

**Конференція «Нові тенденції в нейрохірургії»
з лекційним курсом ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»**

в рамках

24-ї міжнародної виставки «Охорона здоров'я»

Київ

30 вересня 2015 року

Програма

Тези доповідей



**Конференція «Нові тенденції в нейрохірургії»
з лекційним курсом ДУ «Інститут нейрохірургії
ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»**

в рамках

24-ї міжнародної виставки «Охорона здоров'я»

Київ

30 вересня 2015 року

Програма

Тези доповідей

Конференція «Нові тенденції в нейрохірургії» з лекційним курсом ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» в рамках 24-ї міжнародної виставки «Охорона здоров'я» (Київ, 30 вересня 2015 року). Програма. Тези доповідей // Київ: Українська Асоціація Нейрохірургів, 2015. — 36 с.

Видавець

Українська Асоціація Нейрохірургів

Адреса видавця та редакції:

04050, Київ-50, вул.Платона Майбороди, 32

Тел. +380 44 483-91-98

Факс +380 44 483-95-73

E-mail: unj.office@gmail.com

www.neuro.kiev.ua/journal.html

Підписано до друку

з оригінал-макета 25.09.15

Формат 60×90/16. Папір офсетний №1

Тираж 150 прим.

Надруковано в друкарні ТОВ «Задруга»

04080, м.Київ, вул. Фрунзе, 86

тел. +380 44 239-19-85

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи

ДК № 2000 від 03.11.04

Підготовка до друку

Никифорова А.М.

Усі права стосовно опублікованих матеріалів належать їх авторам.

Розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за достовірність інформації, що міститься в друкованих матеріалах, несуть автори.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець.

Зміст

Програма конференції	4
Тези доповідей	7
Перелік тез доповідей	33
Алфавітний показчик	35

Конференція «Нові тенденції в нейрохірургії» з лекційним курсом ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»

в рамках 24-ї міжнародної виставки «Охорона здоров'я»

30 вересня 2015 року

Тематика

- Пухлини гіпофіза. Мікрохірургічне, ендоскопічне і радіохірургічне лікування
- Ангіокаверноми головного мозку. Радіо- та мікрохірургічне лікування
- Сучасні методи лікування в нейрохірургії та суміжних галузях

Місце та час проведення

Київ, Броварський проспект, 15
Міжнародний виставковий центр
Конференц-зал №9
10:00-18:00

Організатори

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України»
Українська Асоціація Нейрохірургів

Програма конференції

Секція 1. Пухлини гіпофіза. Мікрохірургічне, ендоскопічне і радіохірургічне лікування. Модератори: Гук М.О., Чувашова О.Ю., Гук А.П.

- 10.00-10.20 Сучасна трансфеноїдальна нейрохірургія. Міфи та реальність (лекція)
Гук О.М., Гук М.О., Даневич О.О., Мумлев А.О., Яцик В.А., Закардонцев В.О., Плавський П.М., Михалюк В.С.
- 10.20-10.40 Радіохірургічне лікування аденом гіпофіза (лекція)
Чувашова О.Ю.
- 10.40-11.00 Ендоскопічне ендоназальне видалення макро- та гігантських аденом гіпофіза з поширенням на кавернозний синус на клиноподібну пазуху (лекція)
Гук А.П., Паламар О.І., Аксьонов Р.В., Оконський Д.І., Тесленко Д.С.
- 11.00-11.10 Інвазивні аденоми гіпофіза: морфологічне обґрунтування топографо-анатомічних особливостей (доповідь)
Черненко О.Г., Малишева Т.А., Іванова О.М., Васлович В.В., Гук М.О.
- 11.10-11.30 Обговорення доповідей. Дискусія.
- 11.30-12.00 *Перерва*

Секція 2. Ангіокаверноми головного мозку. Радіо- та мікрохірургічне лікування. Модератори: Яковенко Л.М., Грязов А.Б., Возняк О.М.

- 12.00-12.20 Успіхи діагностики та сучасні можливості лікування ангіокаверном головного мозку (лекція)
Яковенко Л.М., Орлов М.Ю.
- 12.20-12.40 Стереотаксична радіохірургія у лікуванні ангіокаверном головного мозку (лекція)
Грязов А.Б.
- 12.40-13.00 Хірургічна тактика при лікуванні кавернозних ангіом головного мозку (лекція)
Возняк О.М., Смоланка А.В.

- 13.00-13.10 Стереотаксична роботизована радіохірургія на системі КіберНіж в лікуванні кавернозних ангіом головного мозку (доповідь)
Спіженко Н.Ю., Шкіряк А.А., Бурик В.М., Чеботарьова Т.І., Перекопайко Ю.М.
- 13.10-13.20 Лікувальна тактика симптоматичної епілепсії у хворих з каверномами головного мозку (доповідь)
Костюк К.Р., Медведев Ю.М., Шевельов М.М., Попов А.О., Костюк М.Р., Чебурахін В.В., Канайкін О.М., Дічко С.М.
- 13.20-13.40 Обговорення доповідей. Дискусія.
- 13.40-14.40 *Перерва*

Секція 3. Сучасні методи лікування в нейрохірургії та суміжних галузях.

Модератори: *Педаченко Є.Г., Цимбалюк В.І., Поліщук М.Є.*

- 14.40-15.00 Основні напрямки розвитку сучасної нейрохірургії (за матеріалами 15th Interim Meeting of the World Federation of Neurosurgical Societies) (лекція)
Педаченко Є.Г.
- 15.00-15.20 Ефективність радіохірургії Гамма-ніж в лікуванні захворювань центральної нервової системи (доповідь)
д-р.н.мед. Аркадійш Лех, проф. *Сергіуш Навроцкі, д-р.н.мед. Магдалена Ярош, Анна Мітек, Анна Давідовска*
(Центр Радіохірургії Exira Gamma Knife, Катовіце, Польща; Клініка Радіотерапії, Університетський Центр Окулістики і Онкології, Катовіце, Польща)
- 15.20-15.40 Діагностика та лікування травматичних уражень та захворювань периферійної ланки нервової системи та невгамовних больових синдромів (лекція)
Цимбалюк В.І.
- 15.40-16.00 Сучасні погляди на надання нейрохірургічної допомоги хворим за гострого порушення кровообігу головного мозку (лекція)
Поліщук М.Є.
- 16.00-16.10 Гіпофракційна радіохірургія на системі КіберНіж у лікуванні краніофарингіом (доповідь)
Спіженко Н.Ю., Шкіряк А.А., Бурик В.М., Чеботарьова Т.І., Перекопайко Ю.М.
- 16.10-16.20 Хіміочутливість злоякісних гліом різного ступеня анаплазії до ломустину (доповідь)
Главацький О.Я., Зозуля Ю.П., Васильєва І.Г., Шуба І.М., Галанта О.С., Хмельницький Г.В., Лещенко Ю.М.
- 16.20-16.30 Цитологічне дослідження ліквору при нейроектодермальних пухлинах головного мозку та його значення в індивідуалізації лікування й прогнозу (доповідь)
Малишева Т.А., *Черненко О.Г., Орлов Ю.О., Вербова Л.М., Свист А.О., Лещенко Ю.М., Главацький О.Я.*
- 16.30-16.40 Опухоли головного мозга, віруси и иммунитет (доповідь)
Лисяний Н.И., *Ключникова А.И., Гнедкова И.А., Лисяний А.Н., Семенова В.М., Малышева Т.А., Станецкая Д.Н.*
- 16.40-16.50 Мікросудинна декомпресія при синдромах гіперактивної дисфункції у випадках складної анатомії (доповідь)
Федірко В.О., *Мумлев А.О., Набойченко А.Г.*
- 16.50-17.00 Сучасна лікувальна тактика при травмах шийного відділу хребта з застосуванням апарату активної імобілізації (доповідь)
Годлевський Д.О., *Морозов А.М.*
- 17.00-17.10 Ранні результати лікування нижньопоперекового больового синдрому методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів (доповідь)
Квасніцький М.В., *Квасніцька О.М.*
- 17.10-18.00 Обговорення доповідей. Дискусія. Закриття конференції.

Стендові доповіді

Рання візуалізація продовженого росту злоякісних гліом головного мозку

Главацький О.Я., Грязов А.Б., Чувашова О.Ю., Голубов Є.І., Земскова О.В., Пилипас О.Ю.

Антиангіогенна таргетна терапія в лікуванні рецидивуючих злоякісних гліом головного мозку

Главацький О.Я., Боднарук О.С., Шуба І.М., Пилипас О.Ю.

Роль хіміопроменевої терапії у лікуванні гліом головного мозку

Бутрім О.І., Главацький О.Я.

Паліативне лікування генералізованого нирковоклітинного раку з синхронним вторинним ураженням головного мозку з використанням радіохірургічних технологій

Лещенко Ю.М., Главацький О.Я., Грязов А.Б., Шуба І.М., Андрійченко О.Г., Пилипас О.Ю.

Больові синдроми у ранньому періоді після операцій мікродискектомій на поперековому відділі хребта

Педаченко Є.Г., Крамаренко В.А., Красиленко О.П., Педаченко Ю.Є., Хижняк М.В.

Перший досвід трансплантації аутологічних хондроцитів після поперекової мікродискектомії

Педаченко Є.Г., Хижняк М.В., Горбатюк К.І., Педаченко Ю.Є., Красиленко О.П., Шаблій В.А.,

Вплив нейроіндукторів на формування серотонінергічних нейронів в умовах культивування

Васильєва І.Г., Олексенко Н.П., Чопик Н.Г., Галанта О.С., Цюбко О.І., Сніцар Н.Д.

Ефективність мексидолу в лікуванні хворих на ЦВЗ

Степаненко І.В., Попова І.Ю., Лихачова Т.А., Бондар Т.С.

Методика лікування хворих з вертебро-базилярною недостатністю

Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Земскова І.П., Лихачова Т.А.

Комплексне лікування хворих з порушенням діяльності центральних зорових нейронів

Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Земскова І.П., Лихачова Т.А.

Оцінка чинників ризику несприятливого перебігу інтракраніальних запальних ускладнень на летальність при черепно-мозковій травмі.

Маковецький П.П.

Актуальність диференційної діагностики переломів хребців при остеопорозі

Вітковський А.М., Сташкевич А.Т.

Фіксації транспедикулярних гвинтів кістковим цементом при остеопорозі хребта

Сташкевич А.Т., Шевчук А.В., Сапоненко А.І., Чех Д.С.

Хірургічне лікування ліycopодібно́ї деформації грудної клітки у дорослих

Сташкевич А.Т., Улещенко Д.В.

Оптимізація методики проведення тесту Walking track для вивчення функціонального відновлення сідничного нерва у експерименті

Цимбалюк В.І., Лісяний М.І., Петрів Т.І., Молотковець В.Ю., Станецька Д.М., Козакевич Р.Б., Камінський А.А.

Ангіокаверноми головного мозку. Радіо- та мікрохірургічне лікування

Костюк К.Р., Медведєв Ю.М., Шевельов М.М., Попов А.О., Костюк М.Р., Чебурахін В.В., Канайкін О.М., Дічко С.М.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Лікувальна тактика симптоматичної епілепсії у хворих з каверномами головного мозку

Мета. Оцінка ефективності хірургічного лікування симптоматичної епілепсії у хворих із каверномами головного мозку, залежно від їх локалізації, тривалості епілепсії та виду хірургічного лікування

Матеріали та методи. У дослідження включено 42 хворих із церебральними каверномами, які проявлялися епілептичними нападами. У 33 (78.6%) хворих кавернома була виявлена за допомогою МРТ, у решти 9 (21.4%) хворих – за допомогою КТ. Церебральна ангіографія проведена 7 (16.7%) хворим, однофотонна емісійна КТ виконана 10 (23.8%) хворим. Мікрохірургічне втручання проведено 24 (57.1%) хворим, які були розділені на 2 групи. До 1 групи включено 10 (41.7%) хворих із локалізацією каверноми у скроневій частці, 2 групу склали 14 (58.3%) хворих із позаскровою локалізацією. У групі 1 у 7 (16.7%) випадках резекція каверноми супроводжувалася передньою скроневою лобектомією, яка у 3 (7.1%) хворих була доповнена резекцією амигдалогіпокампулярного комплексу. Післяопераційний катамнез простежено від 1 до 3.5 років (у середньому 2.4 роки).

Результати. Хірургічне втручання вважалось недоцільним у 18 (42.9%) хворих, із поодинокими або рідкими нападами (не більше 1-3 на рік), а також у випадках множинних каверном, коли за даними обстеження не вдалось встановити основне епілептогенне вогнище. Тотального видалення каверноми вдалось досягти в усіх 24 (100.0%) випадках. У 1 групі епілептичні напади припинилися або стали рідкими у 7 (70.0%) хворих, у 3 (30.0%) спостереженнях частота нападів зменшилась незначно або не змінилась. Найкращий контроль за нападами спостерігався у хворих, у яких резекція каверноми супроводжувалась передньою скроневою лобектомією та з короткою тривалістю захворювання. У 2 групі повного контролю за епілептичними нападами або значного зменшення їх частоти вдалось досягти у 7 (50.0%) хворих, в інших 7 (50.0%) випадках частота нападів не змінилась або дещо зменшилась. Хірургічне ускладнення – крововилив мав місце в 1 (4.2%) випадку, внаслідок чого у хворого виник контралатеральний геміпарез, який регресував протягом 3 місяців.

Висновки. Хірургічна тактика у хворих на симптоматичну епілепсію із каверномою головного мозку має бути спрямована на тотальне видалення ураження з резекцією навколишньої епілептогенної мозкової тканини. У разі розташування каверноми у скроневій частці, видалення каверноми повинно доповнюватися передньою скроневою лобектомією. Раннє хірургічне втручання, асоціюється з кращими результатами, щодо контролю за епілептичними нападами.

Ключові слова: симптоматична епілепсія; кавернома головного мозку; передня скронева лобектомія; топектомія.

Ангіокаверноми головного мозку. Радіо- та мікрохірургічне лікування

Спіженко Н.Ю., Шкіряк А.А., Бурик В.М., Чеботарьова Т.І., Перекопайко Ю.М.

МЦ «Кібер клініка Спіженко», Київ

Кафедра нейрохірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

Стереотаксична роботизована радіохірургія на системі КіберНіж в лікуванні кавернозних ангиом головного мозку

Мета роботи — встановити показання до радіохірургічного лікування кавернозних ангиом (КА) головного мозку.

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувають 10 хворих (6 жінок і 4 чоловіки) з КА, які пройшли курс стереотаксичної роботизованої радіохірургії (РХ) з використанням системи «КіберНіж» (CyberKnife G4) (Accuray Inc., Sunnyvale, США) у Центрі онкології та радіохірургії «КіберКлініка Спіженка» в 2011-2013. Вік хворих — 18 – 36 років. У 7 хворих виявлено супратенторіальну локалізацію КА, в 3 — субтенторіальну. За ризиком розвитку кровотечі, хворі були розподілені на 2 групи: з малим ризиком (асимптоматичні КА, КА з 1 крововиливом) – 6 хворих, хворі з високим ризиком КА(2 і більше крововиливів) – 4 хворих.

Результати. Зменшення розмірів каверном, після проведення РХ, визначалось у всіх хворих, проте основними критеріями успішного лікування КА, є оцінка ризику розвитку кровотечі з кавернозної ангиоми, покращення клінічного стану хворого, в тому числі регрес судомного синдрому, а також відсутність ускладнень після радіохірургічного лікування. Кровотеча з КА була зафіксована у 1 хворого, через 8 місяців після проведеного РХ лікування. Ризик кровотечі суттєво зменшується після латентного 2 річного періоду, у жодного з пролікованих хворих, які спостерігались більше 24 міс., цього ускладнення виявлено не було. У всіх хворих відзначено стабілізацію клінічного стану, у 4 хворих — зменшення кількості і тяжкості судомних нападів, в 1 пацієнта з епісиндромом судомні напади після проведеної радіохірургії (тривалість спостереження — 12 міс) зникли. У пацієнтів також зменшились інтенсивність та частота головного болю. У 1 хворого визначався після променевого некрозу КА, який був пролікований медикометозно (глюкокортикоїди, сечогінні).

Висновки. Лікувальний алгоритм кавернозних ангиом формується, виходячи з оцінки ступеня ризику кровотечі та розвитку значущого неврологічного дефіциту з врахуванням локалізації КА, наявності в анамнезі крововиливів, а також стану, віку хворого та наявності супутньої патології.

Ключові слова: кавернозні ангиоми; радіохірургія; КіберНіж.

Пухлини гіпофіза. Мікрохірургічне, ендоскопічне і радіохірургічне лікування

Гук О.М., Гук М.О., Даневич О.О., Мумлев А.О., Яцик В.А., Закордонець В.О., Плавський П.М., Михалюк В.С.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Сучасна трансфеноїдальна нейрохірургія. Міфи та реальність.

Вступ: Випадки пухлин селярної локалізації, які підлягають трансфеноїдальному (ТФ) хірургічному видаленню складають більше 15% інтракраніальних пухлин. Технічний розвиток нейрохірургії та конкуренція напрямків ендоскопії, мікрохірургії та радіохірургії породжують існування «міфів» про порівняну «малоінвазивність», «малотравматичність» або ефективність тих чи інших методик

Мета: Проаналізувати поточне співвідношення та особливості методик в сучасній ТФ хірургії.

Матеріали і методи: Проаналізовано 739 хронологічно послідовних ТФ оперативних втручань з приводу аденом гіпофіза (АГ) та інших пухлин селярної локалізації, проведені в Інституті нейрохірургії в 2012-2014 рр. Використовувалися мікрохірургічні та ендоскопічні методики. Групу порівняння склали випадки 2002-2004 рр.

Результати: Частка ТФ втручань в хірургії аденом гіпофіза за останні 10 років не змінилась (97,5%). Співвідношення аденом гіпофіза до неаденомних новоутворень, що оперуються трансфеноїдально наразі складає 78,2% до 22,8%. (в 2002 – 91,5 % до 8,5%). При цьому ендоскопічні ТФ та операції у дітей до 2007р. не проводились. При АГ без значного екстраселярного росту застосування мікрохірургії надавало перевагу в швидкості виконання та безпечності операції (в даній групі хворих зафіксований нижчий рівень ліквореї та запальних ускладнень). При значному екстраселярному поширенні АГ або при необхідності розширеного трансфеноїдального доступу перевагу віддавали біностральній ендоскопії в «4 руки». В дитячій ТФ хірургії останні роки також переважає ендоскопія. При уникненні геморагічних та «мідлайн» ускладнень в 2012-2014 рр., загальна післяопераційна летальність не змінилась та складає 1,5-2,1%. При незначному зменшенні септичних ускладнень, частка ліквореї збільшилась з 3,6 до 6,1% (за рахунок розширених ТФ операцій). Виявлено загальне підвищення радикальності втручань, як в групі ендоскопічних, так і мікрохірургічних втручань.

Висновки: Сучасна ТФ хірургія продовжує розвиватись та вимагає створення можливості застосування широкого спектру втручань із застосуванням як ендоскопічних, так і мікрохірургічних методик. Ендоскопія не має переваг по травматичності та безпечності, але забезпечує розширення можливостей ТФ операцій та, потенційно, їхню радикальність. Вибір варіанту ТФ оперативного втручання має бути індивідуальним та орієнтованим на радикальне видалення пухлини при максимальній безпечності для пацієнта і не підлаштовуватись під технічне забезпечення клініки або уподобання хірурга.

Ключові слова: трансфеноїдальна хірургія; аденома гіпофіза; ендоскопія; мікрохірургія.

Пухлини гіпофіза. Мікрохірургічне, ендоскопічне і радіохірургічне лікування

Черненко О.Г., Малишева Т.А., Іванова О.М., Васлович В.В., Гук М.О.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

Інвазивні аденоми гіпофіза: морфологічне обґрунтування топографо-анатомічних особливостей

Аденоми гіпофіза доброякісні пухлини, які виявляють ознаки інвазивного росту. Численні дослідження базуються, переважно, на встановленні топографічних варіантів поширення аденом гіпофіза, до сьогодні відсутні чіткі морфологічні ознаки їх інвазивності.

Мета. Дослідження морфологічних змін при різних топографо-анатомічних варіантах інвазивних аденом гіпофіза та встановлення критеріїв інвазії.

Матеріал та методи. Проведено клініко – морфологічні співставлення 41 випадку аденом гіпофіза з інвазивним характером росту у пацієнтів, що оперовані в Інститут нейрохірургії НАМНУ» за останні два роки. Середи них 22 жінки та 19 чоловіків, у віці від 18 до 52 років. У 23 хворих мали місце гормонсекретуючі пухлини: 10 пацієнтів з синдромом Кушинга, 7 – с акромегалією, 6 – с пролактиномами; 18 – гормон-неактивні аденоми. Проводилась комплексна морфологічна оцінка матеріалу пухлин з визначенням індексу проліферації Ki-67 (клон MiB-1), в 31 випадку виконане електронно-мікроскопічне дослідження.

Результати. У всіх спостереженнях цієї групи були виявлені топографо-анатомічні ознаки інвазивного росту: у 90% випадків, це було супраселлярне поширення, у третини пацієнтів була верифікована інвазія пухлини в структури основи черепа – основну пазуху, решітчастий лабіринт, печеристої пазухи, 15% - у носоглотку, порожнину носа, 5% - інвазія у гіпоталамічну ділянку головного мозку, 3% - ретроселлярне поширення у задню черепну яму.

У всіх пацієнтів діагноз «аденоми гіпофіза» підтвержений гістологічно, у 8 випадках в структурі аденом виявлені ділянки «фетальної будови». Виразений ядерний поліморфизм зустрічався в 6 спостереженнях, ознаки ангіопроліферації та різні типи дисгемічних розладів — в 14, інвазія пухлини в оболони головного мозку верифікована гістологічно в 15 випадках.

Проліферативна активність (Ki-67) в 11 випадках (26,8 %) був менше 1%, в 17 випадках (41,5 %) – 1-2%, в 7 випадках (17,1 %) - від 2 до 4%, у 6 випадках (14,6 %) - більше 4%. При ультраструктурному дослідженні мікроциркуляторного русла спостерігали, як потовщення, так і витончення, стінок мікросудин за рахунок змін базальної мембрани, перикапілярного набряку, відкладення фібрилярного компоненту в перикапілярному просторі, десквамації ендотелію з оголенням базальної мембрани.

Висновки. Встановленими критеріями інвазивності, які дозволяють обґрунтувати топографо-анатомічні особливості інвазивних аденом гіпофіза, можна вважати зміни будови мікроциркуляторного русла, високу проліферативну активність.

Ключові слова: аденоми гіпофіза; інвазивність.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Педаченко Є.Г.¹, Крамаренко В.А.¹, Красиленко О.П.¹, Педаченко Ю.Є.^{1,2}, Хижняк М.В.¹

¹ Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

² Кафедра нейрохірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

Больові синдроми у ранньому періоді після операцій мікродискектомій на поперековому відділі хребта

Мета: аналіз причин та покращення результатів лікування больових синдромів, що спостерігаються в ранньому періоді після поперекових мікродискектомій.

Матеріали та методи. Спостерігали перебіг раннього (до 3 тижнів) післяопераційного періоду у 2876 хворих, яким у відділенні малоінвазивної та лазерної спінальної нейрохірургії Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» проведено мікродискектомію на поперековому рівні.

Результати і їх обговорення. Діагностували такі больові синдроми:

- рефлекторний вертеброгенний (8,8%) та ноцицептивний люмбалгічний синдром,
- рефлекторний м'язево-тонічний синдром тазового поясу та ніг (13,8%),
- рефлекторний міосклеротомний синдром тазового поясу та ніг (3,3%),
- внаслідок патології ілеосакральних та кульшових суглобів (1,8%),
- залишкові явища радикальної компресії (0,84%),
- внаслідок некомпресійної супутньої патології периферичної нервової системи (поліневропатії та мононевропатії різної етіології, запальні захворювання) (1,26%),
- синдром грушоподібного м'яза (0,14%),
- внаслідок запальних захворювань (епідуриту, спондилідисциту) (0,14%),
- компресійну радикулопатію, обумовлену недостатньою декомпресією спинномозкового корінця (0,17%), рецидивом грижі (0,21%), парарадикулярною гематомою (0,07%), лікворною кистою (0,07%), епідуритом (0,04%),
- рефлекторний больовий синдром при вісцеропатії (0,07%).

Висновки: основна маса больових синдромів раннього післяопераційного періоду потребує проведення консервативного лікування та блокад. Лише у 0,6% випадків виникає необхідність у повторному оперативному втручанні.

Ключові слова: міжхребцевий диск; мікродискектомія; післяопераційний період; больові синдроми.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Педаченко Є.Г.¹, Хижняк М.В.¹, Горбатюк К.І.², Педаченко Ю.Є.^{1,3}, Красиленко О.П.¹, Шаблій В.А.^{1,4}

¹ Відділення малоінвазивної та лазерної спінальної нейрохірургії, Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

² Нейрохірургічне відділення, Вінницька обласна психоневрологічна лікарня, Вінниця

³ Кафедра нейрохірургії, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

⁴ Інститут клітинної терапії, Київ

Перший досвід трансплантації аутологічних хондроцитів після поперекової мікродискектомії

Мета. Розробка й впровадження у клінічну практику методу трансплантації аутологічних хондроцитів (TAX) для лікування хворих з грижами міжхребцевих дисків (МХД) у поперековому відділі хребта.

Матеріали і методи. У відділенні малоінвазивної та лазерної спінальної нейрохірургії Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України» досліджено результати TAX у 6 хворих після мікродискектомії у поперековому відділі хребта. Хондроцити, виділені з матеріалу видаленої під час мікродискектомії грижі МХД, культивувались, підлягали кріоконсервуванню та через 3 міс вводились пункційно черезшкірно в оперований МХД. Оцінка результатів проводилась за даними клінічного та магніторезонансного обстеження через півроку (100%), рік (100%) та два роки (66,7%) у співставленні з аналогічною оцінкою у контрольній групі (n=20), в якій після мікродискектомії TAX не проводилась.

Результати і їх обговорення. Ускладнення, побічні реакції та будь-який системний вплив клітинного трансплантата не спостерігались.

Клінічний стан, функціональний статус та якість життя пацієнтів після TAX у перші 2 роки істотно не відрізнялись від таких у пацієнтів після стандартної мікродискектомії.

Після TAX у перші 1-2 роки частково відновлювалась гідрофільність МХД (у 66,7% хворих). Після стандартної мікродискектомії в жодного з пацієнтів не виявлялись МР-ознаки регідратації драглистого ядра МХД.

Висновки. Аутотрансплантація хондроцитів у пацієнтів після виконання поперекової мікродискектомії є безпечним методом хірургічного лікування дегенеративних захворювань хребта, який позитивно впливає на біомеханічні властивості МХД.

Ключові слова: міжхребцевий диск; мікродискектомія; аутологічні хондроцити.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Васильєва І.Г., Олексенко Н.П., Чопик Н.Г., Галанта О.С., Цюшко О.І., Сніцар Н.Д.
Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Вплив нейроіндукторів на формування серотонінергічних нейронів в умовах культивування

Вдосконалення методів клітинної терапії неврологічних захворювань значною мірою полягає у застосуванні попереднього направлено диференціювання нейроклітин, що використовуються в якості трансплантата, зокрема детермінації їх нейромедіаторної специфічності.

З метою отримання клітинної популяції, збагаченої серотонінергічними нейронами та їх детермінованими попередниками проведено комплексне гістохімічне, імуоферментне та генетичне дослідження суспензійної культури клітин, отриманої із зони ядер шва E16. Було проаналізовано вплив нейроіндукторів і мітогенів – EGF (епідермального фактору росту), FGFb (фактора росту фібробластів), BDNF (фактора росту мозкового походження), NGF (фактора росту нервів), екзогенного серотоніну та ретиноевої кислоти на серотоніногенез в умовах культивування.

Встановлено, що на чисельність серотонінергічних нейронів в культуральній популяції найбільш ефективно впливають BDNF та NGF, достовірно збільшуючи їх кількість у 1,6 та 2 рази відповідно. Загальний вміст серотоніну в клітинах зростає у 1,7 рази під впливом BDNF та ретиноевої кислоти.

Експресія гену Nkx2.2, що є маркером мітотично-активних попередників серотонінергічних нейронів, підтримується у присутності BDNF та зростає під впливом факторів-мітогенів EGF та FGFb. Експресія гену Pet1, що свідчить про наявність детермінованих попередників серотонінергічних нейронів, за нашими даними підтримується всіма дослідженими факторами за виключенням серотоніну. Експресія гену Trh1, яка свідчить про формування молодих серотонінергічних нейронів і є початковим етапом синтезу нейромедіатору спостерігається під впливом FGFb, EGF та NGF.

Таким чином, досліджені нами нейроіндуктори впливають на різні фази серотоніногенезу, що надає в умовах *in vitro* широкий спектр можливостей для його регуляції і отримання популяції клітин потрібного ступеню зрілості.

Ключові слова: культура клітин; ядра шва; серотонін.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Главацький О.Я., Грязов А.Б., Чувашова О.Ю., Голубов Є.І., Земскова О.В.,
Пилипас О.Ю.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Рання візуалізація продовженого росту злюкисних гліом головного мозку

Вступ. Високотехнологічні інноваційні методи радіохірургії (РХ) дозволяють застосувати цей неінвазивний метод при лікуванні гліальних пухлин. Велике значення має правильна інтерпретація змін в пухлині та оточуючих її тканинах мозку при різних методах нейровізуалізації для вибору подальшої тактики лікування. Комплексний підхід у їх використанні дозволяє точніше визначити обсяг резидуальних ділянок пухлини, діагностувати в ранні терміни продовжений ріст пухлини, диференціювати останній з післяпроменевою некрозом та патоморфозом.

Мета. Оцінити інформативність сучасних нейровізуалізуючих методів діагностики при продовженому рості злюкисних гліом.

Матеріали і методи. Нами обстежено 10 пацієнтів із злюкисними гліомами головного мозку (6 чоловіків, 4 жінки), з них 8 пацієнтів з верифікацією гістологічного типу пухлини після її видалення (5 пацієнтів з анапластичною астроцитомою GrII, 3 пацієнта з гліобластою GrIV). Один пацієнт після стереотаксичної біопсії (анапластична олігоастроцитома GrI-III), один пацієнт з астроцитомою GrI-III білатеральної лобово-кальозної локалізації, станом після променевої терапії у поєднанні з хіміотерапією. Всім пацієнтам проведено КТ та МРТ обстеження за стандартними протоколами з введенням контрастної речовини у терміни 1, 3, 6, 9, 12 міс та 1,5 роки після оперативного видалення пухлини і / або після курсу променевої терапії.

Результати і обговорення. У 7 випадках за даними МРТ обстеження діагностували продовжений ріст пухлини через 6 міс після оперативного втручання та курсу променевої терапії, що спричинило необхідність проведення КТ в режимі перфузії (ПКТ). Дані за продовжений ріст не підтвердились в 6 випадках, з них у 5 випадках діагностовані післяпроменевої зміни і лікувальний патоморфоз у одному випадку. Через 9 міс та 1,5 року після операції за даними ПКТ у 3 пацієнтів діагностовано продовжений ріст пухлини, підтверджений при МРТ-спектроскопії в 2 випадках і в одному випадку при ПЕТ - дослідженні, обсяг пухлини дозволяв провести РХ. На даний момент за всіма пацієнтами проводиться динамічне спостереження на протязі 2,5 років.

Висновки. Комплексний підхід у застосуванні сучасних нейровізуалізуючих методів обстеження, таких як ПКТ, МРТ із застосуванням спектроскопії, ПЕТ дозволяє виявити на ранньому етапі продовжений ріст пухлини, застосувати високоточний та високотехнологічний метод радіохірургії, поліпшити якість життя пацієнтів з злюкисними гліомами.

Ключові слова: злюкисні гліоми; продовжений ріст; нейровізуалізуючі методи лікування.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Главацький О.Я., Зозуля Ю.П., Васильєва І.Г., Шуба І.М., Галанта О.С., Хмельницький Г.В., Лещенко Ю.М.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Хіміочутливість злоякісних гліом різного ступеня анаплазії до ломустину

Найбільш відомим серед онкологів хіміопрепаратом з алкілюючим механізмом дії є ломустин. Вирішальне значення для отримання лікувального ефекту є визначення індивідуальної чутливості злоякісних пухлин до даного хіміопрепарату.

Мета. Оцінити чутливість *in vitro* клітин злоякісних гліом до препарату ломустин.

Матеріали і методи. В дослідження включено 25 спостережень пацієнтів із злоякісними гліальними пухлинами III – IV ступеня анаплазії (ст. ан.). Першу групу досліджень склали 14 зразків гліобластом (IV ст. ан.), другу групу – анапластичні астроцитомі (III ст. ан.) – 11 зразків. Чутливість пухлинних клітин до дії ломустину визначали *in vitro*. Клітини отримували з тканини, вилученої під час хірургічної операції. В експеримент включали зразки, які містили не менше 80-85% життєздатних клітин. Суспензію клітин культивували в середовищі Ігла із додаванням 10% ембріональної сироватки телят у чашки Петрі в CO₂-інкубаторі в стандартних умовах (t=37 °C, 5% CO₂). До інкубаційного середовища дослідної групи вносили ломустин у дозі 80 мг/мл. Чутливість клітин до дії препарату оцінювали в порівнянні співвідношення кількості живих клітин до загинувих після 72 годин інкубації в контрольних та дослідних (з хіміопрепаратом) зразках. Також досліджено вплив інгібітора репаративного ферменту ДНК (MGMT або Об-метилгуанін-металтрансфераза) – Об-бензилгуанін, який значно підвищує чутливість клітин до речовин з алкілюючим механізмом дії.

Результати. У присутності ломустину в інкубаційному середовищі в групі анапластичних астроцитом у 81,8% випадках спостерігалось суттєве зниження кількості життєздатних клітин (зменшення на 25,26 ± 3,31% відносно інтактного контролю), в той же час в зразках гліобластом чутливість до ломустину спостерігалась тільки у 21,1% випадків (зменшення на 25,30 ± 2,18% відносно інтактного контролю). В групі гліобластом подібний ефект отримано тільки у 5 з 14 випадків (зменшення на 8,12 ± 0,86% відносно контролю).

Висновки. Отримані експериментальні дані свідчать про більшу ефективність ломустину при анапластичних астроцитомах (III ст. ан.).

Ключові слова: злоякісні гліоми; ломустин; Об-бензилгуанін.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Главацький О.Я., Боднарук О.С., Шуба І.М., Пилипас О.Ю.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Антиангіогенна таргетна терапія в лікуванні рецидивуючих злоякісних гліом головного мозку

Стандартне лікування при первинних злоякісних гліомах, насамперед гліобластомах, включає максимальну хірургічну резекцію з наступною дистанційною променевою терапією (ДПТ) з використанням темозоломіду в конкомітантному та ад'ювантному режимах.

Відомо, що гліобластоми характеризується найбільш вираженою васкуляризацією, клітини пухлин продукують проангіогенні фактори, включаючи VEGF. Тому перспективною є спроба застосування антиангіогенної терапії, наприклад, бевацизумабом. Декілька доклінічних досліджень продемонстрували, що тимчасова нормалізація васкуляризації після, підвищує перфузію крові в пухлині, збільшує постачання хіміопрепаратів та кисню, тим самим підвищує ефективність хіміо- та променевої терапії. Досліджуються ефективність та безпечність комбінації гіпофракційної радіотерапії та радіохірургії в комбінації з бевацизумабом для лікування рецидивів гліобластоми після стандартного комбінованого лікування.

Мета. Оцінити ефективність антиангіогенної терапії при рецидив злоякісних гліом.

Матеріали і методи. Бевацизумаб застосовано у лікуванні 13 хворих (7 чоловіків, 6 жінок, середній вік – 52,3±3,3 рр.). У всіх хворих діагноз верифікований морфологічно (гліобластома – 11 випадків, анапластична астроцитотома – 2). Резекція пухлини у 11 хворих, стереотаксична біопсія – 2. У всіх хворих первинне лікування включало післяопераційну променеву терапію (сумарна вогнищева доза 60 Гр при разовій – 2 Гр) на тлі темозоломіду в дозі 75 мг/м². У подальшому пацієнти отримали від 6 до 17 курсів темозоломіду. Рецидив захворювання діагностований за даними МРТ з внутрішньовенним підсиленням та КТ з оцінкою перфузії і виникав у терміни від 14 міс до 6 років. Бевацизумаб призначався у поєднанні з темозоломідом відповідно до протоколу з розрахунку 7-10 мг/кг ваги сумарно від 500 до 800 мг на курс. Кількість курсів становила від 3 до 6.

Результати. У хворих за даними нейровізуалізації отримана об'єктивна відповідь у 61,6% випадків, зменшення пухлини в розмірах спостерігалось у 30,8%, звапнення пухлинного вогнища у 7,7%, повний регрес спостерігався у 23,1% випадків. Терміни ремісії становлять до 6 місяців у 5 хворих, до року – 5 хворих, більше року – 3 пацієнтів.

Висновки. Антиангіогенна терапія бевацизумабом у поєднанні з темозоломідом може бути ефективним лікуванням при рецидивуючих злоякісних гліомах.

Ключові слова: злоякісні гліоми; темозоломід; бевацизумаб.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Бутрім О.І., Главацький О.Я.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Роль хіміопроменевої терапії у лікуванні гліом головного мозку

Мета. Визначити доцільність хіміопроменевої терапії в лікуванні гліальних пухлин.

Матеріали та методи. В ЦВГ Міністерства Оборони України, відділенні променевої терапії розроблено і впроваджено метод променевої терапії за розщепленою методикою з використанням хіміотерапії при лікуванні хворих з гліомами головного мозку. З 2011 по 2014 рр. 275 хворих з гліомами проходили лікування у відділенні променевої терапії. З них у 89 хворих була гліобластома, у 85 - астроцитомо III ст. ан., 47 хворих - з гліомами II ст.ан., у 54 хворих морфологічна структура пухлини не визначена. У 200 пацієнтів проведена тотальне і субтотальне видалення пухлини, у 75 часткове видалення пухлини. Під час променевої терапії з курсом СОД = 60 Гр, хворим призначалася хіміотерапія - темозоломід - 77 пацієнтам, гидроксисечовина - 64, фторафур - 20, ломустин - 20, решта пацієнтів отримувала опромінення без хіміотерапії.

Результати. Запропонований нами спосіб променевої терапії гліом головного мозку базується на біологічному обґрунтуванні розмірів полів опромінення за величиною та напрямком поширення перитуморозного набряку.

Комбіноване лікування гліальних пухлин головного мозку при максимальному видаленні патологічної тканини достовірно підвищує загальне виживання хворих молодого та середнього віку (медіана у оперованих = 64,3 міс, у неоперованих = 30,8 міс) та якість їх життя (з індексу Карновського (ІК) = 52,4 до 82,0 балів та з ІК = 53,9 до 78,7 балів) відповідно. У літніх хворих більш доцільне консервативне лікування (медіана у оперованих = 19,2 міс., у неоперованих 17,9 міс; ІК = з 54,4 до 68,9 балів; та ІК = з 52,4 до 70,8 балів) відповідно.

Комплексне лікування пацієнтів з гліомами головного мозку з залученням сучасних тропних до гліальної тканини цитостатичних препаратів, зокрема темозоломїду, підвищує загальне виживання (медіана = 67,7 міс., в порівнянні з 18,0 міс. без хіміотерапії), та покращує якість життя (з ІК = 53,5 до ІК = 80,1 балів та ІК = 51,3 до 71,3 балів відповідно).

Висновки. Аналіз даних показав, що застосування хіміотерапії під час лікування достовірно віддаляє час рецидивування пухлини і слабо корелює з виживанням, яке в основному визначається радикалізмом операції. Віддаленість рецидиву сприятливо позначається на якості життя пацієнтів.

Ключові слова: гліоми головного мозку; хіміопроменева терапія.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Лещенко Ю.М., Главацький О.Я., Грязов А.Б., Шуба І.М., Андрійченко О.Г., Пилипас О.Ю.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України, Київ

Паліативне лікування генералізованого нирковоклітинного раку з синхронним вторинним ураженням головного мозку з використанням радіохірургічних технологій

Захворюваність на нирковоклітинну карциному (НКТ) в Україні з кожним роком зростає і майже в 2 рази перевищує цей показник у світі. На момент встановлення діагнозу НКТ віддалені метастази виявляються у 20-30%. Частота метастазування НКТ в головний мозок (ГМ) за даними аутопсій досягає 11%. Наявність вторинного ураження є вкрай несприятливим фактором, тривалість життя цієї категорії хворих без хірургічного або радіохірургічного видалення пухлин не перевищує 1-3 місяці. При ураженні ГМ метастазами НКТ, екстракраніальні ураження діагностуються у 92% випадків.

Мета. Проаналізувати безпечність та ефективність радіохірургічної складової в лікуванні НКТ з метастазуванням у головний мозок.

Матеріали і методи. В ДУ "Інститут нейрохірургії НАМН України ім. А.П. Ромоданова НАМН України" з 2011 по 2015 р. було проліковано 16 хворих з НКТ з вторинним ураженням ГМ. Всім 16 хворим були виконані нефректомії або резекції нирок в різні терміни (2-7 років). У 3-х хворих (18,7%) на момент виявлення уражень ГМ виявлені метакронні пухлини в єдиній контрлатеральній нирці. У 5 хворих (31,2%) виявлені поодинокі метастази в ГМ, у 4 хворих (25,0%) – нечисленні, у 6 хворих (37,5%) виявлені множинні ураження ГМ. У 5 хворих (31,5%) виявлені ураження легенів, печінки, кісток та лімфовузлів зачервеного простору. Всім 16 хворим на лінійному прискорювачі «Trilogy» фірми VARION проведено паліативне радіохірургічне лікування (РХЛ) вторинних уражень ГМ з радіомодифікацією моноклональними антитілами до VEGF – бевацизумабом та РХЛ пухлин нирок. В залежності від анатомічного розташування та об'єму вторинних уражень ГМ радіохірургічне лікування проводилось в 1, 3 або 5 фракцій разовими дозами від 8 до 20 Гр. Опромінення пухлин нирок проводилось в три фракції дозами від 11 до 14 Гр. Під час лікування ускладнень не було. В подальшому хворим проводилось ад'ювантне лікування низькомолекулярними інгібіторами VEGF-асоційованих кіназ – сорафенібом.

Висновки. Паліативне радіохірургічне лікування пухлин нирок та вторинних уражень головного мозку значно знижує відсоток ускладнень, які притаманні традиційній хірургії, дозволяє раніше почати системне лікування, покращити його ефективність та якість життя цієї категорії хворих.

Ключові слова: нирковоклітинна карцинома; метастази в головний мозок; радіохірургічне лікування.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Малишева Т.А., Черненко О.Г., Орлов Ю.О., Вербова Л.М., Свист А.О., Лещенко Ю.М., Главацький О.Я.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

Цитологічне дослідження ліквору при нейроектодермальних пухлинах головного мозку та його значення в індивідуалізації лікування й прогнозу

Нейроектодермальним пухлинам головного мозку притаманні своєрідні структурні ознаки (гетерогенність, інвазивність, особливості кінетики і клітинно-стромальних співвідношень), які зумовлюють передумови для проникнення клітин цих новоутворень в ліквор. Цей факт визначає ризик метастазування шляхами ліквороциркуляції в межах ЦНС.

Мета: Цитологічне дослідження клітинного складу ліквору при нейроектодермальних пухлинах для корегування схеми лікування й прогнозу перебігу захворювання.

Матеріал та методи. Проведено цитологічне дослідження люмбального ліквору у 250 пацієнтів, оперованих в Інститут нейрохірургії НАМНУ» за останні чотири роки. З них 155 дітей від 0 до 18 років та 95 дорослих. Проводилось комплексне морфологічне дослідження матеріалу. У 78 хворих гістологічно верифікована медулобластома мозочку, у 31 – супратенторіальна ПНЕП, у 41 епендимом, 18 – гермінома, 12 – хоріоїдпапілома, 3 – хоріоїдкарцинома, 5 – пінеобластома, 12 – гліобластома, 41 – анапластична астроцитома, 9 – дифузна астроцитома. Препарати ліквору забарвлювали за стандартними методиками.

Результати. В 24,7% випадках у препаратах ліквору виявляли поодинокі клітини пухлини та клітинні комплекси. Морфологія атипичних клітинних форм, відповідала основним структурним ознакам верифікованої пухлини, проте часто визначали вторинні дегенеративно-дистрофічні, некробіотичні зміни та ознаки нозоморфозу клітин. Після цитологічного дослідження за даними нейровізуалізації ознаки лікворної дисемінації встановлені у 21 випадку медулобластом (27%), 9 – ПНЕП (29%), 26 – епендимом (63%), 9 – герміном (50%), 1 – атипова хоріоїдпапілома, 2 – хоріоїдкарциноми (67%), 3 – пінеобластоми (60%). У поодиноких випадках встановлено тенденцію метастазування у межах ЦНС гліальних пухлин різного ступеня злоякісності. Атипові клітини у люмбальному лікворі виявлено у 2 випадках анапластичної олігоастроцитом, 1 - олігоастроцитом, 1 - дифузної астроцитом, що було підтверджено іншими клініко-морфологічними дослідженнями.

Висновки: Цитологічне дослідження ліквору при нейроектодермальних пухлинах є інформативним скринінговим методом, який дозволяє виявити атипові пухлинні клітин у лікворі до етапу формування метастазів. Це свідчить про генералізацію пухлинного процесу та є прогностично несприятливим фактором, що впливає на схему лікування. Проведення цитологічного дослідження не лише у випадках медулобластом та епендимом, а при інших варіантах нейроектодермальних пухлин є обґрунтованим й доцільним.

Ключові слова: нейроектодермальні пухлини; цитологічне дослідження.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Степаненко І.В., Попова І.Ю., Лихачова Т.А., Бондар Т.С.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

Ефективність мексидолу в лікуванні хворих на ЦВЗ

Мета. Вивчити ефективність застосування мексидолу шляхом трансорбітального електрофорезу у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕП).

Матеріали і методи. Обстежено 90 хворих віком 38-60 років з ДЕП I-II ст. Аналізувався клініко-неврологічний статус, когнітивні функції, проводилась УЗДГ, КЕЕГ. Результати обстеження і лікування оцінювались математично, з визначенням індексу тяжкості ДЕП (Т) та темпів функціонального відновлення (γ). Хворі були розділені на дві групи: I-їй групі проводився трансорбітальний електрофорез мексидолу на фоні базової терапії, II-їй групі - лише базова терапія, що включала вазоактивні та церебропротекторні препарати, в тому числі і мексидол, які вводились парентерально.

Результати. У хворих обох груп на початку лікування виявлено значне зниження ЛШК, підвищення тонуусу судин, венозна дисциркуляція; порушення біоелектричної активності (БА) головного мозку (зниження БА, дисфункція діенцефально-стовбурових відділів); когнітивні розлади - порушення пам'яті, уваги, мислення, легка депресивна симптоматика. Внаслідок лікування спостерігалось поліпшення як клінічної симптоматики і психологічного статусу (зменшення індексу Т), так і показників інструментальних методів дослідження в обох групах хворих, але більше - в I групі. Крім того, динаміка темпів функціонального відновлення (γ) в I-їй групі суттєво перевищувала таку в II-їй, що значно скорочувало строки лікування та підвищувало його ефективність. Отримані результати можна пояснити подвійним механізмом впливу на відновні процеси у хворих I-ї групи: мексидол має антиоксидантні властивості, стабілізує біомембрани клітин, сприяє активації енергосинтезуючих властивостей мітохондрій, поліпшує синаптичну передачу, що призводить до відновлення взаємозв'язків в структурах мозку. В той же час електротерапія сприяє активації морфологічно збережених, але інтактних, внаслідок діашизу, нейронів та зменшенню поляризації мембран ушкоджених нервових клітин, а це призводить до прискорення відновних процесів.

Висновки. Проведення електрофорезу мексидолу за трансорбітальною методикою в комплексному відновному лікуванні хворих на ЦВЗ сприяє більш швидкому поліпшенню клінічного стану хворих, показників кровоплину та БА мозку, зменшенню когнітивних розладів, що позитивно впливає на якість життя хворих та соціально-трудоий прогноз.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕП); мексидол; електрофорез трансорбітально.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Земскова І.П., Лихачова Т.А.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

Методика лікування хворих з вертебро-базилярною недостатністю

Мета роботи: вивчити ефективність методик ендоназального електрофорезу кавінтону та паравертебрального фонофорезу ліотону при вертебро-базилярній недостатності (ВБН).

Матеріали і методи: обстежено 90 хворих працездатного віку з ВБН, клінічними проявами якої були запаморочення, головні болі, стато-координаторні порушення, вертебралгії в області шийного відділу хребта. За даними ультразвукової доплерографії (УЗДГ) у всіх хворих виявлені стенози хребтових артерій різного ступеню, їх вертеброгенні деформації, венозні порушення в ВББ.

В залежності від застосованих методів лікування хворі були розділені на дві групи.

В 1 групі (70 хворих) в комплекс лікування було включено ендоназальний електрофорез кавінтону з катода, 10-12 процедур на курс та фонофорез ліотону вздовж шийного відділу хребта по лабільній методиці по 10-12 процедур на курс. Хворим 2 групи (20 чоловік) кавінтон призначався по 1 таблетці тричі на день та аесцин по 2 таблетки тричі на день протягом трьох тижнів. Хворі обох груп отримували бетасерк по 24 мг двічі на день протягом місяця.

Результати та їх обговорення: в результаті лікування в 1 групі відмічено значне зменшення проявів запаморочення, головних болей, стато-координаторних порушень, вертебралгій. В 2 групі суттєвого зменшення клінічних проявів ВБН не виявлено. В 1 групі за даними УЗДГ відмічено значне зменшення венозних порушень та коефіцієнта асиметрії. Ці показники були незмінними в 2 групі.

Кращі результати лікування хворих 1 групи можна пояснити сумациєю судиннорозширюючого ефекта кавінтона та гальванічного струму. Такий шлях введення сприяє проникненню препарату в лікворну систему та ендолімфу через лімфатичні судини носової порожнини, створенню депо кавінтона в глибоких структурах мозку. Фонофорез ліотона дає можливість венотоніку проникнути на глибину 5 см в область корінців спинного мозку, в систему венозного відтоку з черепної порожнини, покращуючи його. Сумация дії ліотона з впливом ультразвука покращує обмінні процеси, регуляцію судинного тону, зменшує прояви больового синдрому.

Висновки: застосування запропонованих фізіотерапевтичних процедур в комплексному лікуванні хворих з ВБН значно підвищує його ефективність і рекомендуються для скорочення строків лікування, а відповідно, і непрацездатності.

Ключові слова: вертебро-базилярна недостатність (ВБН); кавінтон; ліотон; електрофорез; фонофорез.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Земскова І.П., Лихачова Т.А.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

Комплексне лікування хворих з порушенням діяльності центральних зорових нейронів

Мета роботи: вивчити особливості синдрому ураження задніх відділів кори головного мозку та розробити методику реабілітації хворих з порушенням обробки зорової інформації вищого порядку для покращення їх соціальної адаптації.

Матеріал і методи. Обстежено 25 хворих з ураженням тім'яно-потиличних відділів головного мозку судинного (12 хворих) та травматичного (13 хворих з наслідками важкої ЧМТ) походження. Проводилось клінічне обстеження з оцінкою функціональних можливостей хворих по індексу активності в балах, нейроофтальмологічне обстеження, МРТ, КЕЕГ. В комплекс лікування 17 хворих (1 група) включалась методика трансорбітального електрофорезу галантаміну, за 30 хвилин до якого проводився трансорбітальний електрофорез ніотинової кислоти (10 процедур). 8 хворих (2 група) отримували галантамін парентерально, 5 мг 1 раз на день, 10 днів. Базова терапія у всіх пацієнтів включала ноотропи, антиоксиданти, вазоактивні препарати.

Результати та їх обговорення. У всіх хворих за даними МРТ виявлені білатеральні ураження тім'яно-потиличних областей. Порушення рухів та чутливості не встановлено. При нейроофтальмологічному обстеженні виявлені порушення зорової орієнтації в просторі – агнозія навколишнього середовища у вигляді невпізнання знайомих осіб, труднощів в оцінці дистанції. Функція окоорухових нервів, поля зору були збережені. При КЕЕГ виявлена дисфункція дієнцефально-стовбурових структур без судомної готовності мозку.

Розроблений підхід в лікуванні обстеженого контингенту хворих оснований на принципах синергізму, сенсibilізації і післядії. Комбіноване застосування ніотинової кислоти та гальванічного струму забезпечує збільшення кровопостачання орбітальних областей для підвищення ефективності наступного етапу – електрофорезу галантаміну. Так здійснюється якісно новий вплив на центральні зорові нейрони, який перевищує по ефективності ізольований прийом препаратів. Цим пояснюється значне покращення орієнтації в просторі хворих 1 групи і відсутність вірогідних змін в 2 групі.

Висновки. Розроблена методика трансорбітального електрофорезу ніотинової кислоти з подальшим електрофорезом галантаміну полегшує проведення імпульсів в тім'яно-потиличних ділянках мозку за рахунок створення депо препарату саме в уражених зонах, що активно стимулює діяльність центральних зорових нейронів, сприяє суттєвому підвищенню соціальної адаптації хворих в зв'язку з вираженим покращенням орієнтації в просторі.

Ключові слова: центральні зорові нейрони; галантамін; ніотинова кислота; електрофорез.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Федірко В.О., Мумлев А.О., Набойченко А.Г.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

Мікросудинна декомпресія при синдромах гіперактивної дисфункції у випадках складної анатомії

Ревізія нерву по всій довжині у поєднанні із достатньою декомпресією є необхідною умовою для успішної мікроваскулярної декомпресії (МВД) при синдромах гіперактивної дисфункції (СГД). Випадки зі складною анатомією вимагають особливої техніки та інструментального забезпечення.

Мета: Поліпшення результатів хірургічного лікування хворих із СГД, зокрема у випадках складних анатомічних взаємовідношень в зоні операції.

Матеріали та методи: 540 випадків СГД були прооперовані із проведенням МВД у період з 1996 по 2014 рік. Серед цих пацієнтів 49 мали мальформацію Арнольд-Кіарі, у 34 синдром поєднувався із пухлиною мосто-мозокового кута, 12 мали імпресію доліхоекстатчною основною аретрією, 3 із перфорацією нерву артерією, 5 із перекриттям обзору корінця кістковим виступом (надпрохідним бугорком) та 205 із множинними судинними компресіями. Використовувались різноманітні хірургічні техніки, в тому числі, ендоскопічна асистенція.

Результати: позитивного результату лікування було досягнуто у 93% випадків. За даними 5 річного катамнезу, стійкий ефект регресу симптомів СГД у 87%, що відповідає середньосвітовим показникам.

Висновки: МВД із застосуванням спеціальних хірургічних технік, в тому числі, ендоскопічної асистенції, є дуже корисною та ефективною методикою для лікування СГД.

Ключові слова: синдром гіперактивної дисфункції; мікросудинна декомпресія; судинно-нервовий конфлікт; мікроваскулярна декомпресія; нейро-васкулярний конфлікт; ендоскопічна асистенція.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Маковецький П.П.

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

Оцінка чинників ризику несприятливого перебігу інтракраніальних запальних ускладнень на летальність при черепно-мозковій травмі

Мета роботи: провести оцінку впливу чинників ризику(ЧР), що впливають на перебіг інтракраніальних запальних ускладнень(ІЗУ) у хворих з ЧМТ у ранньому періоді.

Матеріали та методи: Проведено проспективне клініко-мікробіологічне дослідження 31 пацієнта з ізольованою важкою та середньо важкою ЧМТ, перебіг якої у ранньому періоді ускладнився розвитком ІЗУ, що перебували на лікуванні у відділенні нейрохірургії (реанімації) у 2009-11рр. Спостерігали 24 потерпілих із важкою ЧМТ та 7 — із середньо важкою ЧМТ. У 17 (55,2%) хворих діагностовано закриту ЧМТ, у 14 (44,8%) — відкриту ЧМТ.

Переважали пацієнти молодого(18-44) 15осіб(51,6%), та середнього віку(45-59) 8осіб (25,6%), і насамперед чоловіки 93,6%. 22 хворих (71%) потребували оперативного лікування, консервативне лікування проведено 9 потерпілим (29%).

Результати і їх обговорення: В основу дослідження було покладено аналіз клінічного обстеження в поєднанні з нейрохірургічним діагностичним комплексом, вивчення клінічного перебігу різних форм ІЗУ у ранньому періоді ЧМТ. Досліджуючи особливості клінічного перебігу ІЗУ у ранньому періоді ЧМТ, проводили оцінку вірогідності несприятливого перебігу для наступних ЧР:

1. ЧР пов'язані із станом організму: вік понад 60 років, супутня соматична та ендокринна патологія, комбінація нозокоміальних інфекцій, перебування в стані алкогольного сп'яніння.
2. ЧР, пов'язані з травмою: проведення ургентного оперативного втручання, порушення свідомості 8 балів і менше за ШКГ, лікворея, запізнення з надання спеціалізованої допомоги понад 24 години, повторна ЧМТ.
3. ЧР, пов'язані з інтраопераційними особливостями: крововтрата понад 1000мл., тривалість операції понад 2 години, хірургічний доступ через слизові оболонки.

Результати дослідження демонструють, що із збільшенням кількості ЧР прогресивно збільшується тривалість лікування та ймовірність неблагоприємного перебігу. Відмічається чітка кореляція між тяжкістю травми, а саме впливом ЧР <8 балів за ШКГ і ІЗУ – в разі наростання тяжкості травми збільшується частота ІЗУ.

Існує статистична значимість ($p < 0,05$) помірної зворотної залежності (Spearman $R = -0,375$) тривалістю дії ЧР- важкості стану <8 балів за ШКГ і термінами виникнення ІЗУ та статистична значимість для ЧР пов'язаного із запізненням надання спеціалізованої нейрохірургічної допомоги понад 24 години($p < 0.015$).

Висновки: отриманні результати свідчать про необхідність врахування ЧР ІЗУ при визначенні та корекції антибіотикотерапії, що зменшить тривалість лікування і летальність.

Ключові слова: чинники ризику.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Годлевський Д.О.¹, Морозов А.М.²

¹ Черкаська обласна лікарня

² Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

Сучасна лікувальна тактика при травмах шийного відділу хребта з застосуванням апарату активної іммобілізації

Мета. - Покращання результатів лікування постраждалих з травмою шийного відділу хребта шляхом застосування активної іммобілізації анатомо-фізіологічно адаптованим торако-краніальним дистракційно-фіксуючим апаратом (ТКДФА).

Матеріал і методи. Праналізовано 91 спостереження травми шийного відділу хребта (77 осіб чоловічої статі і 14 - жіночої). В 48 випадках застосовано авторську розробку нової моделі ТКДФА, конструктивні особливості якої дозволяють здійснювати надійну іммобілізацію травмованого відділу хребта, запобігаючи кіфотичним деформаціям, та проводити контрольовану зовнішню корекцію і репозицію.

Результати і їх обговорення. - Використання ТКДФА в усіх 48 спостереженнях забезпечувало якісну транспортну та інтраопераційну іммобілізацію, попереджаючи можливу вторинну травматизацію спинного мозку. В 16 із 48 випадків застосування ТКДФА дозволило відмовитися від хірургічного втручання, оскільки вдалося відновити анатомо-фізіологічну вісь хребта, усунути загрозу компресії спинного мозку з стійким порушенням його функції і обмежитися суто консервативною терапією на фоні регресу неврологічної симптоматики та відновлення стану постраждалих в цілому. В жодному випадку не було відмічено якихось ускладнень, спричинених ТКДФА. Відносним недоліком можна вважати певну громіздкість апарату, що викликає деякі незручності в нестационарних умовах при його зберіганні і транспортуванні.

Висновки. - Використання апарату активної іммобілізації з функцією контрольованої зовнішньої корекції та репозиції є перспективним напрямком в лікуванні тавматичних ушкоджень шийного відділу хребта.

Ключові слова: *травма шийного відділу хребта; торако-краніальний дистракційно-фіксуючий апарат (ТКДФА).*

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Вітковський А.М., Сташкевич А.Т.

Інститут травматології та ортопедії НАМН України, Київ

Актуальність диференційної діагностики переломів хребців при остеопорозі

Остеопороз – захворювання, яке характеризується низкою кістковою масою та мікроструктурною перебудовою кісткової тканини, яка призводить до підвищеної ламкості кісток, і як наслідок – підвищення ризику переломів, змінами в нервовій системі та вісцеральних органах.

Остеопороз хребта – хронічне захворювання, що тривалий час перебігає безсимптомно.

Поява больових відчуттів у хребті як причина остеопорозу свідчить про пізню діагностику цього процесу та, найскоріше, наявність декількох компресійних переломів хребців. Джерелами больової імпульсації є пошкоджені деформований хребець, оточуючі його спазмовані м'язи, периартикулярні тканини, міжхребцеві суглоби, зв'язковий апарат хребцевого сегмента, тощо. Неврологічні прояви при остеопорозі хребта виникають лише за переломів одного чи декількох хребців та внаслідок наростаючої деформації хребта.

Внаслідок підвищеної крихкості хребців з'являється різноманітні деформації («риб'ячі хребці», клиноподібна деформація, хребці у вигляді «котушок» тощо), з'являється позиційна напруга м'язів, порушується статика хребта з розвитком кіфозу чи кіфосколиозу та компенсаторного гіперлордозу.

Системний остеопороз треба відмічати від фізіологічної вікової атрофії кісткової тканини, яка клінічно ніяк не проявляється, при ній зберігається достатня міцність кісток.

Висока частота, тяжкість захворювання та великі матеріальні втрати суспільства на лікування та соціальну допомогу хворим із компресійними переломами тіл хребців при остеопорозі хребта є причиною підвищеного інтересу дослідників до аспектів проблеми системного остеопорозу, частково остеопорозу хребта, висвітлює її медичну та соціальну актуальність. Проблеми функціональної "неспроможності" або нестабільності хребцево-рухових сегментів при компресійних переломах хребців на тлі остеопорозу присвячені чисельні роботи. Внаслідок цих досліджень суттєво покращена діагностика, консервативне та хірургічне лікування переломів хребців при остеопорозі хребта. Але багато теоретичних та прикладних аспектів вивченні недостатньо. Досі ще зустрічаються помилки діагностики цього захворювання, недостатньо висвітлені науково-обґрунтовані методи лікування остеопорозу хребта. Це у свою чергу викликає необхідність достатньої діагностики стану опорної та рухової функції хребта при компресійних переломах тіл хребців на тлі остеопорозу, прогнозування розвитку захворювання.

Ключові слова: остеопороз; перелом; хребець.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Сташкевич А.Т., Шевчук А.В., Сапоненко А.І., Чех Д.С.

Інститут травматології та ортопедії НАМН України, Київ

Фіксації транспедикулярних гвинтів кістковим цементом при остеопорозі хребта

При остеопорозі хребта застосування транспедикулярних конструкцій має ряд обмежень із-за зниження мінеральної щільності кісткової тканини і зниження міцності фіксації гвинта у кістковій тканині.

Метою роботи була оптимізація застосування транспедикулярних конструкцій при остеопорозі хребта.

Матеріал і методи. В клініці хірургії хребта інституту 9 хворим була застосована транспедикулярна фіксація звичайними гвинтами із подальшим армуванням поліметілметакрилатом.

Результати і їх обговорення. Додаткове армування поліметілметакрилатом, що вводиться через спеціальну голку задньо-боковим доступом в поперековому відділі чи інтеркостостеребральним в грудному і заповнює кісткову тканину навколо транспедикулярних гвинтів дозволяє міцно закріпити конструкцію при остеопорозі. Метод є альтернативою застосування канюльованих гвинтів та гвинтів анкерного типу. Ці типи гвинтів значно дорожчі і не завжди є доступними. Додаткове застосування інструменталізації на суміжних рівнях так само значно піднімає вартість конструкції.

В термін спостереження 12-24 місяці резорбції кісткової тканини навколо кісткового цементу не відмічалось, дислокації гвинтів не було – фіксація стабільна у всіх 9 хворих.

Висновки. Застосування додаткової фіксації звичайних транспедикулярних гвинтів поліметілметакрилатом дозволяє досягнути міцної фіксації конструкції в термін спостереження до 24 міс. у хворих із остеопорозом. Міцна фіксація дозволяє не розширювати обсяг інструменталізації за рахунок фіксації суміжних сегментів. Додаткове армування звичайних транспедикулярних гвинтів поліметілметакрилатом при остеопорозі може слугувати більш дешевою альтернативою анкерним та канюльованим гвинтам при тотожних функціональних результатах.

Ключові слова: остеопороз; транспедикулярна фіксація; гвинт.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Сташкевич А.Т., Улещенко Д.В.

Інститут травматології та ортопедії НАМН України, Київ

Хірургічне лікування ліycopодібної деформації грудної клітки у дорослих

Проаналізовано результати лікування 123 дорослих хворих з ліycopодібною деформацією грудної клітки. Всі пацієнти були прооперовані у відділі хірургії хребта ДУ "ІТО НАМНУ". Ліycopодібну деформацію грудної клітки оцінювали за наступними критеріями: формою деформації (звичайна, плоско-ліycopодібна), видом деформації (симетрична, асиметрична право- та лівобічна), ступенем деформації (перша, друга, третя), стадією захворювання (компенсована, субкомпенсована, декомпенсована), поєднанні з іншою патологією (поєднана, не поєднана) (В.К.Урмонас, Н.И.Кондрашин, 1983 р.).

З асиметричною правобічною ЛДГК спостерігали 14 (11%), асиметричною лівобічною ЛДГК – 5 (4%); симетричною ЛДГК - 78 (64%); плоско-ліycopодібною ДГК – 3 (2%); комбінованою – 7 (6%); ЛДГК при синдромі Марфана – 7 (6%) та рецидивами ЛДГК – 9 (7%) пацієнтів.

Основними скаргами пацієнтів були: скарги на косметичний дефект (деформацію грудної клітки) – у 123 (100%) хворих; задишка після фізичного навантаження – у 91 (73,9%); дискомфорт в ділянці серця при фізичному навантаженні відмічався у 52 (42,3%), а психологічні скарги (обмеження способу життя, що впливає на соціальні та сімейні стосунки) спостерігали у 101 (82,1%) хворих.

Виходячи зі скарг, були визначені наступні покази до оперативного лікування:

- функціональні (обумовлені порушенням функції внутрішніх органів грудної порожнини);
- косметичні (обумовлені наявністю фізичного дефекту, який порушує естетику статури);
- психологічні (обмеження повноцінного способу життя, що впливає на соціальні та сімейні стосунки).

Всім хворим виконувалась елевация грудини та ребер з фіксацією металевим фіксатором. За основу була взята методика хірургічного лікування ЛДГК у дітей Mark M. Ravitch (модифікація Paltia). Методику було розширено, в першу чергу за рахунок широкого застосування стернотомії, розширення обсягу хондротомій і обов'язковим моделюванням запавших реберних дуг.

У зв'язку з розширенням обсягу хірургічного втручання у дорослих зустрічалися інтраопераційні ускладнення (поранення плеври - 23 (18,7%) та підвищена крововтрата – 11 (8,9%)), тривало зберігався больовий синдром (56±7 днів).

Використана методика оперативного лікування ЛДГК у 93% дорослих хворих дозволила отримати добрі (88,62%) та задовільні (4,1%) результати.

Ключові слова: ліycopодібна деформація грудної клітки; хірургічне лікування; дорослі.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Цимбалюк В.І.¹, Лісяний М.І.¹, Петрів Т.І.¹, Молотковець В.Ю.², Станецька Д.М.¹, Козакевич Р.Б.³, Камінський А.А.⁴

¹ Інститут нейрохірургії ім.акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

² Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця, Київ

³ Інститут хімії поверхні ім.О.О.Чуйка НАН України, Київ

⁴ Кафедра нейрохірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

Оптимізація методики проведення тесту Walking track для вивчення функціонального відновлення сідничного нерва у експерименті

Вступ. Після експериментального пошкодження сідничного нерва завжди відбувається порушення його функції, що відображається у вигляді порушення ходи. Поступове покращення ходи відображає процес регенерації сідничного нерва щура у часовому аспекті. Ступінь функціонального дефіциту вираховується за методикою, яканейнвазивна, легко відтворюється і називається Walking track тест (Тест ходьби по доріжці). Суть його полягає в отриманні відбитків стоп щура на папері, які аналізуються і розраховується функціональний індекс сідничного нерва (SFI — sciaticfunctionalindex) експериментальної та інтактною кінцівок у щура за допомогою спеціальної формули.

Мета. Оптимізувати методику проведення тесту Walking track для оцінки функціонального відновлення сідничного нерва у експерименті.

Матеріали і методи. Тест Walking track використовувався для вивчення процесів регенерації сідничного нерва щура під впливом стовбурових клітин жирової тканини. Тест проводили на 30-й та 60-й день експерименту. Для отримання відбитків стоп щурів використовувалася спеціально розроблена конструкція, яка складалася із дерев'яного піддона з бортиками на який накладалася половина розрізаної повздож пластикової труби. У такий спосіб формувався тунель, дно якого встелювалося папером. Розмір тунелю виключав поворот тварини і рух був можливим тільки вперед. З одного кінця у піддоні формувався жолоб, що заповнювався поролоном, просякнутим барвником (фукорцин). Тварину опускали задніми лапками на поролон, таким чином зафарбовувалися підшови. Після цього вона відпускалася і вхід у тунель закривався засліпкою. Тварина починала рух по тунелю, залишаючи відбитки стоп на папері і потрапляла у клітку, яка розміщувалася на протилежному кінці тунелю.

У такий нескладний та легко відтворюваний спосіб вдалося отримати відбитки стоп експериментальної тварини на папері, які потім аналізувалися.

Дана методика дозволяє повторювати тест на будь-якому часовому відрізку експерименту, роблячи можливою об'єктивізацію функціонального відновлення сідничного нерва у часовому аспекті.

Висновки. 1. Функціональний метод оцінки регенерації сідничного нерва є достовірним, зручним та об'єктивним методом, що наближений до клініки.

2. Тест можна повторити на будь-якому часовому відрізку експерименту, роблячи можливою об'єктивізацію функціонального відновлення сідничного нерва у часовому аспекті.

Ключові слова: сідничний нерв; експеримент; функціональний метод.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Лисяний Н.И., Ключникова А.И., Гнедкова И.А., Лисяний А.Н., Семенова В.М., Малышева Т.А., Станецкая Д.Н.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України, Київ

Опухоли головного мозга, вирусы и иммунитет

До 20% всех опухолей человека вызываются различными онкогенными вирусами (папилломы, гепатита С, полиомы, герпеса 4 и 8 типов и др.).

Цель: изучение содержания вирусов герпес группы в опухолях головного мозга (ГМ) различной гистоструктуры и степени злокачественности.

Материалы и методы. Исследован биопсийный материал 160 опухолей ГМ, в основном внутримозговых глиальных опухолей (ГО). Методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) исследовано наличие в ткани опухолей следующих вирусов герпес группы - 1/2, 6, 7, 8 типов, ЦМВ, Эпштейна- Барра. Методом иммунофлюоресценции определяли наличие в клетках биопсийного материала против антигенов ЦМВ. Иммунологические исследования крови и ткани опухоли определены общепринятые методами.

Результаты. Установлено, что методом ПЦР в клетках внутримозговых опухолях ГМ (глиом, медуллобластом) ДНК герпес вирусов выявляется чаще, чем во внеозговых (менингиомы, невриномы и др.).

Наиболее часто (более 70% случаев) выявляли ДНК вируса ЦМВ в глиобластомах, анапластических астроцитомах и медуллобластомах, чем в доброкачественных астроцитарных опухолях. Вторым по частоте выявления в ткани ГО является вирус Эпштейна Барра (герпеса 4 типа), его выявления не зависит от степени злокачественности опухоли. Другие вирусы (герпес 1/2, 6, 7, 8 типов) в ткани опухоли определялись очень редко (не более в 1-3% наблюдений). При исследовании крови этих больных не было выявлено ДНК указанных вирусов, что исключает наличия у больных вiremии и активной герпес инфекции. Частота персистенции вирусов в клетках опухолей зависит от чувствительности ПЦР и вида праймеров. Иммунофлюоресцентное исследование рр65 антигена ЦМВ в клетках опухоли показало наличие его в 80-85% исследованных глиом и до 50 % астроцитом.

Присутствие герпес вирусов в ткани опухоли происходило на фоне сниженного Т клеточного иммунитета, что может быть причиной попадания и накопления вирусов в опухолевом очаге.

Заключение. В ГО ГМ и медуллобластомах персистируют в основном ЦМВ и ВЭБ. В злокачественных ГО чаще выявляется ЦМВ, что указывает на их роль в онтогенезе, тогда как персистенция ВЭБ не зависит от степени злокачественности ГО. Персистенция ЦМВ и ВЭБ в опухолевой ткани сопровождается более глубоким угнетением иммунной системы, что является одной из причин накопления герпес вирусов в опухолевом очаге. Наличие вирусов в опухолевой ткани указывает на возможность создания новых противоопухолевых вакцин и использования противовирусной терапии в комбинированном лечении злокачественных глиом ГМ.

Ключові слова: *опухолі головного мозгу; віруси.*

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Квасніцький М.В., Квасніцька О.М.

Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини Державного управління справами, Київ

Ранні результати лікування нижньопоперекового больового синдрому методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів

Мета. Дослідити результати лікування спондилоартрозу методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів при дегенеративно-дистрофічному ураженні хребта.

Матеріали та методи. Нами прооперовано методом радіочастотної деструкції фасеткових нервів перших 102 пацієнти (56 чоловіків та 46 жінок у віці від 52 до 78 років) з нижньопоперековим больовим синдромом, де ведучим клінічним проявом був артроз дуговідросткових суглобів. Інтенсивність больового синдрому оцінювалась в доопераційному та ранньому (через три місяці) післяопераційному періодах за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) болю.

Дегенеративно-дистрофічні зміни в міжхребцевих (фасеткових) суглобах часто є причиною болю в поперековій ділянці хребта. Чіткі діагностичні критерії цієї патології, особливо на клінічному рівні, практично відсутні. Тому і статистичні показники розповсюженості спондилоартрозу, як ведучої причини болю в поперековій ділянці коливаються від 7 до 70%. Біль підсилюється після активного розгинання, довготривалого знаходження в положенні сидячи чи стоячи при відсутності неврологічних розладів. Діагностична блокада анестетиками фасеткового суглоба часто єдиний достовірний спосіб виявлення ураженого суглоба. Така блокада може бути використана для прогнозу ефективності радіочастотної деструкції медіальних гілочок задньої вітки спинномозкового нерва (які власне іннервують суглобову капсулу). Радіочастотна деструкція – медична технологія в основі якої лежить вибіркова термокоагуляція певних нервових структур спеціальними електродами. Маніпуляція виконувалась в операційній в стаціонарі короткострокового перебування (хірургія одного дня). Під контролем електронно-оптичного перетворювача проводилась пункція параартикулярної ділянки в зоні знаходження нервів, що йдуть до суглобової капсули, після чого і здійснюється власне радіочастотна денервація. Радіочастотна денервація виконувалась за допомогою апарату RFG-1A/RFG-1B фірми Radionics.

Результати. До оперативного втручання усереднений показник больового синдрому за ВАШ склав 7,2 бали. Згідно результатів лікування, пацієнти поділились на наступні групи: відмінні - біль відсутня (33 хворих), хороші - регрес болю до 3-х балів включно (29 хворих); задовільні – регрес болю до 4-5 балів (23 хворих), незадовільні – регрес болю до 6 балів та вище (17 хворих).

Висновки. Отримані результати в короткотерміновій перспективі свідчать, про ефективність методу радіочастотної денервації фасеткових суглобів у хворих з нижньопоперековим больовим синдромом, зумовленим дегенеративним ураженням хребта.

Ключові слова: нижньопоперековий больовий синдром; фасеткові суглоби; радіочастотна денервація.

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Спіженко Н.Ю., Шкіряк А.А., Бурик В.М., Чеботарьова Т.І., Перекопайко Ю.М.

МЦ «Кібер клініка Спіженко», Київ

Кафедра нейрохірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

Гіпофракційна радіохірургія на системі КіберНіж у лікуванні краніофарингіом

Вступ: Комплексний підхід до лікування краніофарингіом включає в себе хірургічне видалення новоутворення та променеве лікування новоутворення (стереотаксична радіотерапія/радіохірургія, інтерстеціальна брахітерапія). Радіохірургічне лікування, що широко застосовується для лікування аденом гіпофіза, не завжди прийнятне в випадках великих кістозних новоутворень. Проте, для чітко окреслених фокальних пухлин невеликого об'єму або після хірургічного/пункційного випорожнення кіст краніофарингіоми, таке лікування може бути застосоване. Радіобіологічний ефект радіохірургії краніофарингіом полягає в локальній кумуляції цитотоксичного ефекту завдяки сфокусованим високим дозам опромінення та ініціації апоптозу ембріональних клітин карману Ратке.

Мета роботи: встановити показання та визначити особливості гіпофракційного радіохірургічного лікування краніофарингіом.

Метод і матеріали: 12 хворих з діагнозом краніофарингіоми лікувались в 2012-2015 роках в МЦ «Кібер клініка Спіженко» з використанням стереотаксичної радіохірургії CyberKnife. Перед курсом гіпофракційної радіохірургії у 9 пацієнтів раніше проводилось видалення пухлини, у 3 пацієнтів діагноз було встановлено за даними біопсії. У 2 хворих проводилась повторне опромінення режимі «re-radiation» з врахуванням отриманих доз при попередньому опроміненні. Об'єм пухлини визначався від 10,12 см3 до 52,1 см3. Максимальна середня доза була 29,0 Гр (діапазон від 21 Гр -36 Гр). Гіпофракційне радіохірургічне лікування проводилось в 3-6 фракції (в середньому 4,65). Пацієнти спостерігалися 12,2 місяців (в середньому 8,45 місяця).

Результати: На даному етапі дослідження ми оцінювали відсутність ускладнень при проведенні гіпофракційної стереотаксичної радіохірургії, а також ранні результати радіохірургічного лікування краніофарингіом. Об'єктивна оцінка тривалості безрецидивного періоду у хворих з краніофарингіомами можлива тільки через 24-36 місяців після початку комплексного лікування. У 9 хворих з 12 (75%), в перші 6 місяців визначалось зменшення обсягу пухлини. У всіх хворих, за виключенням 1 хворої визначалось покращення клінічного стану. У цієї хворої покращення досягалося призначенням стероїдів, а потім повторним хірургічним втручанням. За даними патогістологічного дослідження, визначались патогістологічні зміни характерні для післяпроменевого некрозу та післяпроменевого патоморфозу пухлини.

Висновки: Гіпофракційна стереотаксична радіохірургія є одним з можливих варіантів лікування краніофарингіом, які призводять до зниження обсягу пухлини та поліпшення клінічного стану пацієнтів особливо при необхідності повторного опромінювання. Комбінація радіохірургічного опромінення і хірургічного видалення пухлини в більшості випадків приводить до збільшення тривалості безрецидивного періоду захворювання.

Ключові слова: краніофарингіоми; радіохірургія; КіберНіж.

Перелік тез доповідей

Ангіокаверноми головного мозку. Радіо- та мікрохірургічне лікування

Костюк К.Р., Медведєв Ю.М., Шевельов М.М., Попов А.О., Костюк М.Р., Чебурахін В.В., Канайкін О.М., Дічко С.М.

Лікувальна тактика симптоматичної епілепсії у хворих з каверномами головного мозку 7

Спіженко Н.Ю., Шкіряк А.А., Бурик В.М., Чеботарьова Т.І., Перекопайко Ю.М.

Стереотаксична роботизована радіохірургія на системі КіберНіж в лікуванні кавернозних ангіом головного мозку 8

Пухлини гіпофіза. Мікрохірургічне, ендоскопічне і радіохірургічне лікування

Гук О.М., Гук М.О., Даневич О.О., Мумлев А.О., Яцик В.А.,

Закордонєць В.О. Плавський П.М., Михалюк В.С.

Сучасна трансфеноїдальна нейрохірургія. Міфи та реальність..... 9

Черненко О.Г., Малишева Т.А., Іванова О.М., Васлович В.В., Гук М.О.

Інвазивні аденоми гіпофіза: морфологічне обґрунтування топографо-анатомічних особливостей 10

Сучасні методи лікування в нейрохірургії і суміжних галузях

Педаченко Є.Г., Крамаренко В.А., Красиленко О.П., Педаченко Ю.Є., Хижняк М.В.

Больові синдроми у ранньому періоді після операцій мікродиссектомій на поперековому відділі хребта 11

Педаченко Є.Г., Хижняк М.В., Горбатюк К.І., Педаченко

Ю.Є., Красиленко О.П., Шаблій В.А.

Перший досвід трансплантації аутологічних хондроцитів після поперекової мікродиссектомії 12

Васильєва І.Г., Олексенко Н.П., Чопик Н.Г., Галанта О.С., Цюбко О.І., Сніцар Н.Д.

Вплив нейроіндукторів на формування серотонінергічних нейронів в умовах культивування..... 13

Главацький О.Я., Грязов А.Б., Чувашова О.Ю., Голубов Є.І., Земскова О.В., Пилипас О.Ю.

Рання візуалізація продовженого росту злякисних гліом головного мозку 14

Главацький О.Я., Зозуля Ю.П., Васильєва І.Г., Шуба І.М.,

Галанта О.С., Хмельницький Г.В., Лещенко Ю.М.

Хіміочутливість злякисних гліом різного ступеня анаплазії до ломустину..... 15

Главацький О.Я., Боднарчук О.С., Шуба І.М., Пилипас О.Ю.

Антиангіогенна таргетна терапія в лікуванні рецидивуючих злякисних гліом головного мозку 16

Бутрім О.І., Главацький О.Я.

Роль хіміопроменевої терапії у лікуванні гліом головного мозку 17

Лещенко Ю.М., Главацький О.Я., Грязов А.Б., Шуба І.М., Андрійченко О.Г., Пилипас О.Ю.

Паліативне лікування генералізованого нирковоклітинного раку з синхронним вторинним ураженням головного мозку з використанням радіохірургічних технологій..... 18

<i>Малишева Т.А., Черненко О.Г., Орлов Ю.О., Вербова Л.М., Свист А.О., Лещенко Ю.М., Главацький О.Я.</i>	
Цитологічне дослідження ліквору при нейроектодермальних пухлинах головного мозку та його значення в індивідуалізації лікування й прогнозу	19
<i>Степаненко І.В., Попова І.Ю., Лихачова Т.А., Бондар Т.С.</i>	
Ефективність мексидолу в лікуванні хворих на ЦВЗ	20
<i>Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Земскова І.П., Лихачова Т.А.</i>	
Методика лікування хворих з вертебро-базиллярною недостатністю	21
<i>Попова І.Ю., Степаненко І.В., Бондар Т.С., Земскова І.П., Лихачова Т.А.</i>	
Комплексне лікування хворих з порушенням діяльності центральних зорових нейронів	22
<i>Федірко В.О., Мумлев А.О., Набойченко А.Г.</i>	
Мікросудинна дезкомпенсація при синдромах гіперактивної дисфункції у випадках складної анатомії	23
<i>Маковецький П.П.</i>	
Оцінка чинників ризику несприятливого перебігу інтракраніальних запальних ускладнень на летальність при черепно-мозковій травмі	24
<i>Годлевський Д.О., Морозов А.М.</i>	
Сучасна лікувальна тактика при травмах шийного відділу хребта з застосуванням апарату активної іммобілізації	25
<i>Вітковський А.М., Сташкевич А.Т.</i>	
Актуальність диференційної діагностики переломів хребців при остеопорозі	26
<i>Сташкевич А.Т., Шевчук А.В., Сапоненко А.І., Чех Д.С.</i>	
Фіксації транспедикулярних гвинтів кістковим цементом при остеопорозі хребта.....	27
<i>Сташкевич А.Т., Улещенко Д.В.</i>	
Хірургічне лікування лійкоподібної деформації грудної клітки у дорослих.....	28
<i>Цимбалюк В.І., Лісяний М.І., Петрів Т.І., Молотковець В.Ю., Станецька Д.М., Козакевич Р.Б., Камінський А.А.</i>	
Оптимізація методики проведення тесту Walking track для вивчення функціонального відновлення сідничного нерва у експерименті	29
<i>Лисяний Н.І., Ключникова А.І., Гнедкова І.А., Лісяний А.Н., Семенова В.М., Малышева Т.А., Станецкая Д.Н.</i>	
Опухоли головного мозгу, віруси і імунитет	30
<i>Квасніцький М.В., Квасніцька О.М.</i>	
Ранні результати лікування нижньопоперекового больового синдрому методом радіочастотної денервації фасеткових суглобів.....	31
<i>Спіженко Н.Ю., Шкіряк А.А., Бурик В.М., Чеботарьова Т.І., Перекопайко Ю.М.</i>	
Гіпофракційна радіохірургія на системі КіберНіж у лікуванні краніофарингіом.....	32

Алфавітний показчик

Андрійченко О.Г.	18	Михалюк В.С.	9
Боднарук О.С.	16	Молотковець В.Ю.	29
Бондар Т.С.	20, 21, 22	Морозов А.М.	25
Бурик В.М.	8, 32	Мумлев А.О.	9, 23
Бутрім О.І.	17	Набойченко А.Г.	23
Васильєва І.Г.	13, 15	Олексенко Н.П.	13
Васлович В.В.	10	Орлов Ю.О.	19
Вербова Л.М.	19	Педаченко Є.Г.	11, 12
Вітковський А.М.	26	Педаченко Ю.Є.	11, 12
Галанта О.С.	13, 15	Перекопайко Ю.М.	8, 32
Главацький О.Я.	14, 15, 16, 17, 18, 19	Петрів Т.І.	29
Гнедкова І.А.	30	Пилипас О.Ю.	14, 16, 18
Годлевський Д.О.	25	Плавський П.М.	9
Голубов Є.І.	14	Попов А.О.	7
Горбатюк К.І.	12	Попова І.Ю.	20, 21, 22
Грязов А.Б.	14, 18	Сапоненко А.І.	27
Гук М.О.	9, 10	Свист А.О.	19
Гук О.М.	9	Семенова В.М.	30
Даневич О.О.	9	Сніцар Н.Д.	13
Дічко С.М.	7	Спіженко Н.Ю.	8, 32
Закордонєць В.О.	9	Станецкая Д.Н.	29, 30
Земскова І.П.	21, 22	Шашкевич А.Т.	26, 27, 28
Земскова О.В.	14	Степаненко І.В.	20, 21, 22
Зозуля Ю.П.	15	Улещенко Д.В.	28
Іванова О.М.	10	Федірко В.О.	23
Камінський А.А.	29	Хижняк М.В.	11, 12
Канайкін О.М.	7	Хмельницький Г.В.	15
Квасніцька О.М.	31	Цимбалюк В.І.	29
Квасніцький М.В.	31	Цюбко О.І.	13
Ключникова А.І.	30	Чеботарьова Т.І.	8, 32
Козакевич Р.Б.	29	Чебурахін В.В.	7
Костюк К.Р.	7	Черненко О.Г.	10, 19
Костюк М.Р.	7	Чех Д.С.	27
Крамаренко В.А.	11	Чопик Н.Г.	13
Красиленко О.П.	11, 12	Чувашова О.Ю.	14
Лещенко Ю.М.	15, 18, 19	Шаблій В.А.	12
Лисяний А.Н.	30	Шевельов М.М.	7
Лисяний Н.І.	29, 30	Шевчук А.В.	27
Лихачова Т.А.	20, 21, 22	Шкіряк А.А.	8, 32
Маковецький П.П.	24	Шуба І. М.	15, 16, 18
Малишева Т.А.	10, 19, 30	Яцик В.А.	9
Медведев Ю.М.	7		

Для нотаток
