Российский научно-исследовательский
нейрохирургический институт им. проф. А.Л.
Поленова
Санкт-Петербург
Россия
+7 921 656-14-48
ovm55@yandex.ru

Цель исследования – определение показаний к проведению реконструктивных операций на поясничном отделе позвоночника при грыжах межпозвонковых дисков (МПД).

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения грыж МПД поясничного отдела позвоночника по частоте возникновения в послеоперационном периоде болевого фасет-синдрома и явлений рубцово-спаечного эпидурита в зоне операции в двух группах пациентов: 1) после микродискэктомии с кюретажем полости диска (45 больных) и 2) после восстановления высоты диска с установкой биологического кейджа ОИС РЕЕК фирмы Stryker трансканально, пластикой позвоночного канала искусственной твердой мозговой оболочкой Dura Form фирмы Stryker, введением в зону операции Депо-Медрола 40 мг (21 больной). На этапе предоперационного обследования были произведены МРТ и МСКТ поясничного отдела позвоночника с оценкой степени компрессии корешка спинномозгового нерва МПД, обызвествленной передней продольной связкой, гипертрофированной желтой связкой, остеофитами в зоне корешка и варикозно расширенными эпидуральными венами. В зависимости от вида и степени стеноза позвоночного канала и канала спинномозгового корешка определяли способ реконструктивного эндопротезирования позвоночного канала.

Результаты и их обсуждение. Среди больных, которым была произведена типичная микродискэктомия, частота возникновения болевого фасет-синдрома в течение первых 3 лет после операции составила 67%, что было обусловлено снижением высоты МПД и, как следствие, сужением канала спинномозгового корешка. Развитие явлений рубцово-спаечного эпидурита в зоне операции с формированием болевого корешкового синдрома на протяжении первого года после операции отмечено в 57% наблюдений. Среди пациентов с восстановлением высоты диска и установкой биологического кейджа ОИС РЕЕК фирмы Stryker трансканально и пластикой позвоночного канала искусственной твердой мозговой оболочкой Dura Form фирмы Stryker возникновение болевого фасет-синдрома и явлений рубцово-спаечного эпидурита отмечено не было.

Выводы. Удаление грыжи межпозвонкового диска с восстановлением его высоты позволяет избежать развития болевого фасет-синдрома, а изоляция позвоночного канала от окружающих тканей с помощью искусственной твердой мозговой оболочки снижает риск развития рубцово-спаечного эпидурита.