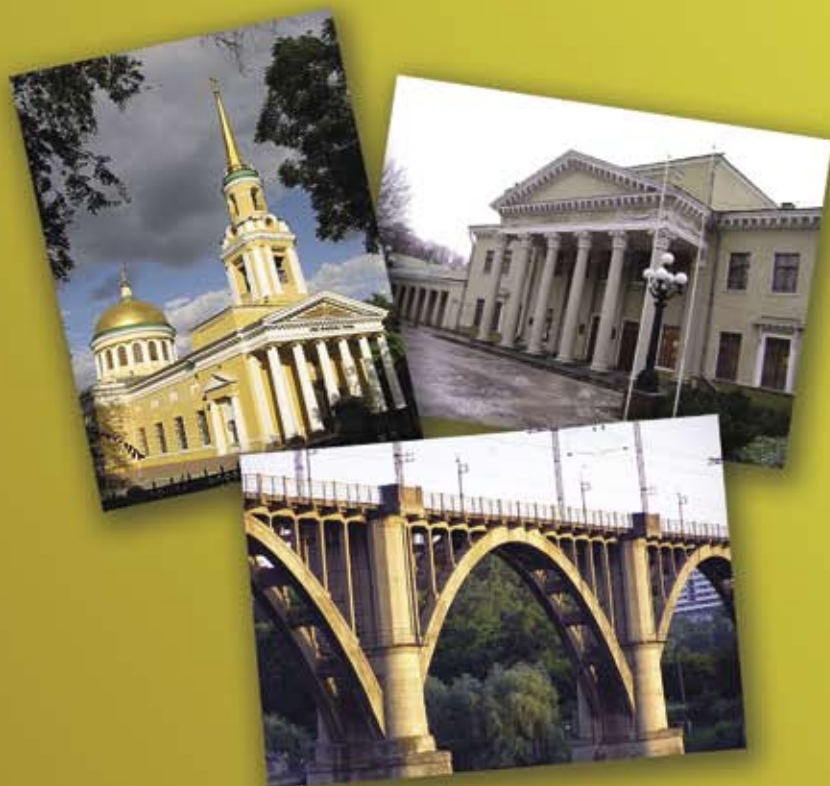


IV з'їзд нейрохірургів України

*м. Дніпропетровськ
27–30 травня 2008 року*

Матеріали з'їзду



Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
ДУ «Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова АМН України»
Головне управління охорони здоров'я
Дніпропетровської облдержадміністрації
Дніпропетровська державна медична академія
Українська Асоціація Нейрохірургів
Нейрохірургічна Асоціація Дніпропетровської області

Матеріали IV з'їзду нейрохірургів України

м. Дніпропетровськ

27–30 травня 2008 року

*Генеральний спонсор **Nucomed***

Дніпропетровськ — 2008

IV з'їзд нейрохірургів України (Дніпропетровськ, 27–30 травня 2008 р.):
Матеріали з'їзду // Дніпропетровськ, 2008. — 256 с.

Редакційна колегія:

Зозуля Ю.П., Зорін М.О., Дзяк Л.А., Цимбалюк В.І., Лапоногов О.О.,
Лісяний М.І., Орлов Ю.О., Педаченко Є.Г., Розуменко В.Д., Сапон М.А.,
Слинько Є.І., Степаненко І.В., Усенко Л.В., Цімейко О.А., Чеботарьова Л.Л.,
Чепкій Л.П., Чувашова О.Ю.

Підготовка матеріалів до друку, дизайн та верстка *Никифорова А.М.*

Підписано до друку з оригінал-макета 07.05.2008
Формат 60×84¹/₈
Папір офсетний №1
Тираж 500

Зміст

Нейротравма.....	4
Спинальна нейрохірургія	31
Судинна нейрохірургія.....	73
Нейроонкологія.....	94
Нейрохірургія дитячого віку	125
Хірургія периферичної нервової системи та відновлювальна нейрохірургія.....	145
Функціональна нейрохірургія.....	160
Нейровізуалізація і нейроелектрофізіологія.....	166
Нейроанестезіологія та інтенсивна терапія.....	182
Нейрореабілітація і якість життя хворих.....	191
Фундаментальні нейронауки	204
Організація нейрохірургічної служби	217
Історія та етика в нейрохірургії	223
Перелік тез	226
Алфавітний показчик	243

П

Хірургія сонних артерій – чи може вона бути абсолютно безпечною?**Смолянка В.І.**

Ужгородський національний університет, обласний центр нейрохірургії та неврології, м.Ужгород, vsmolanka@gmail.com

Безпека при проведенні хірургічних втручань на екстракраніальних відділах сонних артеріях залишається актуальною, оскільки рівень післяопераційних ускладнень при вторинній хірургічній профілактиці ішемії головного мозку не має перевищувати 6%. Передумови для виникнення післяопераційної ішемії мозку закладено в самій методиці оперативного втручання (виділення та мобілізація артерії, тимчасова оклюзія сонних артерій, встановлення внутрішньокаротидного шунта, зашивання стінки загальної та внутрішньої сонної артерій). Необхідність подальшого зменшення кількості ускладнень вимагає постійного вдосконалення методики операції.

Метою роботи є розробка заходів, направлених на зниження ризику хірургічних втручань при оклюзійно-стенотичних ураженнях екстракраніального відділу сонної артерії.

Матеріали та методи. Піддано аналізу результати 47 послідовних реконструктивних операцій на сонних артеріях у хворих, що перенесли ішемічне ураження головного мозку. В передопераційний період хворі обстежені з допомогою комп'ютерної томографії (магнітно-резонансної томографії), дуплексного сканування і ангиографії. Всім хворим проведено оцінку можливості колатерального кровоплину з допомогою транскраніальної доплерографії

та тест на толерантність до тимчасової оклюзії сонних артерій (каротидний тест з ЕЕГ). Втручання виконано з використанням операційного мікроскопу під контролем транскраніальної доплерографії (визначалася лінійна швидкість кровотоку в гомолатеральній середній мозковій артерії). 42 хворим з стенозом сонної артерії більше 50% виконано мікроендартеректомію, 5 з подовженням сонної артерії – резекцію з накладенням анастомозу «кінець в біфуркацію». Всі хворі оперовані під загальним знеболенням, середній час тимчасового інтраопераційного перетиснення сонних артерій складав 32 хвилини.

Результати. В післяопераційному періоді у жодного пацієнта не відмічалася поглиблення неврологічного дефіциту. Проведений катамнез (середній термін спостереження 2 роки 6 місяців) не виявив жодного випадку ішемії мозку. В наступному всі хворі отримували анти-тромботичну терапію.

Висновки. Хірургічна реконструкція сонних артерій при оклюзивно-стенотичній патології сонних артерій може бути цілком безпечною при умові ретельного передопераційного обстеження, виконання операції під операційним мікроскопом та інтраопераційного моніторингу мозкового кровоплину.

Хірургічне лікування артеріальних аневризм головного мозку: аналіз 100 випадків

Смоланка В.І., Буцко Є.С., Гаврилів Т.С., Пехньо І.І., Потокій А.О.

Ужгородський національний університет, обласний центр неврології та нейрохірургії, Ужгород, vsmolancka@gmail.com

Мета дослідження: визначити закономірності результатів хірургічного лікування хворих з інтракраніальними аневризмами, залежно від їх локалізації та стану хворого при поступленні в стаціонар

Матеріали та методи: представлені результати оперативного лікування 100 хворих з інтракраніальними аневризмами, що знаходились на лікуванні в ОЦНН м. Ужгорода. «Відкрите» оперативне втручання проведено 81 хворому, ендovasкулярне виключення аневризм виконано 19 пацієнтам. У чотирьох хворих оперовано множинні артеріальні аневризми (у трьох – по дві, у одного – 3). Розподіл внутрішньочерепних аневризм за локалізацією був наступним: передня мозкова – передня сполучна артерії – 41, внутрішня сонна артерія – 33, середня мозкова артерія – 21, хребцева артерія/задня нижня мозочкова артерія – 4, біфуркація основної артерії – 4, задня сполучна артерія – 2.

Стан хворих при поступленні оцінювався за шкалою Hunt-Hess, результати лікування – згідно Glasgow Outcome Scale.

Результати: стан хворих при поступленні відповідно до шкали Hunt-Hess дорівнював 2.5 ± 0.1 . Хороші та задовільні результати лікування (GOS I, GOS II) становили 85%. 51 (78%) хворий з аневризмами переднього півкільця оперовані «відкритим» методом, післяопераційна летальність при цьому – 9%, 5 хворих (71%) з аневризмами заднього півкільця оперовані ендovasкулярно (післяопераційна летальність – 14%)

Стан хворих при поступленні за шкалою Hunt-Hess дорівнював: НН 0 – 2 хворих (2%), НН I – 42 хв. (42%), НН II – 44 хв. (44%), НН III – 9 хв. (9%), НН IV – 3 хв. (3%). Загальна післяопераційна летальність при операціях на аневризмах судин головного мозку дорівнювала 9% (з них при «відкритій» хірургії – 8.4%, ендovasкулярній – 11%). Хороші та задовільні результати лікування (GOS I, GOS II) становили 83%. 64 хворих з аневризмами

переднього півкільця оперовані «відкритим» методом (післяопераційна летальність при цьому – 10.6%), 12 (12%) хворих оперовані ендovasкулярно (післяопераційна летальність – 8%), щодо заднього півкільця – то 5 хворих оперовані ендovasкулярно (післяопераційна летальність – 20%), 5 – виконано кліпування аневризм (післяопераційна летальність 0%) Вихід хворих після хірургії аневризм становив: при НН 0: GOS I – 2 хв. (100%), при НН I: GOS I – 35 хв. (83%), GOS II – 7 хв. (17%), GOS III-V – 0 хв., при НН II: GOS I – 11 хв. (25%), GOS II – 25 хв. (57%), GOS III – 5 хв. (11%), GOS IV – 0 хв., GOS V – 3 хв. (7%), при НН III: GOS I – 1 хв. (11%), GOS II – 2 хв. (22%), GOS III – 1 хв. (11%), GOS IV – 0 хв., GOS V – 5 хв. (56%), при НН IV: GOS I – 0 хв., GOS II – 0 хв., GOS III – 1 хв. (34%), GOS IV – 0 хв., GOS V – 2 хв. (66%).

Висновки. Хороші результати лікування прямо пропорційно залежать від стану хворого при поступленні та перед хірургічним лікуванням за шкалою Hunt-Hess. Найбільш несприятливими факторами є кровилив у шлуночки, повторні крововиливи, важкий стан хворих.