

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
Українська асоціація нейрохірургів
Асоціація дитячих нейрохірургів України
Асоціація нейрохірургів Закарпатської області
Ужгородський Обласний клінічний центр нейрохірургії та неврології



З'їзд нейрохірургів України

Ужгород, 2013
25-28 червня 2013 року



Ранні та віддалені результати декомпресивної трепанації черепа при злякисній формі ішемічного інсульту з набряком та дислокацією головного мозку

Потапов О.І.¹, Мартин А.Ю.², Гринів Ю.В.¹, Фірман П.В.², Вацеба М.О.², Черняк О.В.²

¹ Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-Франківськ, Україна

² Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, Івано-Франківськ, Україна

Ціль: покращити результати лікування ішемічного інсульту.

Матеріал та методи: Нам на протязі останніх п'яти років спостерігалось 12 хворих з обширним півкульним ішемічним інсультом головного мозку, які поступили в обласну клінічну лікарню. Строки захворювання від декількох годин до 3-х діб від початку виникнення симптомів, вік хворих коливався від 45 до 65 років. Хворим відразу після огляду невропатолога проведено КТ головного мозку та призначено відповідну консервативну терапію. На протязі 2-3 діб лікування покращення стану не спостерігалось, наростало порушення свідомості до сопору та коми, збільшився неврологічний дефіцит. На повторній КТ головного мозку виявлялося поряд із значним вогнищем ішемії виражений набряк головного мозку із дислокація серединних структур головного мозку від 6мм до 1,5см.

Результати та їх обговорення: До злякисного ішемічного інсульту ми відносимо випадки порушення мозкового кровообігу що охоплюють більше 2/3 зони кровопостачання СМА із прогресуючим розвитком на 2-4 добу, з моменту початку захворювання, вираженого півкульного набряку мозку, а клінічна картина супроводжується пригніченням свідомості, порушення функції дихання, системної гемодинаміки, поглиблення вогнищевої неврологічної симптоматики в динаміці. Всім хворим проведено обширну декомпресивну трепанацію черепа ~10x12см над ділянкою ішемії головного мозку із зашиванням кісткового фрагменту в м'які тканини передньої черевної стінки, операція дозволила знизити внутрічерепний тиск, покращити кровопостачання у зоні ішемії. У всіх випадках отриманий суттєвий позитивний результат у рівні свідомості. Що торкається розладів з боку рухової сфери та мови то їх покращення відмічено лише у віддаленому періоді після захворювання. Летальних наслідків після трепанації черепа не було, що пов'язане скоріш з малою кількістю спостережень. Віддалений період від 6 до 18 місяців прослідкований у 8-х хворих, яким проведено пластику дефекту кісток черепа. У 6-ти оглянутих хворих частково відновилися функції нижньої кінцівки з можливістю ходити із підтримкою, з'явилися рухи у верхній кінцівці, порушення мови залишилося у вигляді часткової моторної афазії. У 2-х хворих залишилися значно виражені моторні розлади.

Висновки: 1. Обширна декомпресивна трепанація черепа є методом вибору при злякисному перебігу масивних ішемічних інсультах з ознаками дислокаційного синдрому та дозволяє в багатьох випадках зберегти життя пацієнтів і покращити функціональні наслідки.

2. Великих розмірів (120-140см³) ішемічний інсульт, встановлений при первинній КТ головного мозку може бути розцінений як можливий злякисний текучий процес і тому декомпресивна трепанація черепа може бути проведена до ознак дислокаційного синдрому.

Результаты работы эндоваскулярной сосудистой группы нейрохирургической клиники харьковской областной больницы за 2008-2012 годы

Пятикоп В.А.¹, Котляревский Ю.А.², Кутовой И.А.¹, Сергиенко Ю.Г.¹, Пшеничный А.А.², Набойченко А.Г.¹

¹ Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

² Харьковская областная клиническая больница - Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, Харьков, Украина

Цель: улучшение результатов лечения больных с сосудистой патологией центральной нервной системы с применением эндоваскулярных методов.

Материалы и методы. Нейрохирургическая клиника ХОКБ располагает всем необходимым лечебно-диагностическим арсеналом, включая наличие ангиографической установки, что позволяет следовать «золотому стандарту» нейрососудистой хирургии. Однако сфера применения эндоваскулярных методик не ограничивается лишь сосудистой патологией.

Основные направления применения методик и количество выполненных вмешательств:

- эмболизация артериальных аневризм (АА) – 105;
- эмболизация артерио-венозных мальформаций (АВМ) – 48;
- эмболизация каротидно-кавернозных и артерио-синусных соустьев – 21;
- девакуляризация опухолей головного мозга с интенсивным кровоснабжением – 31;
- эндоваскулярное лечение стенотических поражений экстра- интракраниальных отделов магистральных артерий головы и шеи – 22;
- купирование экстрацеребральных сосудистых патологических состояний (профузные носовые кровотечения, опухоли придаточных пазух носа, гемангиомы лица) – 11.

Результаты и их обсуждение. Тотальная эмболизация достигнута в 70 % случаев АА. Две аневризмы прооперированы с применением стент-ассистирующей техники.

Результаты эндоваскулярного лечения АВМ зависели от морфометрических характеристик самой мальформации, характера ее кровоснабжения, а также от технического обеспечения и вида эмболизирующих агентов.

Больные с прямыми каротидно-кавернозными соустьями (11) прооперированы с применением отделяемых баллонов «GoldBalloon» BALT. Непрямые артерио-синусные соустья (10) выключали с помощью клеевых композитов.

У больных с опухолями головного мозга, по результатам контрольной ангиографии, проведенную эмболизацию расценивали как тотальную в 49 % случаев.

Из 22 больных, прооперированных по поводу стенотических поражений магистральных артерий головы, у 2 больных проведено стентирование интракраниальных сегментов.

Так же с помощью клеевых композитов произведены эмболизации больным с профузными носовыми кровотечениями, обильноваскуляризированными опухолями придаточных пазух носа и гемангиомами лица.

Выводы. На сегодняшний день, эндоваскулярная нейрохирургия заняла уверенное и заслуженное место в арсенале современных методов борьбы не только с нейрососудистой патологией, но и со значительным количеством нейроонкологических проблем.

Только осмысленное, рациональное и детально взвешенное использование методов интервенционной нейрорадиологии может быть ключом к успеху хирурга и благополучию пациента.

Частота рестенозов после операций на каротидном бассейне, подходы к лечению

Родин Ю.В., Яснопольская Н.В., Юсупов Р.Ю.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины, Донецк, Украина

Согласно рекомендациям ESVS 2009 года, всем больным с инструментально подтвержденным более чем 50% каротидным стенозом в течение 2 недель с момента возникновения симптоматики показано выполнение каротидной эндартерэктомии (КЭ). У пожилых пациентов, КЭ значительно превосходит по безопасности ангиопластику со стентированием (Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack. AHA/ASA, 2010). Согласно мировой статистике, число рестенозов на протяжении первого года после операции составляют 6,2%, а на протяжении жизни – 10%. Из них некритические встречаются в 7,9% случаев, полная окклюзия зоны реконструкции наблюдается в 0,5%.

Цель работы: оценить частоту развития рестенозов у пациентов после каротидной эндартерэктомии (КЭ).

Материалы и методы: исследуемую группу составили 975 пациента, оперированных в отделении хирургии сосудов ГУ ИНВХ им. В.К. Гусака НАМН Украины за период с 2001 по 2011гг. Из них 649 оперированы по поводу каротидного стеноза на фоне атеросклероза, 326 (33,4 %) - извитости сонных артерий. Больным с атеросклеротическим стенозом в 368 случаях (56,7%) выполнялась эверсионная каротидная эндартерэктомия, 281 пациенту (43,3%) эндартерэктомия с пластикой синтетической заплатой из политетрафторэтилена. Пациентам с извитостями сонных артерий преимущественно производились резекции с редрессацией сонной артерии 290 (88,9%), а также протезирования внутренней сонной артерии 36 (11,1%). Возраст больных на момент операции составлял от 49 до 79 лет (средний возраст 62,1±1,3). Согласно установленному в клинике протоколу, всем пациентам