

Эндоваскулярное реконструктивное лечение каротидно-кавернозных соустьий

Чередниченко Ю.В., Мирошниченко А.Ю.,
Зорин Н.А.

Днепропетровская областная клиническая больница,
Днепропетровская государственная медицинская
академия

Днепропетровск
Украина
0563751532
yuritch@ua.fm

Цель. Оценить эффективность эндоваскулярных методов в лечении каротидно-кавернозных соустьий.

Материалы и методы. В нашей клинике эндоваскулярно оперировано 17 больных с каротидно-кавернозными соустьями. У 15 пациентов ККС были посттравматическими и сочетались с переломами основания черепа. У 3 пациентов ККС были спонтанными, вследствие разрыва аневризмы кавернозного сегмента. 17 пациентам произведено 18 эндоваскулярных операций. В 16 наблюдениях ККС разобщено отделяемыми баллон-катетерами реконструктивно. Лишь в 2 наблюдениях ККС выключены деконструктивно отделяемыми баллон-катетерами, когда дефект в стенке внутренней сонной артерии был слишком велик (до 1/2 окружности внутренней сонной артерии). Деконструктивное выключение проводилось после тщательной оценки резервов коллатерального церебрального кровоснабжения. В одном наблюдении через 6 месяцев после реконструктивного разобщения ККС, в кавернозном сегменте внутренней сонной артерии образовалась гигантская диссекционная аневризма, что клинически проявилось псевдотуморозным синдромом (синдромом кавернозного синуса). Аневризма выключена реконструктивно посредством имплантации графт-стента во внутреннюю сонную артерию на уровень шейки аневризмы.

Результаты и их обсуждение. Регресс клинических проявлений каротидно-кавернозных соустьий отмечался в значительной степени уже непосредственно в раннем послеоперационном периоде. Осложнений не отмечалось. Деконструктивные выключения ККС выполнялись после выяснения состоятельности коллатерального церебрального кровоснабжения и не приводили к ухудшению в неврологическом статусе. Диссекционная аневризма в кавернозном сегменте внутренней сонной артерии, возникшая через 6 месяцев после разобщения ККС, успешно реконструктивно выключена графт-стентом, так как коллатеральный церебральный кровоток в этом наблюдении был несостоятельным, и деконструктивное выключение аневризмы несло повышенный риск ишемических осложнений.

Выводы. Использование рентгенэндоваскулярных технологий позволяет успешно и в большинстве случаев реконструктивно выключать каротидно-кавернозные соустья.

Этапы становления хирургического лечения височной эпилепсии в Харьковском НИИ неврологии: от классической лобэктомии до индивидуально минимизированных резекционных вмешательств

Черненко В.Г., Сербиненко И.А., Бондарь Б.Е.,
Посохов Н.Ф.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины»
Харьков
Украина
(057) 738-31-66
mposokhov@gmail.com

Харьковский опыт хирургического лечения 145 больных с очаговой височной эпилепсией позволяет с позиций мультидисциплинарного подхода и содержательной логики выделить 3 этапа.

I этап (1971 – 1977гг) – по инициативе А.П. Ромоданова и Я.В. Пишеля, был организован 2-ой в Украине центр по освоению при височной эпилепсии стандартных лобэктомий по Пенфилдуду, осуществлявшихся (N=68) с применением ЭКоГ, ЭСКоГ.

II этап (1977- 1988 гг.) обозначился началом изменения парадигмы «стандартной височной лобэктомии» в пользу индивидуализированных минимизированных резекций. Во время внедрения на базе ХГБСМП операций при мешотчатых аневризмах сосудов виллизиева круга параллельно открылись перспективы отработки базальных коридоров подхода к миндалевидно-гиппокамальному комплексу. При височной эпилепсии это позволило ограничить во многих случаях объем стандартной лобэктомии и минимизировать резекцию перифокальной зоны(N=12). Данный переходный процесс для большинства остался незамеченным, что одновременно привело в Харькове к системно организованному противодействию, как в отношении открытых операций по поводу мешотчатых аневризм сосудов головного мозга (якобы в пользу «божественной» эндоваскулярной хирургии), так и отрицанию «классических» открытых вмешательств при эпилепсии в пользу стереотаксических методов.

III этап (1988-2010) характеризуется возрастающим количеством противэпилептических препаратов, увеличивающимся числом эпилептологов, с сохраняющимся непониманием разницы между лоботомией при психирургии и височной лобэктомией при эпилепсии. Возможно, в связи с этим отсутствуют удовлетворяющие неврологов, психиатров и хирургов стандарты показаний и больные на оперативное лечение не направляются. За последние 20 лет было прооперировано «случайно» относительно небольшое количество больных(N=65). Однако, совершенствование в ГУ «ИНПН АМНУ» нейровизуализационных методов диагностики очаговых поражений головного мозга, дальнейшая разработка различных субфронально-птерионально-темпоральных подходов, способствовала совершенствованию микрохирургической инженерии, отходу от представлений стандартной лобэктомии в пользу индивидуализированного реконструктивизма открытых резекционных операций у больных височной эпилепсией. Это вселяет надежду на сглаживание недопонимания между неврологами и хирургами в представлениях, как на проблему хирургического лечения височной эпилепсии, так и «функциональной нейрохирургии» в целом.