

Органосохраняющие принципы в современной базальной нейроонкологии

Могила В.В., Ромоданов С.А.

Крымский Государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского
г.Симферополь
Украина
0652442677
igor_fursov66@mail.ru

Цель: совершенствование органосохраняющих методов в базальной нейроонкологии.

Материалы, методы: анализировались результаты хирургического лечения у 120 больных с опухолями основания черепа, с использованием органосохраняющих принципов. Обсуждения: современные хирургические доступы к опухолям основания черепа характеризуются сложностью и обширностью вмешательства. Однако в послеоперационном периоде у этих больных отсутствуют косметические и функциональные дефекты. Это обусловлено совершенствованием знаний по микрохирургической анатомии и современным техническим обеспечением в виде скоростных пил, боров и дрелей, позволяющих минимизировать повреждение костных структур. Органосохраняющие принципы оперативных вмешательств прослежены на примере удаления новообразований медиобазальной локализации, растущих в кавернозный синус. При этом используется в основном в два доступа: а) трансназальный; б) орбитозигоматический. При трансназальном доступе формируется лобно-височный костный лоскут, который у ряда больных дополняется выпилением скуловой дуги. Передний распил выполняется параллельно латеральному краю орбиты, задний – кпереди от суставного бугорка височной кости. В конце операции оба костных лоскута (лобно-височной и скуловая дуга) укладываются на место и фиксируются. При использовании орбитозигоматического доступа вначале выпиливается лобно-височный костный лоскут, а затем с помощью специального режущего инструмента формируется орбитозигоматический лоскут с распилами скуловой дуги кпереди от суставного бугорка височной кости, тела скуловой кости до нижней глазничной щели, крышки орбиты со стороны передней черепной ямки, большого крыла клиновидной кости от верхней до нижней глазничной щели. В конце операции полностью восстанавливаются контуры лицевого скелета.

Заключение: использование в современной базальной нейроонкологии специальной техники и навыков подобных операций позволяет исключить у больных в послеоперационном периоде косметические и функциональные дефекты.

Результаты хирургической помощи пациентам с аневризматическим субарахноидальным кровоизлиянием в условиях Регионального сосудистого центра Ставропольского края. Факторы, влияющие на исход

Можейко Р.А., Слетков Н.А., Катасонов А.Г., Богатырева М.Д., Белоконов О.С., Гриднев Е.С., Шатохин А.А., Елисеев В.В., Зуенко А.А., Шевченко О.В., Татаркин А.А., Денисенко Ю.В., Дьяченко А.Ф.

Ставропольский краевой клинический центр
специализированных видов медицинской помощи
Ставрополь
Россия
+79054415476
vve87@mail.ru

Цели исследования: оценить результаты хирургической помощи пациентам с субарахноидальным кровоизлиянием аневризматического генеза (аСАК) в условиях регионального сосудистого центра Ставропольского края (РСЦ СК), выявить факторы, влияющие на исход указанного заболевания.

Материал и методы исследования: ретроспективное когортное исследование пациентов, оперированных по поводу аСАК, госпитализированных в РСЦ СК в период с мая 2009 года по март 2010 года; фактором исключения явился информированный отказ больного аСАК от оперативного лечения.

Результаты: в период с мая 2009 года по март 2010 года в условиях РСЦ СК было оказана хирургическая помощь 30 пациентам с аСАК, что составило 45% (30/67) от всех больных САК независимого от генеза последнего; соотношение мужчин к женщинам составило 1,3/1 (17/13 соответственно), средний возраст – 47 лет (28 – 67 лет). У 27% (8/30) пациентов с аСАК в момент вмешательства тяжесть состояния расценена по шкале Hunt – Hess I – II, у 47% (14/30) – Н-Н III, у 16% (5/30) – Н-Н IV, у 10% (3/30) – Н-Н 0. Из 27 больных с разрывами оперированы в среднем на 4 сутки (1 – 17) постгеморрагического периода. Причиной САК в 48% (13/27) явилась аневризма ПМА-ПСА комплекса, в 26% (7/27) – аневризма СМА, в 26% (7/27) – аневризма различных сегментов ВСА; множественные аневризмы выявлены у 6 пациентов (20%).

Из 30 пациентов, которым была оказана хирургическая помощь, в 70% (21/30) выполнено микрохирургическое клипирование шейки аневризмы, в 30% (9/30) – эндоваскулярная окклюзия аневризмы отделяемыми микроспиралями.

Критериями отбора пациента на внутрисосудистое вмешательство служили: а) тяжесть состояния Н-Н IV с высоким риском повторного разрыва (5 пациентов), б) труднодоступная для открытого хирургического доступа локализация аневризмы – клиновидный и офтальмический сегменты ВСА (4 пациента). Общая послеоперационная летальность составила 10% (3/30).

Выводы: а) выключение аневризмы из кровотока (микрохирургия или эндоваскулярное вмешательство) является единственной лечебной модальностью, предотвращающей повторный разрыв аневризмы; б) факторами, определяющими отрицательный исход аСАК, являются: высокая степень Н-Н, возраст, острая окклюзионная гидроцефалия, наличие внутримозговой гематомы, приводящей к поперечной дислокации более 5 мм; в) внутрисосудистая окклюзия аневризмы в остром периоде разрыва может рассматриваться как в качестве самостоятельного метода при труднодоступной для открытой хирургии локализации аневризмы, так и в качестве дополнительного метода при высокой (Н-Н IV) степени тяжести пациента.