



НАУЧНА ПРОГРАМА

XXVIII НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НЕВРОХИРУРГИЯ

4 - 6 Октомври, 2019
РИУ Правец Ризорт, Правец

www.bns2019.neurosurgery.bg

Хирургично лечение на Spetzler-Ponce A, B и малкомозъчни артериовенозни малформации.

Спириев Т.¹, Милев М.¹, Лалева Л.¹, Алиоски Н.^{1,3}, Младенов Н.², Гергелчев Н.¹,

Стоянов Ст.¹, Цеков Хр.¹, Наков Вл.¹

1. Клиника по неврохирургия, “Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница”, гр. София

2. Клиника по анестезиология и реанимация, “Аджибадем Сити Клиник Токуда Болница”, гр. София

3. Клиника по неврохирургия, УМБАЛ “Св. Анна”, гр. София

Увод

Мозъчните артериовенозни малформации (АВМ) са рядко срещано, комплексно заболяване на мозъка, чието лечение изисква интердисциплинарен подход. В зависимост от специфичните си характеристики те могат да бъдат третирани посредством хирургично отстраняване, ендоваскуларна оклузия, радиотерапия или комбинация от тези методи. В настоящия доклад представяме нашият опит и резултати от хирургично лечение на мозъчни артериовенозни малформации.

Материали и методи

За периода 2015-2019г бе проведено оперативно лечение при 14 (8 мъже; 6 жени) пациента, средна възраст 40 години (25-62). Единадесет пациента са диагностицирани с артериовенозна малформация, степен А и В по класификация на Spetzler-Ponce, трима пациента са с малкомозъчни АВМ. Трима от пациентите бяха провели предоперативно ендоваскуларно лечение. Петима (36%) от пациентите бяха със симптоми на епилепсия и шест (43%) с кръвоизлив, останалите трима (21%) с главоболие. При всички пациенти са проведени диагностична предоперативна конвенционална ангиография, КТ и ЯМР както и проследяване с ЯМР.

Резултати

При всички пациенти бе постигната цялостна резекция на малформацията, верифицирано на постоперативните образни изследвания. При девет пациента (64%) не се отчете неврологично утежняване, при трима (22%) пациента имаше преходни говорни нарушения, при 1 пациент (7 %) имаше остатъчна частична моторна афазия, един пациент (7 %) почина вследствие развитие на постоперативен, рефрактерен на антибиотично лечение, вентрикулит. При един от пациентите, поради персистиране на епилептични прояви, бе проведена повторна хирургична интервенция с цел отстраняване на епилептогенно огнище. Един пациент бе третиран за асептичен менингит. Двама пациента бяха реоперирани поради развитие на постоперативен епидурален кръвоизлив, един поради късно ранево възпаление.

Заклучение

Хирургичното лечение на мозъчни и малкомозъчни артериовенозни малформации е комплексно и изисква значителен опит, както в съдовата неврохирургия така и в постоперативното реанимационно лечение на болните и поставя високи изисквания пред екипа. Основното предимство на хирургията при лечението на това вискорисково заболяване, е възможността за едновременно дефинитивно отстраняване на малформацията с относително нисък траен постоперативен морбидитет и морталитет, което е осъществимо само при прецизна селекция на пациентите и добро предоперативно планиране.

Селективна дорзална ризотомия за лечение на спастична долна парапареза при дете с тежък туберкулезен спондилит – доклад на случай

Габровски К., Минкин К., Каразапрянов П., Христов Хр., Каракостов В.

Клиника по неврохирургия, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, гр. София

Въведение

Приложението на селективната дорзална ризотомия (СДР) при спастичитет, причинен от медуларна компресия е рядко докладвано в литературата, а конкретното му приложение при пациент с болест на Пот не е описвано.

Клиничен случай

Представяме дете страдащо от тежък туберкулезен спондилит, диагностицирано на 3 годишна възраст. Към момента на диагнозата детето бе с ангажиране на 5 средно торакални прешлена с тежка кифотична деформация в сегмента (>60°), пре- и паравертебрални абсцеси, както и голям епидурален абсцес, оказващ значителна медуларна компресия, с долна спастична параплегия с голяма давност - 5 месеца. Осъществи се 360-градусова декомпресия на гръбначния мозък, съчетана с корекция на кифозата посредством инструментация с педикулни винтове и интервертебрален титаниев имплант. Следоперативно настъпи бързо (в рамките на 3 месеца) подобрене на долната парапареза (до 4/5 мускулна сила), и възможен изправен стоеж с подкрепа, но придружени от тежък спастичитет за долните крайници – еквиноварусни деформации в глезенните стави, флексионни контрактури – в коленните и по-слабо изразени аддукторни в тазобедрените стави.