

**XXIII НАЦИОНАЛНА  
КОНФЕРЕНЦИЯ  
ПО  
НЕВРОХИРУРГИЯ**

с международно участие

07 - 09 ноември 2014  
Хотел RIU Pravetz Resort, Правец

Платинен спонсор



VALENTIA  
LEONIS  
GROUP

Валентиа Леонис Груп

---

Златен спонсор



Actavis

Актавис

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

Б. Браун

---

Сребърен спонсор



**Medtronic**

Медтроник

**SIEMENS**

Сименс

# Съдържание

## **ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ**

### **ЗА XXIII НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО НЕВРОХИРУРГИЯ**

<b>С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ</b> .....	8
<b>ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ</b> .....	10
<b>НАУЧЕН КОМИТЕТ</b> .....	10
<b>НАУЧНА ПРОГРАМА</b> .....	12
<b>ПОСТЕРИ</b> .....	18
<b>РЕЗЮМЕТА</b> .....	22
<b>РАЗВИТИЕ НА НЕВРОХИРУРГИЯТА В УМБАЛСМ</b>	
“Н. И. ПИРОГОВ” – 40 ГОДИНИ ИСТОРИЯ.....	22
ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА МИГРАЦИЯТА НА КОЙЛ СЛЕД ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНА АНЕВРИЗМА .....	22
РЕМОДЕЛИРАЩИ ТЕХНИКИ ПРИ ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНИ АНЕВРИЗМИ .....	23
СПОНТАННИ ИНТРАЦЕРЕБРАЛНИ ХЕМАТОМИ – ИМА ЛИ ПРИНОС ДЕКОМПРЕСИВНАТА КРАНИЕКТОМИЯ?.....	24
ХИРУРГИЯ НА ХИПОФИЗНИТЕ АДЕНОМИ В БЪЛГАРИЯ: КАКВО НОВО В МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИЯ ПОДХОД?.....	25
ЕНДОСКОПСКА ИЛИ МИКРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ НА ПИТУИТАРНИТЕ АДЕНОМИ, ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ.....	26
ВЕРТИКАЛНА И ПАРАСАГИТАЛНА ХЕМИСФЕРОТОМИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНА ЕПИЛЕПСИЯ И ДИFUЗНИ ХЕМИСФЕРИАЛНИ ПРОЦЕСИ.....	27
НЕВРОЕНДОСКОП- АСИСТИРАНА ЕВАКУАЦИЯ НА ИНТРАЦЕРЕБРАЛНИ КРЪВОИЗЛИВИ БЕЗ ПРОБИВ КЪМ ВЕНТРИКУЛНАТА СИСТЕМА – МОНОЦЕНТРИЧЕН КЛИНИЧЕН ОПИТ .....	28
РЕВИЗИОННА СПИНАЛНА ХИРУРГИЯ РЕЗУЛТАТИ, АНАЛИЗИ, ИЗВОДИ .....	29
ХИРУРГИЧНО ПЛАНИРАНЕ, ХИРУРГИЧНА СТРАТЕГИЯ И ТАЙМИНГ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ТОРАКАЛНИТЕ И ЛУМБАЛНИ СПИНАЛНИ ФРАКТУРИ .....	29
ГРЪБНАЧНО-МОЗЪЧНИ ТРАВМИ В ШИЙНИЯ ОТДЕЛ. ПЕТ ГОДИШЕН ОПИТ.....	30
ANTERIOR CERVICAL SURGERY – APPROACH RELATED COMPLICATIONS.....	31

КЛИНИЧНИ И БИОЛОГИЧНИ ПРОГНОСТИЧНИ	
ФАКТОРИ ПРИ МУЛТИФОРМЕН ГЛИОБЛАСТОМ.....	32
ТУМОРИ, АНГАЖИРАЩИ FALX CEREBRI.....	33
КЛИПИНГ ИЛИ КОЙЛИНГ. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИ ОТ	
ЛЕЧЕНИЕТО НА 108 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ ПАЦИЕНТИ С	
ИНТРАКРАНИАЛНИ МОЗЪЧНИ АНЕВРИЗМИ.....	34
НОВИ НАСОКИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ПРОБЛЕМАТИЧНИ	
НЕРВНИ УВРЕДИ.....	35
МИНИМАЛНО ИНВАЗИВНА ТРАНСПЕДИКУЛАРНА	
СТАБИЛИЗАЦИЯ – ИНДИКАЦИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ,	
ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ.....	36
РАЗВИТИЕ НА ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕБНИЯ ПОДХОД	
ПРИ ПАЦИЕНТИ С МЕТАСТАТИЧНИ ГРЪБНАЧНИ ТУМОРИ ПРЕЗ	
ГОДИНИТЕ. СРАВНЕНИЕ И АНАЛИЗ НА	
ТРИ 10- ГОДИШНИ ПЕРИОДА.....	37
РЕЗУЛТАТИ ОТ СТАБИЛИЗИРАЩИ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ	
С ПЪРВИЧНИ, НЕСПЕЦИФИЧНИ СПОНДИЛОДИСЦИТИ.....	38
<b>П1</b> - РЕЗУЛТАТИ ОТ ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА	
ПАРАКЛИНОИДНИ АНЕВРИЗМИ.....	39
<b>П2</b> - ДЪЛГОСЕГМЕНТНА ПЕРКУТАННА ТРАНСПЕДИКУЛАРНА	
ФИКСАЦИЯ ПО ПОВОД ПРЕШЛЕННА ФРАКТУРА НА	
ТОРАКАЛНО НИВО ПРИ ПАЦИЕНТ С АНКИЛОЗИРАЩ СПОНДИЛИТ.....	40
<b>П3</b> - РЕКОНСТРУКЦИЯ НА ANNULUS FIBROSUS ПРИ	
ЛУМБАЛНА ДИСЦЕКТОМИЯ. ПЪРВОНАЧАЛЕН ОПИТ.....	41
<b>П4</b> - РЕДУКЦИОННА СИСТЕМА OSSEOFIX® ПРИ	
КОМПРЕСИОННИ СПИНАЛНИ ФРАКТУРИ. ПЪРВОНАЧАЛЕН ОПИТ.....	42
<b>П5</b> - ИЗПОЛЗВАНЕ НА 3D ТЕХНОЛОГИЯ ЗА РЕКОНСТРУКЦИЯ.....	43
<b>П6</b> - НА ПОСТРЕЗЕКЦИОНЕН КРАНИОФАЦИАЛЕН ДЕФЕКТ	
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА СУБДУРАЛНИ	
ХЕМАТОМИ ПРИ ПАЦИЕНТ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ В	
РЕЗУЛТАТ ОТ КЪСНИ ПОСЛЕДСТВИЯ НА ЛЪЧЕВА БОЛЕСТ.....	43
<b>П7</b> - СПИНАЛНИ ЕПИДУРАЛНИ ХЕМАТОМИ –	
КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ ОТ ПРАКТИКАТА.....	44
<b>П8</b> - МЕТОД ЗА УДЪЛЖАВАНЕ НА ДИСТАЛНИЯ КАТЕТЪР	
ПРИ ДЕЦА СЛЕД ВЕНТРИКУЛО-ПЕРИТОНЕАЛНА АНАСТОМОЗА.....	45
<b>П9</b> - АНАПЛАЗИЯ НА ГЛИОФИБРОМ В АСТРОЦИТОМ ТРЕТА	
СТЕПЕН И ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ С ПОМОЩА НА	
5-АМИНОЛЕВУЛЕНОВА КИСЕЛИНА (5-АЛА)-КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ.....	46

<b>П10</b> - ПИРИФОРМИС СИНДРОМ- ДИАГНОЗА НА ИЗКЛЮЧВАНЕТО .....	47
<b>П11</b> - ПРИЛОЖЕНИЕ НА ТРАХЕОСТОМИЯТА ПРИ БОЛНИ С ТЕЖКА ТРАВМА В СРЕДНАТА ЗОНА НА ЛИЦЕТО В СЪЧЕТАНИЕ С ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИ ТРАВМИ.....	47
<b>П12</b> - ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТ С КЛИВАЛЕН ХОНДРОИД - ХОРДОМ ЧРЕЗ ЕДНОЕТАПНО СЪЧЕТАВАНЕ НА ТРАНСОРАЛЕН ДОСТЪП, ДАЛЕЧНО ЛАТЕРАЛЕН ТРАНСКОНДИЛАРЕН ДОСТЪП И ЗАДНА СТАБИЛИЗАЦИЯ ЧРЕЗ ОКЦИПИТОСПИНОДЕЗА. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ.....	48
<b>П13</b> - РАННА СЛЕДОПЕРАТИВНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТ С ФРАКТУРА-ЛУКСАЦИЯ С1-С2 И ДЕГЕНЕРАТИВНА ШИЙНА СТЕНОЗА НА БАЗАТА НА РЕВМАТОИДЕН ПОЛИАРТРИТ .....	49
<b>П14</b> - СЪВРЕМЕННИ ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНИ МЕТАСТАЗИ ОТ МАЛИГНЕНИ МЕЛАНОМИ .....	50
<b>П15</b> - SURGICAL TREATMENT FOR TRAUMATIC ODONTOID FRACTURE TYPE II WITH ATLANTOAXIAL DISLOCATION: A CASE REPORT.....	51
<b>П16</b> - ДИАСТОМИЕЛИЯ .....	52
<b>П17</b> - SPINA VIFIDA И СЪПЪТСТВАЩИ МАЛФОРМАЦИИ – СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМИ.....	53
<b>П18</b> - ЕФЕКТИВНОСТ НА ЗАДНАТА ДЕКОМПРЕСИЯ И ИНСТРУМЕНТАЛНА ФУЗИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ЛУМБАЛНА ДЕГЕНЕРАТИВНА СТЕНОЗА .....	54
<b>П19</b> - ТАЙМИНГ И ХИРУРГИЧНА СТРАТЕГИЯ ПРИ НЕОПЛАСТИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ТОРАКАЛНИЯ И ЛУМБАЛНИЯ СПИНАЛЕН СЕГМЕНТ.....	55
<b>П20</b> - 360 DEGREE SURGERY IN TRAUMATIC SUBAXIAL CERVICAL SPINE.....	56
<b>П21</b> - ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНИ АНЕВРИЗМИ И АРТЕРИОВЕНОЗНИ МАЛФОРМАЦИИ – НАЧАЛЕН МОНОЦЕНТРИЧЕН ОПИТ.....	57
<b>П22</b> - КОЖЕН РОГ (CORNU CUTANEUM).....	58
<b>П23</b> - МЕНИНГЕАЛЕН МЕЛАНОЦИТОМ - ДИФЕРЕНЦИАЛНО – ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ С ДРУГИ МЕЛАНОТИЧНИ ТУМОРИ НА ЦНС .....	58
<b>П24</b> - НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИОННИ АЛГОРИТМИ СЛЕД НЕВРОХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ.....	59
<b>П25</b> - ХИРУРГИЧЕН ПОДХОД ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНА СТЕНОЗА В ЛУМБАЛЕН ОТДЕЛ НА ГРЪБНАЧЕН СТЬЛБ .....	60
<b>СПОНСОРИ</b> .....	61



## Уважаеми колеги,

В навечерието на ежегодния форум на българската неврохирургична общност – XXIII Национална конференция по неврохирургия, 7-9 ноември 2014 г., Риу Правец Ризорт считам за свое приятно задължение да отправя от името на Българското дружество по неврохирургия и на Организационния комитет покана за участие към цялата неврохирургична колегия, както и колегите от сродни специалности за участие в проявата.

Основен подход при оформяне на тазгодишната научна програма на конференцията ще е предоставяне на възможност за намаляване на дела на пленарната част за сметка на повече дискусии, кръгли маси и научно-практическо дебатирание и обмяна на опит по проблемите, новостите и тенденциите в развитието на българската неврохирургия. Очакваме Вашето активно участие за организиране на интересна и съдържателна тематична програма на конференцията, като традиционно внимание ще се отдели и на обсъждане на постерните материали. Друга особеност в протичането на конференцията е, че тя ще бъде предшествана, на 7-ми ноември, от годишна среща на Европейския мозъчен съвет, на която българската страна ще има честта да е домакин и на която всички колеги са поканени да присъстват.

Използвам случая да изкажа предварително своята благодарност на фирмите – участници в конференцията и дългогодишни индустриални партньори на българското неврохирургично съсловие за тяхната подкрепа в името на по-доброто лечение на нашите пациенти.

Пожелавам на всички ползотворно участие и приятно прекарване в красивия конференстен комплекс на Риу Правец Ризорт и околностите!

Проф. д-р М. Маринов, дм, дмн  
Председател на Българското Дружество  
по Неврохирургия



## Уважаеми колеги и приятели,

За мен е чест да бъда председател на организационния комитет на най-важната, ежегодна инициатива на Българското дружество по неврохирургия – националната конференция по неврохирургия.

Влиянието на съвременните технологии е повече от очевидно в ежедневието на всеки един от нас. Без съмнение те променят и нашия начин на мислене, нашия терапевтичен подход и възможности, нашето разбиране за заболяванията на ЦНС. Именно на това искам да посветим този форум.

Надявам се, срещата ни да бъде един опит за равностойка какво ни дадоха и отнеха новите технологии, как се промени начина ни на мислене през последните години, успяхме ли да поставим нови граници на своите възможности и най-важното – полезни ли сме днес за нашите пациенти?

Инициативата ни ще отразява още един феномен на нашето съвремие – падането на границите и глобализирането на медицинското познание. Наши гости ще бъдат водещи учени и хирурзи от различни страни на Европа, които да представят своя опит в различни области на неврохирургията. Така, един локален форум ще може да се докосне до глобалните проблеми и възможности, до глобалните предизвикателства и перспективи пред нашата специалност.

XXIII национална конференция по неврохирургия съвпада и с един особено важен за нас юбилей – 40 години от основаването на отделението по неврохирургия в болница „Н.И. Пирогов“. Използвам случая да изкажа дълбоката си благодарност към всички градили Клиниката по неврохирургия на болница „Н.И. Пирогов“ до сега и да отправя поглед на надежда за продължаващ възход към бъдещето.

Не на последно място трябва да спомена, че националната конференция по неврохирургия се провежда в контекста на инициативата на Европейския мозъчен съвет – „2014 година на мозъка“. Инициативата има за цел да насочи общественото внимание към заболяванията свързани с мозъка, да подобри лечението и грижите за пациентите с такива заболявания, както и да насърчи инвестициите в научни изследвания и обучение в областта.

С благодарност към нашите спонсори, пожелавам приятна и ползотворна работа на форума.

Проф. д-р Николай Габровски, дм  
Председател на организационния комитет

**ОБЩА ИНФОРМАЦИЯ**  
**за XXIII Национална конференция по неврохирургия**  
**с международно участие:**

**Кога:** 07 - 09 ноември 2014

**Къде:** Хотел RIU Pravetz Resort, Правец

Хотел РИУ Правец Ризорт е разположен на брега на езерото в прекрасния град Правец, само на 55 км от София. Околността, с красиви поляни и леки хълмове, е отлично място за езда, велосипеден и пешеходен туризъм.

Хотел РИУ Правец Ризорт разполага общо 242 луксозни помещения - 212 стаи, 10 едностайни апартаментата и екзекютив етаж с 10 стаи, 6 едностайни и 4 двустайни лукс апартаментата, предлагащи всички удобства и услуги, задоволяващи дори и най-изтънчените изисквания на своите клиенти. Всички стаи са просторни и разполагат с телефон с директно набиране, климатична инсталация с индивидуален контрол, кабелна телевизия, кът с мека мебел, големи бани с вана и душ кабина и сейф. На разположение на гостите е безплатно използването на спа зоната към хотела включваща Солена Вана, Билкова Вана, Ледена стая, Руска баня, Арома-Сауна, Пещерна-Сауна, Био-Сауна, Лаукониум, Тепидариум, Тематични Душове, уникален Балнео- и Таласотерапевтичен център, Масажен център – класически и екзотични масажи, Джакузи, ултрамодерен Фитнес център.

**Официални езици:** български и английски.

**Основни теми:**

1. Развитие в терапевтичния подход, еволюция на концепциите и технологичен напредък при лечението на неврохирургичните заболявания

2. Вариа

**Регистрация:** Регистрацията следва да се направи през сайта на събитието:

[www.bns2014.org](http://www.bns2014.org)

На място регистрация ще се осъществява на 7-ми ноември, петък, от 15.00 до 19.30 часа.

За решилите да посетят събитието на 8-ми ноември, събота, регистрация ще може да се осъществи от 07.00 до 08.00 часа.

Посетители без регистрация и баджове няма да бъдат допускани до пленарната зала.



**Доклади:** Докладите трябва да бъдат подготвени за презентация на Microsoft PowerPoint (.pptx или .xprt формат). За предпочитане е файловете да бъдат предоставени на техническия персонал в деня преди изявата.

**Постери:** Постерите ще бъдат изложени на 9-ти ноември, неделя, и представянето им ще се осъществи в постерната сесия от 09.30 до 11.30 часа. Препоръчително е постерите да бъдат отпечатани в портретен формат, с размери височина – 90 см. и ширина – 60 см.

**Грижа за природата:** Организацията на настоящия форум е съобразена максимално със съхранението на природата. При възможност са използвани рециклирани материали, а отпечатването на хартия е сведено до възможния минимум.

**Организатори на събитието:** Pro Events Group ООД

T: +359 2 442 90 50

M: +359 882 441 660

M /office/: +359 889 119 050

e-mail: [nsc2014@pro-eventsgroup.com](mailto:nsc2014@pro-eventsgroup.com)

*По всички въпроси или при нужда от допълнителна информация, можете да се свържете с фирмата организатор на събитието.*

## ОРГАНИЗАЦИОНЕН КОМИТЕТ

Председател: проф. д-р Николай Габровски, дм  
Зам. председател: доц. д-р Георги Поптодоров, дм  
Секретар: д-р Николай Велинов, дм

### **Членове:**

Проф. д-р Стефан Габровски, дмн  
Д-р Константин Узунов, дм  
Д-р Михаил Захаринов  
Д-р Георги Юруков  
Д-р Мария Лалева

## НАУЧЕН КОМИТЕТ

Председател: проф. д-р Марин Маринов, дмн  
Председател на Българско дружество по неврохирургия  
Началник Клиника по неврохирургия, УМБАЛ “Свети Иван Рилски”  
Декан, Медицински Факултет при МУ-София

Зам. председател: проф. д-р Николай Габровски, дм  
Началник Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Пирогов” - София

Секретар: д-р Мария Лалева  
Неврохирург, Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Пирогов” - София

### **Членове:**

Проф. д-р Кирил Романски, дмн  
Неврохирург, Клиника по неврохирургия, УМБАЛ “Свети Иван Рилски”

Проф. д-р Стефан Габровски, дмн  
Неврохирург, Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ Пирогов

Проф. д-р Петър Вълканов, дм  
Началник Клиника по неврохирургия, Университетска болница Стара Загора

Проф. д-р Борислав Китов, дм  
Заместник Ректор Университетско-болнична координация, Медицински университет, град Пловдив  
Професор, Катедра по неврохирургия, МУ - Пловдив и  
Клиника по неврохирургия, УМБАЛ „Св. Георги“

Полк. доц. д-р Тихомир Ефтимов, дм  
Началник на катедра “Нервни болести и неврохирургия”, ВМА София  
Началник Клиника по неврохирургия, ВМА София

Доц. д-р Васил Каракостов, дм  
Доцент в катедра Неврохирургия, Клиника по неврохирургия,  
УМБАЛ “Свети Иван Рилски” - София

Доц. д-р Асен Бусарски, дм  
Неврохирург, Клиника по неврохирургия, УМБАЛ “Свети Иван Рилски” - София

Доц. д-р Христо Желязков, дм  
Началник Клиника по неврохирургия, УМБАЛ “Свети Георги” - Пловдив

Доц. д-р Йордан Панов, дм  
Началник Клиника по неврохирургия, УМБАЛ „Д-р. Г. Странски“ ЕАД – Плевен

Доц. д-р Явор Енчев, дм  
Началник на отделение по неврохирургия в Университетска болница  
„Св. Марина” - Варна

Доц. д-р Георги Кючуков, дм  
Доцент в катедра по неврохирургия и УНГ болести, Медицински университет  
Варна “Проф. Д-р Параскев Стоянов”

Доц. д-р Христо Цеков, дм  
Доцент в Отделение по неврохирургия, Токуда Болница - София

**НАУЧНА ПРОГРАМА**  
**07 ноември 2014, събота**

15.30 - 19.30	<b>Регистрация и настаняване</b>
19.30	<b>Приветствие и коктейл “Добре дошли!”</b>

**08 ноември 2014, събота**

07.00 - 08.00	<b>Регистрация</b>
08.00 - 08.10	<b>Официално откриване на конференцията</b>
<i>08.10-12.30</i>	<i><b>Първа СЕСИЯ - доклади</b></i>
	<b>Първи панел</b> Модератори: проф. К. Романски, проф. Ст. Габровски, проф. М. Маринов
08.10 - 08.30	<b>Развитие на неврохирургията в УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов” – 40 години история.</b> Н. Габровски Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София
08.30 - 08.40	<b>Оперативно лечение на миграцията на койл след ендоваскуларно лечение на мозъчна аневризма.</b> Вл. Наков <sup>1</sup> , Т. Ефтимов <sup>1</sup> , М. Лилов <sup>2</sup> , И. Тодоров <sup>1</sup> , Пл. Симеонов <sup>1</sup> , К. Нинов <sup>1</sup> <sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, Военно-Медицинска Академия, София <sup>2</sup> Клиника по Образна диагностика, Военно-Медицинска Академия, София

08.40 - 08.50	<p><b>Ремоделиращи техники при ендоваскуларно лечение на мозъчни аневризми.</b></p> <p>Н. Велинов<sup>1</sup>, Н. Алиоски<sup>1</sup>, Г. Кирова<sup>2</sup>, Р. Добриков<sup>3</sup>, Ст. Габровски<sup>1</sup>, Н. Габровски<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София</p> <p><sup>2</sup> Отделение по Образна диагностика, Токуда болница, София</p> <p><sup>3</sup> Клиника по Образна диагностика, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София</p>
08.50 - 09.00	<p><b>Спонтанни интрацеребрални хематоми – има ли принос декомпресивната краниектомия?</b></p> <p>Р. Попов, Ж. Митев</p> <p>Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”, София</p>
9.00 - 10.40	<p>Сателитен симпозиум на специалистите по здравни грижи</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Втори панел</b></p> <p>Модератори: проф. Б. Китов, доц. А. Бусарски, доц. Т. Ефтимов</p>
09.00 - 09.20	<p><b>Хирургия на хипофизните аденоми в България: какво ново в мултидисциплинарния подход?</b></p> <p>М. Маринов<sup>1</sup>, А. Хаджиянев<sup>1</sup>, Д. Попов<sup>1</sup>, Ж. Сурчев<sup>1</sup>, С. Захариева<sup>2</sup></p> <p><sup>1</sup>Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София</p> <p><sup>2</sup>Ендокринологична клиника, СБАЛЕНГ "Ив. Пенчев", МУ-София</p>
09.20 - 09.30	<p><b>Ендоскопска или микроскопска хирургия на питуитарните аденоми, предимства и недостатъци.</b></p> <p>А. Хаджиянев, М. Маринов, Ж. Сурчев, Д. Колев, Д. Попов</p> <p>Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София</p>
09.30 - 09.40	<p><b>Вертикална и парасагитална хемисферотомия при пациенти с фармакорезистентна епилепсия и дифузни хемисферични процеси.</b></p> <p>К. Минкин, П. Димова, К. Габровски, Е. Найденов, Р. Танова, С. Начев, К. Романски, М. Маринов</p>

	Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ "Св. Иван Рилски", София
<b>09.40 - 09.50</b>	<b>Невроендоскоп-асистирана евакуация на интрацеребрални кръвоизливи без пробив към вентрикулната система – моноцентричен клиничен опит.</b> Б. Илиев, Я. Енчев, Т. Аврамов, Пл. Трендафилов, Д. Ханджиев, Т. Кондев Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна
	<b>Трети панел</b>
	Модератори: доц. Р. Попов, доц. Св. Калевски, доц. Й. Панов
<b>09.50 - 10.10</b>	<b>Ревизионна спинална хирургия – резултати, анализи, изводи.</b> В. Каракостов, Л. Татарчев, Хр. Христов, Р. Аврамов, Н. Стоянчев Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ "Св. Иван Рилски", София
<b>10.10 - 10.20</b>	<b>Хирургично планиране, хирургична стратегия и тайминг при лечението на торакалните и лумбални спинални фрактури.</b> Св. Калевски <sup>1</sup> , Д. Харитонов <sup>1</sup> , Е. Калевска <sup>2</sup> <sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Анна”, МУ-Варна <sup>2</sup> Втора неврологична клиника, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна
<b>10.20 - 10.30</b>	<b>Гръбначно-мозъчни травми в шийния отдел. Пет годишен опит.</b> Е. Маринчев, М. Овчаров, И. Вълков, Д. Игоревич, Й. Панов Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ Плевен
<b>10.30 - 10.40</b>	<b>Усложнения при предния хирургичен достъп към шийния сегмент на гръбначния стълб.</b> Д. Харитонов, Св. Калевски, Н. Пеев Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Анна”, МУ-Варна
<b>10.40 - 11.00</b>	<b>Кафе пауза</b>
	<b>Четвърти панел</b>
	Модератори: проф. П. Вълканов, доц. Г. Поптодоров, доц. Хр. Цеков
<b>11.00 - 11.20</b>	<b>Клинични и биологични прогностични фактори при мултиформен</b>

	<p><b>глиобластом.</b></p> <p>Ил. Коев<sup>*</sup>, Хр. Желязков<sup>1*</sup>, Б. Китов<sup>1*</sup>, Б. Калнев<sup>1*</sup>, Ив. Батаклиев<sup>1*</sup>, М. Казакова<sup>2</sup>, К. Симитчиев<sup>3</sup>, В. Сарафян<sup>2</sup></p> <p><sup>1</sup> Катедра по Неврохирургия, МФ, МУ-Пловдив</p> <p><sup>2</sup> Катедра по медицинска биология, МФ, МУ-Пловдив</p> <p><sup>3</sup> Катедра Аналитична химия и компютърна химия, Университет „Паисий Хилендарски“ - Пловдив</p> <p>* Клиника по неврохирургия, УМБАЛ „Св. Георги“, Пловдив</p>
11.20 - 11.30	<p><b>Гумори, ангажиращи falx cerebri.</b></p> <p>Й. Панов, М. Овчаров, И. Вълков, Е. Маринчев, Д. Игоревич</p> <p>Клиника по неврохирургия, УМБАЛ Плевен</p>
11.30 - 11.40	<p><b>Клипинг или койлинг. Анализ на резултати от лечението на 108 последователни пациенти с интракраниални мозъчни аневризми.</b></p> <p>Сл. Кондов<sup>1</sup>, Н. Алиоски<sup>1</sup>, Хр. Цеков<sup>1</sup>, Н. Герегелчев<sup>1</sup>, В. Пелинков<sup>1</sup>, А. Цеков<sup>1</sup>, Л. Лалева<sup>1</sup>, Хр. Костадинова<sup>2</sup>, М. Влока<sup>3</sup></p> <p><sup>1</sup> Отделение по Неврохирургия, Токуда Болница, София</p> <p><sup>2</sup> Отделение по Неврохирургия, ОАИЛ, Токуда Болница, София</p> <p><sup>3</sup> Отделение по Образна диагностика, Токуда Болница, София</p>
11.40 - 11.50	<p><b>Нови насоки при лечението на проблематични нервни увреди.</b></p> <p>В. Ковачев, Е. Балтов, М. Ковачев, Т. Трифонов, Х. Гигов, О. Матков, Е. Симеонов, А. Алшаргаби</p> <p>Клиника по ортопедия и травматология, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, Плевен</p>
	<p style="text-align: center;"><b>Пети панел</b></p> <p>Модератори: доц. В. Каракостов, доц. Хр. Желязков, доц. Хр. Кючуков</p>
11.50 - 12.10	<p><b>Минимално инвазивна транспедикулярна стабилизация – индикации и ограничения, предимства и недостатъци.</b></p> <p>Н. Габровски, М. Лалева, К. Узунов, П. Илков, Н. Велинов,</p>

	Г. Поптодоров, М. Захаринов, Г. Юруков, Ст. Габровски Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София
12.10 - 12.20	<b>Развитие на диагностиката и лечебния подход при пациенти с метастатични гръбначни тумори през годините. Сравнение и анализ на три 10- годишни периода.</b> Ат. Даварски <sup>1,2</sup> , Б. Китов <sup>1,2</sup> , Хр. Желязков <sup>1,2</sup> , И. Кехайов <sup>1,2</sup> , Ст. Райков <sup>2</sup> , Ил. Коев <sup>2</sup> , Б. Калнев <sup>1,2</sup> , А. Петкова <sup>1,2</sup> <sup>1</sup> Катедра по Неврохирургия, МФ, МУ-Пловдив <sup>2</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Георги ”, Пловдив
12.20 - 12.30	<b>Резултати от стабилизиращи операции при пациенти с първични, неспецифични спондилодисцити.</b> Т. Ефтимов, К. Нинов, Вл. Пранджев, Ив. Хаджиангелов, Н. Маринов, П. Кутин Клиника по Неврохирургия, Военно-Медицинска Академия, София
12.30 - 12.40	Дура заместители на Б. Браун
<i>12.40 - 14.00</i>	<i>Обяд</i>
<i>14.00-17.00</i>	<i>Втора СЕСИЯ - State of the art in neurosurgery</i>
14.00 - 14.30	<b>The Last Aneurysm. Part I.</b> Prof. Vladimir Benes
14.30 - 15.00	<b>The Last Aneurysm. Part II.</b> Prof. Vladimir Benes
15.00 - 15.30	<b>Facial nerve preservation in vestibular schwannoma surgery.</b> Prof. Venelin Gerganov
15.30 - 16.00	<b>Deep brain stimulation: An update on current practice and future directions.</b> Prof. Keyoumars Ashkan
16.00 - 16.20	<b>State of the art in brachial plexus and peripheral nerve surgery.</b> Prof. Lukas Rasulic



<b>16.20 - 16.40</b>	<b>Vagus nerve stimulation - clinical experience and outcome.</b> Prof. Alessandro Ducati
<b>16.40 - 17.00</b>	<b>Minimally Invasive Spinal surgery techniques for long constructs - "pushing the limits".</b> Dr. Gerd Bordon
<i>17.00 - 17.30</i>	<i>Кафе пауза</i>
<b>17.30 - 18.30</b>	<b>Сбирка на Българско дружество по Неврохирургия</b>

**09 ноември 2014, събота**

<b>09.30 - 11.30</b>	<b>Постерна сесия</b>
<b>11.30 - 11.45</b>	<b>Закриване на конференцията</b>
<b>12.00</b>	<b>Отпътуване</b>

## ПОСТЕРИ

### **П1 - Резултати от оперативното лечение на параклиноидни аневризми**

Вл. Наков, Т. Ефтимов, Пл. Симеонов

*Клиника по Неврохирургия, Военно-Медицинска Академия, София*

**П2 - Дългосегментна перкутанна транспедикулярна фиксация по повод прешленна фрактура на торакално ниво при пациент с анкилозиращ спондилит**  
Н. Габровски, М. Лалева, Н. Велинов, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П3 - Реконструкция на annulus fibrosus при при лумбална диссектомия.  
Първоначален опит**

Н. Габровски, М. Лалева, Н. Велинов, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П4 - Редукционна система Osseofix при компресионни спинални фрактури. Първоначален опит**

Н. Габровски, М. Лалева, М. Захаринов, П. Илков, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П5 - Използване на 3D технология за реконструкция на пострезекционен краниофациален дефект**

К. Георгиев<sup>1</sup>, Р. Борисов<sup>2</sup>, К. Димов<sup>1</sup>, Г. Поптодоров<sup>1</sup>, Н. Велинов<sup>1</sup>, Н. Габровски<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

<sup>2</sup> *Катедра Образна и Орална диагностика*

**П6 - Предизвикателства при лечението на субдурални хематоми при пациент с тромбоцитопения в резултат от късни последствия на лъчева болест**

Г. Поптодоров, Н. Велинов, М. Лалева, К. Абазова, Н. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П7 - Спинални епидурални хематоми – клинични случаи от практиката**  
П. Илков, К. Узунов, Н. Габровски, М. Лалева, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П8 - Метод за удължаване на дисталния катетър при деца след вентрикуло-перитонеална анастомоза**

Н. Алиоски, М. Захаринов, Н. Габровски, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П9 - Анаплазия на глиофибром в астроцитом трета степен и хирургично лечение с помощта на 5-аминолевуленова киселина (5-АЛА)-клиничен случай**  
Г. Поптодоров<sup>1</sup>, Н. Велинов<sup>1</sup>, М. Каменова<sup>2</sup>, П. Станишев<sup>1</sup>, М. Лалева<sup>1</sup>, Н. Христов<sup>1</sup>, Н. Габровски<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София

<sup>2</sup> Клиника по Патология, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София

**П10 - Пириформис синдром- диагноза на изключването**  
В. Михайлова, Н. Габровски, М. Алексовски, С. Чолакова, С. Папазова  
*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П11 - Приложение на трахеостомията при болни с тежка травма в средната зона на лицето в съчетание с черепно-мозъчни травми**  
К. Димов, Ж. Димов, Кр. Бинев, Н. Габровски  
*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П12 - Хирургично лечение на пациент с кливален хондроид - хордом чрез едноетапно съчетаване на трансорален достъп, далечно латерален транскондиларен достъп и задна стабилизация чрез окципитоспинодеза. Клиничен случай**  
Н. Габровски, Н. Велинов, М. Лалева, Н. Христов, Ст. Габровски  
*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П13 - Ранна следоперативна рехабилитация при пациент с фрактура-луксация С1-С2 и дегенеративна шийна стеноза на базата на ревматоиден полиартрит**  
Б. Димитров, Е. Крайнева, К. Странджев, К. Узунов, П. Илков, Н. Габровски  
*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

**П14 - Съвременни възможности за лечение на мозъчни метастази от малигнени меланоми**  
Д. Славков<sup>1</sup>, А. Хаджиянев<sup>1</sup>, П. Троянова<sup>2</sup>, Д. Генова<sup>1</sup>, В. Каракостов<sup>1</sup>, М. Маринов<sup>1</sup>, К. Романски<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клиника по неврохирургия, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, София

<sup>2</sup> УМБАЛ „Царица Йоана“, София

**П15 - Surgical treatment for traumatic odontoid fracture type II with atlantoaxial dislocation: a case report**  
Hr. Hristov PhD, St. Mihaylova, R. Isakova\*  
*Neurosurgical Department, UMBAL “Sv. Ivan Rilski” Sofia*  
\*Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, UMBAL “Sv. Ivan Rilski” Sofia

### **П16 - Диастомелия**

А. Цеков<sup>1</sup>, Хр. Цеков<sup>1</sup>, С. Кондов<sup>1</sup>, В. Пелинков<sup>1</sup>, К. Минкин<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Отделение по Неврохирургия, Токуда болница, София

<sup>2</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София

### **П17 - Spina bifida и съпътстващи малформации – съвременни тенденции и проблеми**

Хр. Цеков<sup>1</sup>, А. Цеков<sup>1</sup>, К. Минкин<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Отделение по неврохирургия, Токуда болница, София

<sup>2</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София

### **П18 - Ефективност на задната декомпресия и инструментална фузия при пациенти с лумбална дегенеративна стеноза**

Св. Калевски<sup>1</sup>, Д. Харитонов<sup>1</sup>, Е. Калевска<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Анна”, МУ-Варна

<sup>2</sup> Втора неврологична клиника, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна

### **П19 - Тайминг и хирургична стратегия при неопластичните заболявания в торакалния и лумбалния спинален сегмент**

Св. Калевски<sup>1</sup>, Д. Харитонов<sup>1</sup>, Е. Калевска<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Анна”, МУ-Варна

<sup>2</sup> Втора неврологична клиника, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна

### **П20 - 360 degree surgery in traumatic subaxial cervical spine**

D. Haritonov, Sv. Kalevski, N. Peev

University Hospital “St. Anna”, Medical University-Varna

### **П21 - Ендоваскуларно лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации – начален моноцентричен опит**

Ч. Бъчваров<sup>1</sup>, Т. Аврамов<sup>2</sup>, Пл. Трендафилов<sup>2</sup>, Д. Ханджиев<sup>2</sup>, Б. Илиев<sup>2</sup>, Т. Кондев<sup>2</sup>, Г. Тодоров<sup>1</sup>, Я. Енчев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Клиника по образна диагностика, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна

<sup>2</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна

### **П22 - Кожен рог (Cornu Cutaneum)**

Б. Илиев, Я. Енчев, Т. Аврамов, Пл. Трендафилов, Д. Ханджиев, Т. Кондев

Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна

**П23 - Менингеален меланоцитом - диференциално – диагностични критерии с други меланотични тумори на ЦНС**

И. Вълков, М. Овчаров, Е. Маринчев, Д. Игоревич, Й. Панов

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛ Плевен*

**П24 - Неврорехабилитационни алгоритми след неврохирургични интервенции**

Ивет Колева

*Катедра „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“, Медицински факултет, Медицински Университет-София*

**П25 - Хирургичен подход при дегенеративна стеноза в лумбален отдел на гръбначен стълб**

Хр. Гигов, В. Ковачев, Ем. Балтов, Тр. Трифонов, М. Ковачев, Ем. Симеонов

*Клиника по ортопедия и травматология, МУ Плевен*

## РЕЗЮМЕТА

### РАЗВИТИЕ НА НЕВРОХИРУРГИЯТА В УМБАЛСМ “Н. И. ПИРОГОВ” – 40 ГОДИНИ ИСТОРИЯ

Н. Габровски

*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

Началото на неврохирургичната помощ в Пирогов е поставено през 1952г., когато се открива сектор за черепно мозъчни и гръбначно мозъчни травми към Травматологичното отделение. С нагрупването на повече опит през 1964г. секторът се трансформира в отделение с 30 легла, с щат от 4 редови лекари, чийто брой за кратко време се увеличава и дава възможност за 24 часова осигуреност с неврохирург.

Отделението става Клиника през 1970г., нейни ръководители през годините са проф. Манол Ванев (1970-1990г.), доц. Александър Табаков (1990-2000г.), проф. Стефан Габровски (2000-2011г.). От началото на 2011г. начело на Клиниката е проф. Николай Габровски.

В своята над 40 годишна история Клиниката по неврохирургия в Пирогов извървява дълъг и труден път на създаване, развитие, усъвършенстване и утвърждаване. Започнала плахо с първите стъпки на Д-р Андрей Лещански, затвърдила се в областта на невротравматологията при Д-р Стефан Добрев, впоследствие с обособяването си Клиниката се доразвива от своите ръководители до уникално по своята организация, структура и режим на работа, високотехнологично лечебно звено.

Към момента Клиниката по неврохирургия разполага със 77 легла, разпределени в 8 отделения, покриващи целия спектър от неврохирургична патология. В нея се оказва неврохирургична помощ денонощно, в спешен и планов порядък, амбулаторно и в болнична обстановка за пострадали и болни от всички възрастови групи. Машабите на болницата и широкия кръг от лекувани заболявания създава възможност, при необходимост за бързо включване в лечебния процес и на лекари от други специалности (коремна и гръдна хирургия, ортопедия, травматология и др.).

### ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА МИГРАЦИЯТА НА КОЙЛ СЛЕД ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНА АНЕВРИЗМА

Вл. Наков<sup>1</sup>, Т. Ефтимов<sup>1</sup>, М. Лилов<sup>2</sup>, И. Тодоров<sup>1</sup>, Пл. Симеонов<sup>1</sup>, К. Нинов<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, Военно-Медицинска Академия, София

<sup>2</sup> Клиника по Образна диагностика, Военно-Медицинска Академия, София

Въведение: В последните години, ендоваскуларното лечение на руптурирани и неруптурирани аневризми, се налага като основен метод на третиране на тази патология, поради по-ниската смъртност, усложнения и болничен престой. Една от редките компликации на койлинга на аневризъмалния сак е миграцията на койла в основния съд. Начин на лечение на това усложнение е отворената хирургия.

Цел: Представяне на алгоритъм за лечение, в условията на спешно състояние, с цел екстракция на мигрирания койл и клипсирание на шийката на аневризъмалния сак.

Материали и методи: От осем годишната практика в ендоваскуларното лечение на аневризми в клиника по неврохирургия на ВМА София, от приблизително двеста извършени емболизации, миграция на койл се е наблюдавало в два случая. След неуспешен опит с ендоваскуларно третиране на проблема и при двата случая се извършиха оперативни интервенции по спешност. Мигриралите койлове се отстраниха през аневризъмалния фундус и последващо клипсирание на аневризъмалната шийка, с помощта на поставени временни клипсове.

Резултати: Извършването на оперативната интервенция е до един час и половина след настъпването на усложнението. И в двата случая пациентите са изписани от клиниката без неврологичен дефицит. Мигриралите койлове са отстранени без налично сериозно кървене, без наличие на неврологичен дефицит. Извършените контролни ангиографии показват пълна оклузия на аневризъмалния сак.

Заключение: Миграцията на дисталната част на койла по време на ендоваскуларното лечение на аневризми е сериозна компликация, която може да доведе до исхемия в дисталната част на артерията. При невъзможност за ендоваскуларно третиране на това усложнение, се препоръчва отворена операция по спешност. Поради тази причина ендоваскуларното лечение трябва да се извършва в болници с наличие на пълен набор от специалисти. - неврохирург, интервенционален рентгенолог, анестезиолог и реаниматор.

## **РЕМОДЕЛИРАЩИ ТЕХНИКИ ПРИ ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНИ АНЕВРИЗМИ**

Н. Велинов<sup>1</sup>, Н. Алиоски<sup>1</sup>, Г. Кирова<sup>2</sup>, Р. Добриков<sup>3</sup>, Ст. Габровски<sup>1</sup>, Н. Габровски<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София

<sup>2</sup> Отделение по Образна диагностика, Токуда болница, София

<sup>3</sup> Клиника по Образна диагностика, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София

Увод: През последните три десетилетия ендоваскуларният подход се превърна от

авангардна техника в един от стандартните методи при лечението на мозъчни аневризми.

Цел: Цел на настоящото изложение е да представим нашия опит в комплексното ендovasкулярно лечение при големи и гигантски аневризми и аневризми с широка шийка.

Материали и методи: За периода януари 2013 – ноември 2014г. при ендovasкулярното лечение на 7 мозъчни аневризми в Клиника по неврохирургия, Пирогов се наложи извършване на ремоделираща техника: flow-divert с койлове (2 случая), самостоятелна стент ремоделираща техника (2 случая), стент с койлове (2 случая) и балон ремоделираща техника (1 случай).

Резултати: При всички пациенти се отчетоха добри непосредствени ангиографски резултати. Клиничното проследяване не отчете негативна динамика в неврологичния статус. Образното проследяване бе осъществявано с КТ ангиография или МР ангиография (с к. м.) на 3ти, 6ти и 9ти месец и конвенционална ангиография на 12ти месец.

Заклучение: Ремоделиращите техники са особено подходящи при аневризми във вертебро базиларната система и офталмичния сегмент на вътрешна сънна артерия. Досегашният ни опит показва, че при коректни показания и изпълнение са относително безопасна алтернатива на другите терапевтични методи.

## **СПОНТАННИ ИНТРАЦЕРЕБРАЛНИ ХЕМАТОМИ – ИМА ЛИ ПРИНОС ДЕКОМПРЕСИВНАТА КРАНИЕКТОМИЯ?**

Р. Попов, Ж. Митев

*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”, София*

Увод: Въпросът за лечението на спонтанните интрацеребрални хематоми, въпреки развитието на медицината, остава спорен. Няма единно мнение за консервативно или оперативно лечение, както и за методите на хирургично лечение и времето за извършване на оперативната интервенция.

Методи: Ретроспективно бяха проучени 29 пациента оперирани по повод спонтанни интрацеребрални хематоми в периода март 2009-март 2014. Анализираха се различните оперативни техники на евакуация, времето на оперативната интервенция и как тези два фактора влияят на изходните резултати оценени по GOS при дехоспитализация.

Резултати: От оперираните 29 пациенти при 19 е предпочетена декомпресивна краниектомия или краниотомия. Пациентите при които е извършена декомпресия, са били с първоначален GCS <13 (GCS<9т - n7; GCS 9-13 - n12). В тази група с добър изход са 42%; задоволителен - 21% и с лош изход - 37%. Пациентите без декомпресия



са били с първоначален GCS >12т. С добър изход са 30%, среден - 40% и с лош изход са 30%. 93% от пациентите първоначално са лекувани консервативно и са насочени за оперативно лечение след влошаване на фона на терапията. Минималното време на оперативна намеса е 3 ч постиктално 66 ч, а максималното 12 дни (средно 66ч).

Заклучение: Декомпресията дава близки резултати в сравнение с пациенти без декомпресия, но при по-лошо начално състояние на групата пациенти. Средното време на оперативната евакуация е близко до съобщеното в други проучвания и препоръчаното от гайдлайните.

## **ХИРУРГИЯ НА ХИПОФИЗНИТЕ АДЕНОМИ В БЪЛГАРИЯ: КАКВО НОВО В МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИЯ ПОДХОД?**

М. Маринов<sup>1</sup>, А. Хаджиянев<sup>1</sup>, Д. Попов<sup>1</sup>, Ж. Сурчев<sup>1</sup>, С. Захариева<sup>2</sup>, С. Въндева<sup>2</sup>, М. Янева<sup>2</sup>, А. Еленкова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ "Св. Иван Рилски", София

<sup>2</sup> Ендокринологична клиника, СБАЛЕНГ „Ив. Пенчев“, МУ-София

Целта на анализа е да се даде реалистична актуална картина на резултатите от мултимодалното лечение на хипофизните тумори в България. Основание за достоверността на изводите е както репрезентативните за страната обем на популацията оперирани пациенти в нашата клиника, така и изграждането след 2008 г. на национална база данни/регистър на хипофизните тумори, в който в момента се съдържат данни за 2530 пациенти.

Авторският колектив анализира постигнатите дългосрочни резултати от хирургическото лечение на 727 пациенти с хипофизни аденоми (275 с акромегалия, 160 с болестта на Кушинг, 125 с пролактиноми и 167 с несекретиращи тумори), оперирани през периода 1999-2013 год. Данните от българският регистър ни дават възможност да определим относителната тежест на оперативното лечение по отношение на морбидността и смъртността на пациентите с хипофизни тумори, като резултатите са стратифициране според техният размер и данни за инвазивен растеж и агресивно биологично поведение. При стриктно съобразяване със съвременните консенсусни критерии за контрол на болестта 100% от пациентите с акромегалия са оперирани като първа линия на третиране, около 1/2 от рецидивните аденоми са реоперирани за постигане на излекуване в рамките на последното проследяване. Ефективността на медикаментозното лечение е най-ниска с допаминовите агонисти, по-добра със соматостатинови аналози и най-успешна при съчетание на последните с рецепторни антагонисти; ефективността на радиотерапията е под 30% при отчитане на негативните й дългосрочни ефекти. Общият процент на контролиране на болестта според регистъра

през последните 5 години възлиза на 70.3%. При болестта на Кушинг хирургията остава първа линия на лечение, постигайки ранна ремисия в близо 85% от случаите и прогресивно нарастващ през първото десетилетие темп на рецидивирание. Съдейки по данните от регистъра в момента при около 70% от популацията с БК е постигнат контрол на заболяването, като допаминовите агонисти имат ефект в ¼ от случаите, а радиотерапията е допринесла за контрол на болестта в 18% от пациентите.

Отчитайки специфичните дадености на Българската здравна система най-бързо ефективният и икономически най-изгоден начин за третиране на повечето хормонално активни аденоми и несекретиращите тумори с големи размери остава тяхното оперативно лечение; домейнът на неврохирургията се разширява в резултат на съвременният интраоперативен технологичен прогрес и сформирането на специализирани центрове за лечение на хипофизна патология.

## **ЕНДОСКОПСКА ИЛИ МИКРОСКОПСКА ХИРУРГИЯ НА ПИТУИТАРНИТЕ АДЕНОМИ, ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ**

А. Хаджиянев, М. Маринов, Ж. Сурчев, Д. Колев, Д. Попов

*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София*

Увод и Цел: Прилагането на ендоскопската, трансфеноидална хирургия при лечението на питуитарните аденоми в последните години, намира все по-голяма популярност спрямо добре познатата микроскопска техника. Резултати от проведени мета-анализи публикувани в световната литература, съпоставящи двете техники, отчитат предимство на ендоскопската методика. Това ни накарва да си поставим за цел, анализ на собствените резултати, отчитайки предимствата и недостатъците от прилагането на двете техники.

Материали и Методи: Проведен е ретроспективен анализ за периода 2005-2014г. Оперирани са 417 пациента, 249 несекретиращ тип, 94 соматотропинома, 48 с Болест на Кушинг и 26 пролактинома. Анализът включва: възраст, пол, симптоматика, обем на резекция, компликации и болничен престой. Оперирани са от един екип с ендоназален трансфеноидален достъп, използвайки микроскоп и ендоскоп.

Резултати: В цялата група е отчетен добър изход от лечението. Постигната е ремисия при 396 и персистиране на симптоматиката и рецидив при 21 пациента. Регистрирани са усложнения: ликворея в 4.38%, лацерация на съдове 0,69%, зрителни смущения 0,69%, преходен инсипиден диабет 7.32%, перманентен инсипиден диабет 1.61%, хипопитуитаризъм 6.69% и увреда на черепно мозъчни нерви при 0.46% от случаите. При комбинирането на микроскопска с ендоскопска техника за оглед е увеличено

времетраенето на оперативната интервенция средно с около 0.32ч., повече от микроскопската хирургия. При чисто ендоскопска техника времетраенето на оперативната интервенция е средно 4.40 ч.. Средният болничен престой не надвишава 3.88 дни.

**Заклучение:** Чисто ендоскопската техника е минимално инвазивна техника, но води до увеличено време на оперативната интервенция. Ендоскопската техника дава по-добра визуална информация за анатомичните структури и намалява риска от пропускането на резидуални участъци от туморните лезии. Компликациите са свързани с опита на хирурга и при прилагането на двете техники. Болничният престой не показва тенденция за намаляване и е съпоставим и в двете групи.

*Ключови думи: питуитарни аденоми, ендоскопия, микроскопска трансфеноидална хирургия.*

## **ВЕРТИКАЛНА И ПАРАСАГИТАЛНА ХЕМИСФЕРОТОМИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНА ЕПИЛЕПСИЯ И ДИФУЗНИ ХЕМИСФЕРИАЛНИ ПРОЦЕСИ**

К. Минкин, П. Димова, К. Габровски, Е. Найденов, Р. Танова, С. Начев, К. Романски, М. Маринов

*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ "Св. Иван Рилски", София*

**Въведение:** Настоящото проучване представя първите 5 случая на хемисферотомия извършени в България с цел контрол на тежка фармакорезистентна епилепсия. В нея се дискутират историята, хирургичните техники, показанията и резултатите при хемисферотомия.

**Материал и методи:** През периода 2011-2014 г. хемисферотомия беше извършена при 5 пациенти. Хемисферотомията беше парасагитална при 1 пациент (синдром на Sturge-Weber) и перинсуларна при 4 пациенти (трима пациенти с хемисфериални поренцефални кисти и един пациент със синдром на Rasmussen).

**Резултати:** Пълен контрол над епилептичните пристъпи беше постигнат при 4-ма пациенти като при петия пациент намалението на пристъпите е от ежедневни до няколко годишно.

**Заклучение:** Хемисферотомииите са важна част от набора от неврохирургични интервенции, които могат значително да подобрят контрола над тежки, фармакорезистентни епилепсии. Хирургията на епилепсииите в нашата страна вече включва всички основни хирургични интервенции за лечение на епилепсия - лезионектомии, зонектомии, темпорални лобектомии, селективни амигдалохипокампектомии, калозотомии, стимулация на левия вагусов нерв и хемисферотомии.

# **НЕВРОЕНДОСКОП- АСИСТИРАНА ЕВАКУАЦИЯ НА ИНТРАЦЕРЕБРАЛНИ КРЪВОИЗЛИВИ БЕЗ ПРОБИВ КЪМ ВЕНТРИКУЛНАТА СИСТЕМА – МОНОЦЕНТРИЧЕН КЛИНИЧЕН ОПИТ**

Б. Илиев, Я. Енчев, Т. Аврамов, Пл. Трендафилов, Д. Ханджиев, Т. Кондев  
*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна*

**Въведение:** Понастоящем, оперативното поведение при интрацеребрални хематоми (ИЦХ) все още е свързано с противоречия по отношение на показания, срокове и методика. Обект на настоящето проучване е серия от случаи на ИЦХ без пробив към вентрикулната система, които претърпяват невроендоскоп-асистирана хирургична евакуация.

**Материали и методи:** Изследването е проведено въз основа на задълбочен анализ на съответната литература. Посредством пунктиформна краниектомия и модифицирани от авторите прозрачни троакари е осъществена ендоскоп-асистирана евакуация на ИЦХ без пробив към вентрикулната система при 30 болни. Пациентите са проследени клинично и рентгенологично, като са определени заболяемостта, смъртността и случаите на рецидивно кървене. Резултатите съгласно Glasgow Outcome Scale Extended (GOSE) са оценени 1 месец след интервенцията.

**Резултати:** Срокът за провеждане на процедурите е в рамките на 48 часа след клиничната изява. Разпределението на ИЦХ е: субкортикална група 53,33% (16 пациента), путаминална група 26.66% (8 пациента), таламична 3,33% (1 пациент) и церебеларна група 16.66% (5 пациента). Средното оперативное време е 45 минути. Смъртността е 3,33% (1 пациент), а заболяемост, свързана с операцията се наблюдава при 1 пациент (3.33%). Процентът на повторно кървене е бил 3,33% (1 случай). Средният резултат по GOSE е 5 към 1-месечно проследяване.

**Заклучение:** Данните показват, че ранната ендоскоп-асистирана евакуация на ИЦХ без пробив към вентрикулната система е безопасна и ефективна възможност за лечение.

## **РЕВИЗИОННА СПИНАЛНА ХИРУРГИЯ – РЕЗУЛТАТИ, АНАЛИЗИ, ИЗВОДИ**

В. Каракостов, Л. Татарчев, Хр. Христов, Р. Аврамов, Н. Стоянчев  
*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София*

Авторите в настоящото проучване имат за цел да представят причините, резултатите и техния анализ от лечението на пациенти със многократни, спинални оперативни интервенции за период от 5 години в Отделението по спинална хирургия на Клиниката по неврохирургия при УМБАЛ „Св.Иван Рилски“ - София. Проучването обхваща всички пациенти постъпили в клиниката за оперативно лечение през този период от време, при които са проведени предходни спинални оперативни интервенции. Направен е анализ на най-честите причини, които са довели до последващи оперативни интервенции, тяхната честота локализация и вид. Обобщените резултати съпоставени с големи мултицентрични проучвания и актуалния световния опит, дават основание на авторите да споделят своите изводи и да представят насоки и препоръки за изготвянето на протоколи за по нататъшно поведение.

### **ХИРУРГИЧНО ПЛАНИРАНЕ, ХИРУРГИЧНА СТРАТЕГИЯ И ТАЙМИНГ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ТОРАКАЛНИТЕ И ЛУМБАЛНИ СПИНАЛНИ ФРАКТУРИ**

Св. Калевски<sup>1</sup>, Д. Харитонов<sup>1</sup>, Е. Калевска<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Анна”, МУ-Варна*

<sup>2</sup> *Втора неврологична клиника, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна*

Увод и цел: В съвременната спинална литература най-много се дискутира хирургичното планиране, хирургичната стратегия и тайминга при лечението на торакалните и лумбалните взривни фрактури, където те са най-чести, и може би никога няма да приключи напълно. Оптималното време за декомпресия и стабилизация е основен и все още спорен въпрос в спиналната хирургия. Гръбначно-мозъчните травми (ГМТ) са най-честата причина за вземане на решение за ранна или отложена хирургия, но все още не е изяснено дали ранната хирургия в рамките на 8-12 часа след травмата корелира с по-добро неврологично възстановяване. Целта на проучването е да се оценят резултатите от хирургичната стратегия, която прилагаме при ГМТ, а именно ранна (до 24я час) задна декомпресивна и стабилизираща хирургия при пациенти с неврологичен дефицит (Frankel/ASIA A-D), както и динамиката на функционалния

статус и степента на болката при оперираните пациенти.

Материал и метод: Проучването включва  $n=205$  случая с гръбначно-мозъчни травми (ГМТ) оперирани в нашата клиника за период януари 2008 – май 2013 година, от които  $n=143$  мъже (69,76%), ср. възраст 43,05 години (14/82) и  $n=62$  жени (30,24%), ср. възраст 44,22 години (14/70). Обща средна възраст на групата е 43,4 години (14/82). Показанията за оперативно лечение и вида на декомпресивните и фиксиращите процедури включват основните параметри, морфология на травмата, интегритет на ЗЛК и неврологичния статус. При планирането на интервенцията се отчита клиничната нестабилност, както и очакваната нестабилност. Пациентите с неврологичен дефицит се оперират до 24 час. Резултатите от лечението се отчитат по VAS и ODI.

Резултати: Към момента на дехоспитализация подобрение в неврологичния дефицит най-малко с една степен или повече по Frankel/ASIA е регистрирано при  $n=22$  (10,73%) от случаите. От тях  $n=4$  (18,18%) при Frankel/ASIA В пациентите,  $n=5$  (22,73%) при Frankel/ASIA С и при  $n=13$  (59,09%) при Frankel/ASIA D. При двама пациенти е отчетено влошаване на неврологичния статус с една степен. Най-голям потенциал за подобрение имат непълните неврологични лезии в ТЛ сегмент на гръбнака, а най-малък имат пълните неврологични лезии в торакалния сегмент.  $p<0,05$  Проследената постоперативна динамика на функционалния статус и болевия синдром при 109 пациенти до 2 години показват много добри резултати, съизмерими с резултатите на авторите от литературата.

Изводи: Резултатите от нашето проучване ни дават основание да твърдим, че ранното изпълнение на съвременните задни декомпресивни и стабилизиращи процедури при пациенти с ГМТ позволяват изпълнението на основните цели, които са поставени пред лечението: максимална декомпресия на невралните структури и създаване на условия за възстановяване на неврологичните функции, корекция на сегментния колапс и спиналната деформация, превенция на спиналната нестабилност и болката, ранно раздвижване.

## **ГРЪБНАЧНО-МОЗЪЧНИ ТРАВМИ В ШИЙНИЯ ОТДЕЛ. ПЕТ ГОДИШЕН ОПИТ**

Е. Маринчев, М. Овчаров, И. Вълков, Д. Игоревич, Й. Панов

*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ Плевен*

Гръбначно-мозъчните травми в шиен отдел са сред най-тежката патология в спешната медицина. Продължават да съществуват сериозни организационни, диагностични и лечебни проблеми.

Цел: Представяме алгоритъма на диагностика и резултати от лечение на 42 случая с гръбначно-мозъчни травми в шийния отдел постъпили в клиника по неврохирургия за периода 2009-2013г.

Материал и методи: Ретроспективно са проучени истории на заболяване и документация от контролни прегледи на 42 болни. Мъже-40, жени-2, от 4г. до 80г. Нива на увреда C1-C2 – 2сл., C2-C3 – 3сл., C4-C5 – 12сл., C5-C6 – 15сл., C6-C7 – 8сл., C7-Th1 – 2сл. Най-честа причина за травмите: Автомобилна злополука, катастрофа с мотор, падане от каруца, падане от дърво. Симптоматика: Квадриплегия – 4 болни, тежка квадрипареза – 18 болни, средно тежка до лека квадрипареза - 16 болни, без отпадна неврологична симптоматика – 4 болни. Диагностични процедури: спондилограми , при нужда томограми, компютърна томография, ядрено-магнитен резонанс, електромиография.

Алгоритъм при болните с гръбначно-мозъчни травми, осигуряване на ефективно дишане, прилагане на високи дози КСТ 2.0 при постъпване и последващо намаляване, катетеризация, ранно оперативно лечение при неврологичен дефицит в резултат от компресия на миелона, антидекубитални мероприятия, ранна рехабилитация. Оперирани са 22 болни от които 20 болни с преден достъп – осъществена декомпресия, репозиция и стабилизация. 2 със заден достъп - осъществена декомпресия, репозиция и стабилизация.

Резултати: Най-честата причина за летален изход е възходящия оток – при 6 болни. Липса на съществено подобрене е налице при 10 болни. При останалите 26 болни е налице подобрене в неврологичния дефицит в различна степен.

Обсъждане: Част от лошите резултати се дължат на организационния хаос в спешната помощ. Въпреки отричането през последните години на високите дози кортикостероиди в някои публикации, считаме, че те имат място в лечението на гръбначно-мозъчните травми. Стабилизацията е задължително условие за ранно раздвижване на болните.

## **ANTERIOR CERVICAL SURGERY – APPROACH RELATED COMPLICATIONS**

D. Haritonov, Sv. Kalevski, N. Peev

*University Hospital “St. Anna”, Medical University-Varna*

Objective: Objective evaluation and presentation of adverse outcomes, or complications, has lagged behind objective measurement and reporting of the beneficial effects of many surgical interventions, including cervical spine procedures. A complete evaluation of competing interventions for the same clinical condition would benefit from an understanding of the negative consequences of given treatment options, in addition to the potential benefits.

Material – Method: Consecutive cohort of patient which underwent anterior cervical

surgery in period of 2006-2012. Review of literature and our own experience. Intraoperative complications – visceral, vascular, neural, implant related. Perioperative complications – oedema, haemorrhage. Plain radiographs, CT scan, MRI.

Results: The rate of overall complication in C-spine procedures is between 3% and 5%. The incidents of oesophageal injury is ~ 0,25% (72 injuries in 10 000 procedures). Up to sixty percent are the incidents of dysphagia as 50% during the first operative month and 13%-21% persistent after 1 year. From vascular complications – injury of vertebral artery – 0,2%-0,5%. Neural complication s– N. hypoglossus – very rare, N. laryngeus superior – (6,5% dysphagia).

Conclusions: Severe complications are less than 1% in anterior cervical access. Oesophageal injuries have high mortality risk if they are not recognised. Preoperative planning is essential for avoidance of vertebral artery injury.

## **КЛИНИЧНИ И БИОЛОГИЧНИ ПРОГНОСТИЧНИ ФАКТОРИ ПРИ МУЛТИФОРМЕН ГЛИОБЛАСТОМ**

Ил. Коев\*, Хр. Желязков<sup>1</sup>, Б. Китов<sup>1</sup>, Б. Калнев<sup>1</sup>, Ив. Батаклиев<sup>1</sup>, М. Казакова<sup>2</sup>, К. Симитчиев<sup>3</sup>, В. Сарафян<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Катедра по Неврохирургия, МФ, МУ-Пловдив

<sup>2</sup> Катедра по медицинска биология, МФ, МУ-Пловдив

<sup>3</sup> Катедра Аналитична химия и компютърна химия, Университет „Паусий Хилендарски“ -Пловдив

\* Клиника по неврохирургия, УМБАЛ „Св. Георги“, Пловдив

Въведение: Мултиформеният глиобластом (GBM) е най-честият мозъчен тумор при възрастни. Характеризира се с бърз клиничен ход и особено неблагоприятна прогноза. Въпреки напредъка на съвременната невроонкология, преживяемостта е средно 12 месеца.

Цел: Да се оценят различни клинични, невро-образни, терапевтични и биологични параметри върху преживяемостта на пациенти с GBM.

Материал и методи: Проследени са 74 пациенти с GBM (41 жени и 33 мъже), оперирани в клиниката по неврохирургия в град Пловдив от 2008г. до 2013г. Периодът на наблюдение е бил от 1 до 58 месеца. Предоперативно е оценен функционалният статус на болните със скалите на Karnofsky и ASA Physical Status. Проведени са измервания на различни параметри на тумора получени от невро-образните изследвания. Тотална или субтотална резекция е осъществена при 59 болни (80%), частична резекция или биопсия при 15 болни (20%). При 33 пациенти предоперативно е изследвана серумна-



та концентрация на новия биомаркер YKL-40 чрез ензимно-свързан имуносорбентен анализ ELISA.

Резултати: Средната преживяемост на пациентите е 9,9 месеца. При проведените статистически анализи (Log Rank Test) не се установи влияние върху преживяемостта на болните от страна на следните показатели: пол, продължителност на оплакванията, повишено вътречерепно налягане, локализация в доминантна/недоминантна хемисфера и по мозъчни дялове, площ (cm<sup>2</sup>) и обем (cm<sup>3</sup>) на тумора, дислокационен синдром (mm). От анализиранияте параметри съществени относно преживяемостта се оказаха: възраст (P=0,001), оценка по Karnofsky (P=0,028), ASA Physical Status (P=0,008), размер на тумора (cm)(P=0,004), обем на оперативната резекция (P=0,017). За количествено описание на влиянието на набор от променливи върху преживяемостта е използван регресионния модел на Cox (Cox proportional hazard regression), като се установи, че само възрастта, оценката по Karnofsky и обемът на резекцията са независими прогностични фактори за преживяемостта при пациенти с GBM.

Проучването показва, че при болните на възраст над 50 год. със серумна концентрация на YKL-40 > 122 ng/ml преживяемостта е по-голяма (P=0,048).

Заклучение: Благоприятни прогностични фактори при GBM са по-млада възраст ( $\leq 50$ г.), предоперативна оценка по скалата на KARNOFSKY  $\geq 70$  и постигната тотална резекция на тумора. По-високото серумно ниво на биомаркера YKL-40 във възрастовата група над 50 год. би могло да се дискутира като благоприятен прогностичен показател.

Благодарности: Проучването е финансирано по проект ДУНК 01-2 / 2009 на МОН

## **ТУМОРИ, АНГАЖИРАЩИ FALX CEREBRI**

Й. Панов, М. Овчаров, И. Вълков, Е. Маринчев, Д. Игоревич

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛ Плевен*

Увод: Туморите, ангажиращи мозъчния сърп (falx cerebri) са редки, с доброкачествен и злокачествен характер. Предоперативен диагностичен проблем са болни с неоткрит карцином на вътрешни органи, при които мозъчната метастаза е с първа клинична проява. Хирургично предизвикателство са тумори с големи размери, както и тези в средна трета на фалкса.

Цел: Да се установят резултати от хирургичното лечение, настъпилите усложнения и следоперативно протичане при болни лекувани в клиниката по неврохирургия за периода 2006-2014 г.

Методи: Проучени са ИЗ, оперативни протоколи и резултати от хистологичните

изследвания. Болните са проследени неврологично и компютърнотомографски по време на престоя и в следващите години след операцията.

Резултати: За този период 79 пациента са лекувани в клиниката по неврохирургия по повод тумори, ангажиращи фалкса. Възрастта на болните е от 42 до 78 години, като мъжете са 51, а жените- 28. Туморите ангажираха фалкса в неговата предна, средна и задна трета. При 64 от болните се доказа менингиом, а при 15 – метастатичен процес. Реоперации във връзка с рецидиви се наложиха при двама болни. Тотално отстраняване е постигнато при 67 пациента. Постоперативна пареза на крака с тенденция към подобрене е установена при 4 болни. Починали болни в ранен следоперативен период– 1.

Заклучение: Неврологичните усложнения могат да се сведат до минимум при прецизна микрохирургична техника, както и от внимателна преценка за обема на хирургичната интервенция без излишен стремеж към радикализъм на всяка цена.

*Ключови думи: Менингиом, falx cerebri, метастаза*

## **КЛИПИНГ ИЛИ КОЙЛИНГ. АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИ ОТ ЛЕЧЕНИЕТО НА 108 ПОСЛЕДОВАТЕЛНИ ПАЦИЕНТИ С ИНТРАКРАНИАЛНИ МОЗЪЧНИ АНЕВРИЗМИ**

Сл. Кондов<sup>1</sup>, Н. Алиоски<sup>1</sup>, Хр. Цеков<sup>1</sup>, Н. Герегелчев<sup>1</sup>, В. Пелинков<sup>1</sup>, А. Цеков<sup>1</sup>, Л. Лалева<sup>1</sup>, Хр. Костадинова<sup>2</sup>, М. Влока<sup>3</sup>

<sup>1</sup> *Отделение по Неврохирургия, Токуда Болница, София*

<sup>2</sup> *Отделение по Неврохирургия, ОАИЛ, Токуда Болница, София*

<sup>3</sup> *Отделение по Образна диагностика, Токуда Болница, София*

Увод: Лечението на мозъчните аневризми винаги е било сериозно предизвикателство за медицината и в частност неврохирургията. Понастоящем то изисква освен добра анатомична и микрохирургична подготовка на неврохирурга и сериозна преценка на поведението, тайминга и координиран интердисциплинарен подход от неврохирурзи, реаниматори, невролози, образни диагностичи.

Цел: Цел на настоящото проучване е да извърши ретроспективен статистически анализ на оперативните и ендоваскуларни подходи за лечение, като сравни основни епидемиологични характеристики и най-вече изхода и усложненията, без да противопоставя двете методики.

Материал и методи: При 108 последователно лекувани пациенти, беше приложено открито клипсиране или ендовазална емболизираща процедура, само при двама се приложи обвиване на аневризмата. С методите на медицинската статистика на анализ,

бяха подложени две субгрупи – първата пациенти подложени на открито оперативно лечение(n=63) и втората пациенти подложени на ендovasкуларна емболизация(n=45).

Резултати: За тригодишен период в отделението по неврохирургия бяха лекувани 108 пациенти с интракраниални мозъчни аневризми. Средната възраст на пациентите беше 49г. Съотношението по пол мъже-жени се отнасяше 1/1.52, при среден престой 10 дни. Добър изход от лечението според обичайните неврологични критерии за оценка имаше при 82,5% от първата субгрупа и 93,3% при втората субгрупа.

Изводи: Ендovasкуларната емболизация дава по-добри ранни резултати, като изход, морбидитет и морталитет, но все още няма яснота за по-късните последствия от този метод. Тя е с двойно по-нисък болничен престой, като косвен икономически белег. Клипсирането на аневризмата резултира в дефинитивно решаване на проблема с опасността от кръвоизлив, но и при двете субгрупи остава въпроса за интензивното лечение на терапевтично резистентния вазоспазм. Има статистически значима разлика при усложненията, които основно се влияят от това дали субарахнодалния кръвоизлив е съчетан с паренхимен и дали е наличен пробив във вентрикулната система. Значително внимание обръщаме на времето на прилагане на хирургичната интервенция спрямо настъпване на спонтанния субарахнодален кръвоизлив.

*Ключови думи: мозъчни аневризми, клипинг, койлинг*

## **НОВИ НАСОКИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА ПРОБЛЕМАТИЧНИ НЕРВНИ УВРЕДИ**

В. Ковачев, Е. Балтов, М. Ковачев, Т. Трифонов, Х. Гигов, О. Матков, Е. Симеонов,  
А. Алшаргаби

*Клиника по ортопедия и травматология, УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, Плевен*

Авторите разглеждат поведението при лечението на трудните за разрешаване увреди на периферните нерви. Разглеждат се различните оперативни техники, тясно свързани с възрастта, големината на нервния дефект и денервационно време над шест месеца.

В зависимост от това се прилагат симултантна интрафасцикуларна нервна пластика, конвенционална нервна пластика с или без сухожилен трансфер.

В определени случаи конвенционалната нервна пластика се допълва с край в страна нервен трансфер.

В два от случаите е използван свободно функциониращ мускулен присадък (m.gracilis) със съдово-нервна анастомоза.

## **МИНИМАЛНО ИНВАЗИВНА ТРАНСПЕДИКУЛАРНА СТАБИЛИЗАЦИЯ – ИНДИКАЦИИ И ОГРАНИЧЕНИЯ, ПРЕДИМСТВА И НЕДОСТАТЪЦИ**

Н. Габровски, М. Лалева, К. Узунов, П. Илков, Н. Велинов, Г. Поптодоров, М. Захаринов, Г. Юруков, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

Увод: Предимствата на минимално инвазивните техники за спинална фиксация са добре познати. С натрупването на повече опит индикациите за провеждането им се разширяват, като истинският потенциал на метода се реализира при третиране на комплексна спинална патология.

Материал и методи: За периода 04.2013 – 08.2014г. в Клиника по неврохирургия на болница Пирогов перкутанна транспедикуларна фиксация, самостоятелно или в комбинация с декомпресия и фузия бе приложена при 92 пациенти с широк спектър гръбначна патология.

Резултати: Серията включва пациенти с прешленни фрактури, дегенеративни и туморни заболявания с тораколумбална локализация и имобилизирани от 2 до 6 прешленни нива. Във всички случаи с възможностите на инструментариума за компресия, дистракция, реклинация и деротация бяха постигнати стабилност и задоволителна корекция при наличен спинален деформитет. Не се отчетоха непосредствени технически затруднения. Клиничното и образно проследяване демонстрират добри краткосрочни резултати и липса на асоциирани с метода усложнения. Проследяването на първите пациенти в серията в рамките на повече от 12 месеца демонстрира и добри дългосрочни резултати.

Заклучение: Усвояването на концепцията за минимално инвазивна перкутанна спинална фиксация и усъвършенстването на техниката, при коректни индикации за хирургично лечение и дефиниране на неговите цели постигат по-малко травматичен и достатъчно ефективен подход в сравнение със стандартните открити достъпи.

*Ключови думи: перкутанна транспедикуларна фиксация*

## РАЗВИТИЕ НА ДИАГНОСТИКАТА И ЛЕЧЕБНИЯ ПОДХОД ПРИ ПАЦИЕНТИ С МЕТАСТАТИЧНИ ГРЪБНАЧНИ ТУМОРИ ПРЕЗ ГОДИНИТЕ. СРАВНЕНИЕ И АНАЛИЗ НА ТРИ 10- ГОДИШНИ ПЕРИОДА

Ат. Даварски<sup>1,2</sup>, Б. Китов<sup>1,2</sup>, Хр. Желязков<sup>1,2</sup>, И. Кехайов<sup>1,2</sup>, Ст. Райков<sup>2</sup>, Ил. Коев<sup>2</sup>, Б. Калнев<sup>1,2</sup>, А. Петкова<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Катедра по Неврохирургия, МФ, МУ-Пловдив

<sup>2</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Георги”, Пловдив

Увод: Въпреки напредъка в медицината броят на болните от злокачествени заболявания непрекъснато се увеличава. Въвеждането на нови технологии за ранното им откриване и по-успешно третиране, увеличи откриването на гръбначномозъчните метастази, с което постави на дневен ред въпроса за необходимостта от систематизиране на диагностичните методи и лечебния подход към тях.

Цел: Да анализира и представи еволюцията в диагностичното поведение и лечението на пациенти с метастатични гръбначни тумори хоспитализирани в Клиниката по неврохирургия при УМБАЛ “Св. Георги” - Пловдив.

Материал и методи: Анализирани са данните при болни с метастатични гръбначни тумори преминали в рамките на три 10 - годишни периода. Първият обхваща годините между 1975- 1984г. и включва общо 72 души (51 са мъже и 21 жени). От тази група оперирани са 34 пациенти, а неоперирани са 38. Вторият период обхваща годините между 1987- 1996г. и включва 58 болни (39 са мъже и 19 са жени). Оперирани са 31 болни, а неоперирани са 27. Третият анализиран период обхваща времето между 2003 - 2012 г. и включва общо 162 болни (115 са с мъже и 47 са с жени). Оперирани са 130 пациенти, а лекувани консервативно са 32.

Резултати: През трите проучени периоди са разгледани динамиката в състоянието при оперираните пациенти по отношение на болката и неврологичния дефицит. Най-голяма оперативна активност и най-значимо подобрене се регистрира през последния анализиран период. Това налага основния извод, че при оптимално използване на съвременните възможности за диагностика и оперативно лечение при пациенти с метастатични гръбначни тумори може да се постигне значимо подобрене в състоянието и качеството им на живот.

*Ключови думи: гръбначномозъчни метастази, оперативно лечение, резултати*

## РЕЗУЛТАТИ ОТ СТАБИЛИЗИРАЩИ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПЪРВИЧНИ, НЕСПЕЦИФИЧНИ СПОНДИЛОДИСЦИТИ

Т. Ефтимов, К. Нинов, Вл. Пранджев, Ив. Хаджиангелов, Н. Маринов, П. Кутин  
*Клиника по Неврохирургия, Военно-Медицинска Академия, София*

**Въведение:** Спондилодисцитите са възпалителни заболявания на гръбначния стълб, причиняващи се от специфични и неспецифични бактериални агенти. Често този тип заболяване е съчетано с изразен болкови синдром и неврологичен дефицит. Дискутабилен е все още въпроса за мястото на стабилизиращата оперативна интервенция при пациенти с този вид патология.

**Цел:** Да анализираме резултатите при пациенти със неспецифичен спондилодисцит и извършена гръбначна стабилизация.

**Материали и методи:** За 10 годишен период в клиниката по неврохирургия на ВМА са оперирани 37 пациенти с първичен неспецифичен спондилодисцит. Като при 29 (80%) от случаите е извършена декомпресия на гръбначния канал с последваща транспедикуларна винтова стабилизация. Основен изолиран причинител е *Staphylococcus aureus*. При 85% от случаите локализацията е в торакален и лумбален отдел на гръбначния стълб.

**Резултати:** При 35(95%) от оперираните пациенти сме наблюдавали пълно подобрене на болевата симптоматика в късния следоперативен период. При 26(70%) от случаите на пациенти с поставена винтова стабилизация сме наблюдавали пълно подобрене или остатъчен лекостепенен неврологичен дефицит, който не е пречка за ресоциализацията на пациента. При 6(16%) случая сме наблюдавали постоперативни усложнения – 3 епидурален абсцес, 1 пациент със спондилодисцит на съседно ниво, 4 случая със супурация на оперативната рана. Само при един от случаите е настъпило усложняване на заболяването, с картината на сепсис, който е завършил с летален изход.

**Заклучение:** Анализът на резултатите показва сравнително нисък процент на следоперативните усложнения, при добро повлияване на неврологичния дефицит и болковия синдром и ранна ресоциализация на пациентите. Поради това, считаме, че стабилизиращата хирургия е показана при пациенти с първичен неспецифичен спондилодисцит на фона на прецизирано продължително антибиотично лечение.

## III - РЕЗУЛТАТИ ОТ ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРАКЛИНОИДНИ АНЕВРИЗМИ

Вл. Наков, Т. Ефтимов, Пл. Симеонов

*Клиника по Неврохирургия, Военно-Медицинска Академия, София*

**Въведение:** Параклиноидните аневризми се характеризират с липса на единна номенклатура при класифицирането им, често срещана комплексна морфология и висока честота на интраоперативна руптура. Поради това, ендovasкуларната облитерация е метод на избор при лечението на тези аневризми. Същевременно, оперативното им лечение не е загубило своята стойност, но е запазено за тези от тях, при които ендovasкуларната облитерация е невъзможна или се е провалила.

**Цел:** Да се определи ефективността и безопасността на оперативното лечение на руптурирани параклиноидни аневризми, в условията на налична ендovasкуларна алтернатива, въз основа на анализ на клиничните и образните резултати от лечението.

**Материал и методи:** Проспективно са проследени 12 пациенти с руптурирани параклиноидни аневризми и с общо 15 аневризми, оперирани през периода 2008-2014 година в две болници: УМБАЛ "Св. Анна" и ВМА, разпределени по Hunt & Hess както следва: I-II степен – 8 пациенти; III степен – 1 пациент; IV-V степен – 2 пациенти. Според морфологията им 12 параклиноидни аневризми са разделени на нормални – 7 и комплексни – 5 аневризми. При 10 пациенти е осъществена резекция на предния клиноиден израстък: при 7 от тях – частична и при 3 от тях – пълна резекция. Операциите са осъществени в острия период (до 3 ден след САХ) при 9 пациенти и в по-късни срокове при 4 пациенти. Пациентите са проследени за период от 3,5 години (от 4 месеца до 5 години). При всичките пациенти е осъществена количествена клинична (mRS) и образна постоперативна оценка. Анализирани са резултатите в зависимост от предоперативния статус (Hunt & Hess), морфологията на аневризмите и степента на ексцизия на предния клиноиден израстък.

**Резултати:** От оперираните 12 пациенти, 9 са изписани без неврологична симптоматика (mRS 0), 1 пациент е със симптоматика на интракраниална хипертензия поради хидроцефалия (mRS 4) и 2 са екзитирали (mRS 6). Всички пациенти с добър изход са били в добро предоперативно състояние. Екзитиралите пациенти са били в тежко предоперативно състояние (Hunt-Hess IV и V степен). Комплексни са били 4 от 9 аневризми при пациентите с добър изход (mRS 0) и 1 от 2 пациенти с летален изход. Резекция на предния клиноиден израстък е извършена при всички пациенти с добър изход и не е осъществена при двамата пациенти с летален изход.

**Заклучение:** Предоперативният статус е основният фактор, който оказва влияние върху изхода от лечението на пациенти с руптурирани мозъчни аневризми. Морфологията на аневризмите в настоящето проучване не е оказала влияние върху изхода от лечението – факт, който противоречи на общоприетото становище.

## **П2 - ДЪЛГОСЕГМЕНТНА ПЕРКУТАННА ТРАНСПЕДИКУЛАРНА ФИКСАЦИЯ ПО ПОВОД ПРЕШЛЕННА ФРАКТУРА НА ТОРАКАЛНО НИВО ПРИ ПАЦИЕНТ С АНКИЛОЗИРАЩ СПОНДИЛИТ**

Н. Габровски, М. Лалева, Н. Велинов, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

Увод: Анкилозиращият спондилит (болест на Бехтерев) е хронично възпалително заболяване с аутоимунна генеза, клинична изява на болка и прогресираща скованост и ангажиране основно на гръбначния стълб и сакроилиачните стави. Среща се често при мъже (съотношение мъже:жени 3 до 4:1) и обичайно дебютира във възрастта 15-35 години.

Гръбначният стълб при анкилозиращ спондилит постепенно губи подвижността и костната плътност на своите сегменти, развива кифотична деформация и е високо рисков за фрактуриране дори при минимална травма.

Клиничен случай: Представяме 59 годишен мъж с анкилозиращ спондилит, намерен вкъщи, вероятно след падане от собствен ръст. При прегледа освен силна локална спонтанна и палпаторна болка в гърба на ниво торако- лумбален преход не се установява друга симптоматика. Липсват коренчева болка, двигателен дефицит или тазово- резервоарни нарушения. От направените спондилограми и КТ се установява фрактуриране на Th10. Прецени се, че е показано хирургично лечение с цел декомпресия (ламинектомия), предвид компрометиране на гръбначния канал на това ниво, корекция на деформитета и стабилизация с дългосегментна конструкция (Th8-Th9-Th11-Th12). Същото се извърши с перкутанна техника (система ILLICO® SE, Arlthatec Spine). Пациентът бе вертикализиран на следващия ден. Гладко протекъл следоперативен период, при добри краткосрочни контролно образни и клинични резултати.

Заклучение: Възможностите на перкутанните техники за декомпресия и стабилизация, с натрупването на повече опит позволяват надеждно третиране на комплексна спинална патология.

*Ключови думи: анкилозиращ спондилит, спинална фрактура, перкутанна стабилизация*



## ПЗ - РЕКОНСТРУКЦИЯ НА ANNULUS FIBROSUS ПРИ ЛУМБАЛНА ДИСЦЕКТОМИЯ. ПЪРВОНАЧАЛЕН ОПИТ

Н. Габровски, М. Лалева, Н. Велинов, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

Увод: Дискектомията на лумбално ниво е стандартна и ефективна процедура при херниране на диска. Независимо от добрите резултати при повечето пациенти, рециви са налице при 0-18.1%, а насочени проучвания установяват налично постоперативно снишаване на дисковото пространство с повече от 25%, което може да бъде причина за клинично значима дегенерация на съседните дискове и интервертебралните стави. С цел профилактиране на евентуално рехерниране на диска и съхраняване на височината му, през последните години стандартната хирургична техника търпи промяна в световен мащаб в насока реконструкция на annulus fibrosus.

Представяме нашия първоначален опит с реконструкция на annulus fibrosus (Barricaid®, Intrinsic Therapeutics, Inc) при лумбална дискектомия.

Материал и методи: Barricaid® се състои от полиестерен меш, който се въвежда в диска през ануларния дефект и титаниева кука, която го фиксира към съседно прешленно тяло.

След предоперативна селекция въз основа на клиничните данни и образната находка и лимитирана дискектомия, последвана от локализиране и измерване на размера на ануларния дефект, под рентгеноскопичен контрол Barricaid® беше използван при четирима пациенти с лумбални дискови хернии. При други двама пациенти независимо от предоперативната селекция, интраоперативните измервания не позволиха имплантиране.

Резултати: И при четиримата пациенти се наблюдаваха добри непосредствени и краткосрочни клинични резултати, при липса на асоциирани с метода усложнения.

Заклучение: По литературни данни реконструкцията на annulus fibrosus при лумбална дискектомия намалява честотата на рецидивно херниране, включително при високорискови пациенти и съхранява височината и биомеханиката на диска, с което редуцира последващи дегенеративни промени и асоциирания с тях влошен функционален изход в дългосрочен план. Нашият първоначален опит демонстрира липса на значимо удължаване на оперативното време и технически затруднения и добри резултати при ранното клинично и образно проследяване.

*Ключови думи: Barricaid®, лумбална дискектомия*

## **П4 - РЕДУКЦИОННА СИСТЕМА OSSEOFIX® ПРИ КОМПРЕСИОННИ СПИНАЛНИ ФРАКТУРИ. ПЪРВОНАЧАЛЕН ОПИТ**

Н. Габровски, М. Лалева, М. Захаринов, П. Илков, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

Увод: Компресионните фрактури на прешленни тела са често усложнение на остеопороза, тумори и травма и се асоциират с болка, прогресивна кифоза и ограничена физическа активност. Най-често използваните техники за хирургично лечение са вертебропластика и кифопластика, добре познати както като предимства, така и като възможни рискове и усложнения.

С цел преодоляване на някои от неудобствата на вертебропластиката и кифопластиката през 2010г. в практиката навлиза редукиционната система OsseoFix®. Преимуществата ѝ включват контролирано позициониране на импланта и възможност за сформирание на костни канали във фрактурираното прешленно тяло.

Представяме нашия първоначален опит с OsseoFix® (Alphatec Spine Inc., Carlsbad, California, USA).

Материал и методи: OsseoFix® е изработен от титаниева сплав и чист титаний. Налични са три размера, с изходен диаметър съответно 4.5, 5.5 и 7.5 мм и е възможно е транс- или екстрапедикулно въвеждане в прешленни тела от Th3 до L5.

За период от 6 месеца в Клиника по Неврохирургия, Пирогов редукиционна система OsseoFix® е използвана при хирургичното лечение на 5 пациенти с компресионни тораколумбални фрактури с различна генеза. Приложени бяха интраоперативната рентгеноскопична техника с едновременно използване на две мобилни С- рамена- във фасова и латерална позиция, двустранно транспедикулно въвеждане на импланта и комбинирано инжектиране на костен цимент.

Резултати: При всички случаи са наблюдавани добри непосредствени и краткосрочни рентгенологични и клинични резултати, при липса на асоциирани с техниката усложнения.

Заклучение: OsseoFix® е сравнително нова, интересна алтернатива на стандартните хирургични техники при лечение на компресионни фрактури в тораколумбалния сегмент, която преодолява някои от техните рискове и позволява задоволително възстановяване на височината на фрактурираното прешленно тяло и бързо повлиявана на болковата симптоматика.

*Ключови думи: OsseoFix®, компресионни фрактури*

## **П5 - ИЗПОЛЗВАНЕ НА 3D ТЕХНОЛОГИЯ ЗА РЕКОНСТРУКЦИЯ НА ПОСТРЕЗЕКЦИОНЕН КРАНИОФАЦИАЛЕН ДЕФЕКТ**

К. Георгиев<sup>1</sup>, Р. Борисов<sup>2</sup>, К. Димов<sup>1</sup>, Г. Поптодоров<sup>1</sup>, Н. Велинов<sup>1</sup>, Н. Габровски<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София

<sup>2</sup> Катедра Образна и Орална диагностика

Реконструкцията на орбитата и средния лицев етаж в случаите с неопластични процеси и формирани екстензивни краниофациални дефекти, изискват индивидуални хирургични техники. За постигането на най-удовлетворителни резултати във функционално и естетическо отношение е необходимо възстановяването на различни анатомични структури участващи в изграждането на средния лицев етаж. Специфичната форма на орбитата, назоорбитоетмоидалния комплекс и горната челюст представляват предизвикателство при реконструктивните операции.

Представеният случай разкрива възможностите на съвременните 3D технологии за възстановяване с алопластичен материал на орбитата с цел постигане на най-добри и предсказуеми анатомични и функционални резултати.

*Ключови думи: реконструкция, орбита, горна челюст, компютър асистирана хирургия, СВСТ*

## **П6 - ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА СУБДУРАЛНИ ХЕМАТОМИ ПРИ ПАЦИЕНТ С ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ В РЕЗУЛТАТ ОТ КЪСНИ ПОСЛЕДСТВИЯ НА ЛЪЧЕВА БОЛЕСТ**

Г. Поптодоров, Н. Велинов, М. Лалева, К. Абазова, Н. Габровски

*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов”, София*

Представяме хода на заболяването на случай на пациент пострадал по време на аварията в Чернобил с тежка тромбоцитопения, като късно последствие от лъчева болест и наличие на двустранни субдурални хематоми.

*Ключови думи: субдурален хематом, тромбоцитопения, лъчева болест*

## П7 - СПИНАЛНИ ЕПИДУРАЛНИ ХЕМАТОМИ – КЛИНИЧНИ СЛУЧАИ ОТ ПРАКТИКАТА

П. Илков, К. Узунов, Н. Габровски, М. Лалева, Ст. Габровски  
*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, София*

Увод: Спиналните епидурални хематоми (СЕХ) са сравнително рядка находка с честота по-малко от 1%-1,7% от всички гръбначни травми. Въпреки, че честотата на тези случаи е относително ниска, е важно те да бъдат разпознавани и лекувани навреме с цел предотвратяване на фатален изход или траен неврологичен дефицит.

Материали и методи: В Клиника по неврохирургия към УМБАЛСМ „Пирогов“ за периода 2009 – 2014 са оперирани четири случая на спинални епидурални хематоми. При всички бе направена декомпресивна ламинектомия с последваща евакуация на хематома. При диагностиката бяха използвани образни методи: МРТ, КТ, миелографско контрастно изследване. Клиничното следене на пациентите се извършваше посредством неврологичния статус.

Резултати: В четирите представени от нас случая като етиологична причина се установява травма. При два от тях тя е ятрогенна. Наличие на коагулопатия се установи в два от случаите. При двама от пациентите се наблюдава значително, а при един – умерено обратно развитие в отпадната неврологична симптоматика в рамките на ранния следоперативен период. Единият от пациентите загина от усложнения.

Заклучение: Съчетанието от рискови фактори за кървене, травма или манипулация върху гръбначния стълб, с последваща неврологична симптоматика непосредствено след това или в по-дълъг период от време, трябва да ни карат да мислим за възможността за епидурален спинален хематом. Ние смятаме, че травмата има водещо значение при появата на епидуралния спинален хематом. Хирургичната декомпресия с евакуация на хематома може значително да подобри функционалния изход при тези пациенти, а в някои случаи да доведе до пълното им възстановяване.

## **П8 - МЕТОД ЗА УДЪЛЖАВАНЕ НА ДИСТАЛНИЯ КАТЕТЪР ПРИ ДЕЦА СЛЕД ВЕНТРИКУЛО-ПЕРИТОНЕАЛНА АНАСТОМОЗА**

Н. Алиоски, М. Захаринов, Н. Габровски, Ст. Габровски

*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов”, София*

Увод: Представяме лесен и надежден метод за осъществяване на удължаване на дисталния (абдоминален) катетър при деца с вентрикуло-перитонеална анастомоза.

Материали и методи: При деца с необходимост от удължаване на дисталния, перитонеален катетър беше приложена следната хирургична техника: прави се кожен разрез на предна коремна стена над мястото на дисталния катетър. Катетърът се локализира, прерязва, след което по неговия ход се въвежда водач 0,35см тип Certofix® (B. Braun Melsungen AG). Старият катетър се експлантира, след което по хода на водача в перитонеалната кухина се въвежда нов. Водачът се отстранява, а новият абдоминален катетър се съединява с клапната система посредством прав конектор.

Резултати: От въвеждането на техниката до този момент са извършени 42 удължавания на абдоминалния катетър. При всички пациенти хирургичното лечение беше успешно – постигна се подмяна на дисталния катетър на шънта. Процедурата беше осъществена без затруднения, при хирургично време между 7 и 15 мин. При всички пациенти следоперативния период премина гладко и без характерните за конвенционалната техника болки в корема в резултат на хирургичния разрез и на пенетрацията на въздух. Не бяха наблюдавани свързани с новата хирургична техника усложнения.

Дискусия: Класическата лапаротомия при подмяната на дисталния катетър на клапната система води до инсуфлиране на въздух в коремната кухина, който от своя страна компрометира перитонеума и чревната перисталтика. Този процес е една от причините за удължаване на болничния престой след удължаване на абдоминалния катетър.

Заклучение: Благоприятните резултати от наличния опит показват, че удължаването на дисталния катетър при вентрикуло-перитонеална анастомоза с помощта на водач е бърза и надеждна алтернатива на конвенционалната хирургична техника.

## **П9 - АНАПЛАЗИЯ НА ГЛИОФИБРОМ В АСТРОЦИТОМ ТРЕТА СТЕПЕН И ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ С ПОМОЩА НА 5-АМИНОЛЕВУЛЕНОВА КИСЕЛИНА (5-АЛА)-КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

Г. Поптодоров<sup>1</sup>, Н. Велинов<sup>1</sup>, М. Каменова<sup>2</sup>, П. Станишев<sup>1</sup>, М. Лалева<sup>1</sup>, Н. Христов<sup>1</sup>, Н. Габровски<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София, България

<sup>2</sup> Клиника по Патология, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София, България

Увод: Глиофибромите са редки тумори на централната нервна система, съставени от астроглиални и фибробластни клетъчни структури. В литературата се откриват описани само 27 случая- 12 със супратенториална, 7 с инфратенториална и 8 с интра-медуларна локализация.

Клиничен случай: Представяме клиничен случай на 51 годишен пациент лекуван оперативно в Клиника по Неврохирургия на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов” по повод на туморен процес в ляв темпорален лоб. Неврологичната симптоматика бе свързана с еднократен комплексен парциален пристъп. На диагностичен КТ с к.м. се установява сравнително добре отграничена туморна формация. Интраоперативно се визуализира значима 5-АЛА асоциирана флуоресценция (5-АИФ). Осъществена бе тотална екстирпация на флуоресциращата солидна част от туморната лезия. Хистологичното и имунохистохимично изследване показва двукомпонентен тумор, съставен от астроглиални клетки (GFAP положителни) и фибробластни клетки, продуциращи колаген (виментин положителни). Високата диференцираност и на двете съставки на тумора при липса на явен атипизъм и ниска пролиферативна активност (пролиферативен индекс средно 1%) даде основание да се приеме диагноза глиофибром.

Гладък постоперативен период, при активно клинично и образно проследяване. След 1 година при налични оплаквания от новопоявило се главоболие, на контролен МРТ бе установен локален рецидив. Отново се осъществи 5-АЛА асистирана резекция, но предвид хистологични данни за анаплазия до астроцитом 3 степен се осъществи се темпорална лобектомия. Впоследствие пациентът бе насочен за провеждане на адювантно лечение.

Заклучение: Случаят представлява интерес поради наблюдаваната бързо настъпила анаплазия на глиалната компонента и значителната 5-АИФ на тумора.

5-АЛА асистираната резекция на мозъчни тумори е все по-широко използвана техника при множество и различни мозъчни тумори. При високостепенни глиоми техниката има доказана висока ефективност.

## **П10 - ПИРИФОРМИС СИНДРОМ- ДИАГНОЗА НА ИЗКЛЮЧВАНЕТО**

В. Михайлова, Н. Габровски, М. Алексовски, С. Чолакова, С. Папазова

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов”, София*

Пириформис синдром е рядък комплекс от симптоми, произтичащи от мускуло-нервен конфликт между m. piriformis и n. ischiadicus в областта на седалището.

Представяме жена на 65 години с болки в лявата лумбална и хълбочна област, разпространяващи се към ингвиналната гънка, тазобедрената става и задностраничната повърхност на лявото бедро. Минали заболявания- в ранна детска възраст е получила абсцес на лявата глутеална област след мускулни инжекции. От статуса правят впечатление леко деформирана и хипотрофична мускулатура на лявата глутеална област и дълбока палпаторна болка в лявата сакрална област.

Подробната анамнеза при пациентката с дълбока болка в седалищната област, засилваща се при седнало и право положение, незначителните дегенеративни промени от ЯМР на лумбален гръбнак, неповлияването от НСПВС и липсата на отпадна симптоматика от страна на седалищния нерв ни дадоха основание да поставим диагноза пириформис синдром. На болната бяха препоръчани акватерапия и комплекс от стретчинг упражнения.

## **П11 - ПРИЛОЖЕНИЕ НА ТРАХЕОСТОМИЯТА ПРИ БОЛНИ С ТЕЖКА ТРАВМА В СРЕДНАТА ЗОНА НА ЛИЦЕТО В СЪЧЕТАНИЕ С ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИ ТРАВМИ**

К. Димов, Ж. Димов, Кр. Бинев, Н. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов”, София*

Обект на настоящата презентация е принципа на поведение при тежка травма в средната зона на лицето съчетана с различна по тежест ЧМТ.

Клиниката на счупването на костите в средната зона на лицето, сама по себе си представлява сложна травма, но тя значително се усложнява при съчетание с черепно-мозъчна травма, като заедно с това нараства и трудността за диагностициране на черепно-мозъчната травма при едновременна травма на лицевия череп, който в този случай привлича вниманието на лицево-челюстния хирург. Клинично черепно мозъчната травма принципно се диагностицира въз основа на налична неврологична симптоматика. Лечението на различните увреди на лицевите кости и меките тъкани

на лицето достатъчно пълно са осветени в литературата по лицево-челюстна хирургия. Разработени са и широко използвани различни методи на лечение на фрактурите на лицевите кости. Черепно-мозъчната травма е обект на лечение от страна на неврохирурзи.

Трахеостомията е хир. операция, чиято цел е осигуряване и възстановяване на дишателните пътища .Като всяка хирургична интервенция трахеостомията представлява и хирургична травма. Показанията за трахеостомиране на болен са ясно и категорично представени в анестезиологичната литература. Актуален и неясен остава въпроса за срока на прилагане на трахеостомията при болни със съчетана травма в средната зона на лицето и ЧМТ.

Представеният снимков материал е изцяло от пациенти приети и лекувани в отделениято по ЛЧХ към КНХ в УМБАЛСМ Пирогов.

## **П12 - ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАЦИЕНТ С КЛИВАЛЕН ХОНДРОИД - ХОРДОМ ЧРЕЗ ЕДНОЕТАПНО СЪЧЕТАВАНЕ НА ТРАНСОРАЛЕН ДОСТЪП, ДАЛЕЧНО ЛАТЕРАЛЕН ТРАНСКОНДИЛАРЕН ДОСТЪП И ЗАДНА СТАБИЛИЗАЦИЯ ЧРЕЗ ОКЦИПИТОСПИНОДЕЗА. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

Н. Габровски, Н. Велинов, М. Лалева, Н. Христов, Ст. Габровски

*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София*

Увод: Хордомите са редки тумори, произхождащи от ембрионалната нотохорда, обикновено срединно в областта на краниовертебралната ос. Хондроид - хордома е относително чест като подтип хордом, но сравнително рядък като туморен процес. Краниалният хондроид- хордом е описан за първи път от Фалконеер през 1968г. и е представен от хрущялна компонента и хордоидни елементи в различни пропорции. Най-често този тип лезии са свързани със сфеноокципиталната синхондроза и се диагностицират след вече настъпила широка инвазия на костните и невровакуларни структури на черепната основа.

Клиничен случай

Представяме клиничен случай на 70 годишен пациент лекуван оперативно в Клиниката по Неврохирургия (КНХ) на УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов” по повод на кливален хондроид - хордом.

Пациентът постъпва в КНХ по повод на новопоявило се главоболие, болков синдром в шийна област, нарушено преглъщане и дрезгавина на гласа. Обективно с изключение на налична булбарна симптоматика не се регистрира друг огнищен неврологичен дефицит.



Проведеното МРТ изследване на главен мозък и шиен отдел установява наличие на лезия с деструкция на кливуса и директна компресия върху медула облонгата.

Прецени се, че с оглед адекватна екстирпация на лезията е уместно едноетапно съчетаване на трансорален достъп, далечно латерален транскондиларен достъп и задна стабилизация чрез окципитоспинодеза. Хистологично се верифицира хондроид - хордом. Предвид наличния неврологичен дефицит се осъществи ранна трахеостомия. Следоперативният период премина без усложнения. Трахеостомната канюла бе отстранена на 20ти постоперативен ден, при отзвучала булбарна симптоматика.

Заклучение: Използването на комбинирани достъпи при рядка патология с подобна локализация е предизвикателство и може да постигне добри резултати при коректно планиране и изпълнение.

*Ключови думи: хондроид- хордом, комбиниран достъп*

### **П13 - РАННА СЛЕДОПЕРАТИВНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТ С ФРАКТУРА-ЛУКСАЦИЯ С1-С2 И ДЕГЕНЕРАТИВНА ШИЙНА СТЕНОЗА НА БАЗАТА НА РЕВМАТОИДЕН ПОЛИАРТРИТ**

Б. Димитров, Е. Крайнева, К. Странджев, К. Узунов, П. Илков, Н. Габровски  
*Клиника по неврохирургия, УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“, София*

Увод: Фрактурите на шийния гръбнак, комбинирани с дегенеративни промени и ревматоиден полиартрит са социално значимо заболяване, предмет на медико – социалната рехабилитация.

Клиничен случай: Представяме жена на 56г., лекувана в Клиниката по неврохирургия на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ по повод на фрактура – луксация С1-С2, придружена с изразени дегенеративни промени, водещи до централна стеноза на вертебралния канал и компресия на миелона на шийно ниво. Дегенеративните промени са вследствие на дългогодишен ревматоиден полиартрит, довел до тежка инвалидизация. След направената магнитно резонансна томография се прецени, че е показано провеждане на оперативно лечение на два етапа: първи – предна декомпресия с трансорален достъп; втори – задна декомпресия и винтова окципитоспинодеза (С0-С1-С2-С4).

Предоперативно пациентката е с изразен квадрипирамиден синдром и силно намалена мускулна сила за четрите крайника (сборна оценка от Мануално мускулно тестване /ММТ/ 3-), невъзможност за самообслужване и ходене (Функционална класификация на ходенето /ФКХ/ степен 1) и сетивност – смутена по проводников тип дистално от Тх3.

Следоперативно се проведе ранна рехабилитация по индивидуална програма, поради комплексно – специфичния характер на заболяването.

При изписването на 15ти следоперативен ден пациентката е със значително подобрена мускулна сила (ММТ 5-), вертикализирана е до самостоятелен стоещ и походка (ФКХ степен 6), възстановена е хватателната функция и фината моторика на горните крайници.

Заклучение: Индивидуализирането на ранната следоперативна рехабилитационна програма при пациенти с комплексна гръбначна патология може да постигне добър функционален изход и възстановяване.

*Ключови думи: рехабилитация, гръбначно – мозъчна травма, ревматоиден полиартрит*

## **П14 - СЪВРЕМЕННИ ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНИ МЕТАСТАЗИ ОТ МАЛИГНЕНИ МЕЛАНОМИ**

Д. Славков<sup>1</sup>, А. Хаджиянев<sup>1</sup>, П. Троянова<sup>2</sup>, Д. Генова<sup>1</sup>, В. Каракостов<sup>1</sup>, М. Маринов<sup>1</sup>, К. Романски<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клиника по неврохирургия, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, София

<sup>2</sup> УМБАЛ „Царица Йоана“, София

Увод и Цел: Мозъчните метастази от малигнени меланоми са с най-лошата прогноза от всички висцерални метастази и представляват една от основните причини за смърт при пациенти с дисеминирана меланомна болест. Засягат хората в активна възраст и по литературни данни представляват около 40% от метастатичните мозъчни тумори. Цел на настоящето проучване е да се анализират клиничните особености, разпространението и протичането на меланомната болест, както и продължителността на ремисиите и общата преживяемост на болните оперирани по повод меланомни метастази в мозъчната тъкан.

Материали и Методи: Проведен е ретроспективен и проспективен анализ на резултатите от хирургичното лечение на 24 пациента. Разпределението по пол : 15 мъже и 9 жени. Средна възраст 61 г. ( 33 - 74 ). При 5 от случаите, меланомните метастази са установени при оперативното лечение, а при 19 имат предварително установено първично огнище с различна локализация. Оперирани са използвайки интраоперативен ултрасонограф и невронавигационна система, за локализация на лезията. Постоперативно са третираны с химио и лъчетерапия.

Резултати: Период от третирането на първичното огнище до появата и лечението на мозъчните метастази - средно 31 месеца. При анализа на резултатите условно па-

циентите бяха разделени на три групи. Група 1 - преживяемост 10 месеца – 4 пациента с единични меланомни мета лезии, наличие на висцерални мета, нормално ниво на LDH и проведено опертивно лечение. Група 2 - преживяемост 6 месеца – 11 пациента с единични лезии, наличие на висцерални мета, повишено ниво на LDH, оперативно лечение, последвано от лъчетерапия и химиотерапия. Група 3 - преживяемост 3 месеца – 9 пациента с множествени мета лезии, наличие на висцерални мета, повишено двукратно и повече ниво на LDH, оперативно лечение, последвано от лъчетерапия и химиотерапия.

Заклучение: Установихме подобрена преживяемост на пациентите в сравнение с данните от по-старите проучвания. Необходими са нови по-задълбочени анализи с цел уточняване на най-ефективните схеми за лечение при комбинирането на хирургичното лечение и адювантната терапия.

*Ключови думи: метастази от малигнен меланом, хирургично лечение, адювантна терапия.*

## **PI15 - SURGICAL TREATMENT FOR TRAUMATIC ODONTOID FRACTURE TYPE II WITH ATLANTOAXIAL DISLOCATION: A CASE REPORT**

Hr. Hristov PhD, St. Mihaylova, R. Isakova\*

Neurosurgical Department, UMBAL “Sv. Ivan Rilski”, Sofia

*\* Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine, UMBAL “Sv. Ivan Rilski”, Sofia*

Odontoid fractures, combined with atlantoaxial dislocation comprise only about 2% of all cervical spine fractures. There are less than 10 cases, described in the literature. This injury combination results in serious instability, while their treatment remains controversial.

We present a one-year follow-up case about a 63- year old woman with Type II odontoid fracture, based on the Anderson and D’Alonzo classification, with a horizontal fracture line, according to the Roy-Camille classification, combined with type IV atlanto-axial instability, according to Fielding-Hawkins classification, occurred after a car accident. Neurological deterioration consisted of acute cervical pain, quadriparetic syndrome, more severely involving the upper extremities. CT of the cervical spine showed odontoid dorsal displacement of 10 mm and compression of the spinal cord with myelomalacic changes.

After careful discussion and review of the literature we decided that the best treatment option for this patient was trans- lateral mass C1 and transpedicular C2 screws fixation with optimal correction of the odontoid dorsal displacement and stability, using Harms instrumentation technique.

Postoperatively the patient showed significant neurological improvement, regarding strength and sensitivity in all four limbs. CT showed complete reduction of the combined odontoid fracture with dislocation and no compression of the spinal canal. At the one-year follow-up, X-rays found no fixation failure or secondary displacement with excellent neurological status.

In conclusion, according to our surgical experience and literature data, we recommend this technique as the most appropriate for the treatment of combined odontoid fractures with dislocation.

## П16 - ДИАСТОМИЕЛИЯ

А. Цеков<sup>1</sup>, Хр. Цеков<sup>1</sup>, С. Кондов<sup>1</sup>, В. Пелинков<sup>1</sup>, К. Минкин<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Отделение по Неврохирургия, Токуда болница, София*

<sup>2</sup> *Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София*

**Въведение:** Липсваща външна изява при прогресиращ неврологичен, урологичен или ортопедичен дефицит е причина за коварната еволюция на този малформативен синдром, който неразпознат своевременно води до тежка инвалидизация в ранна възраст.

**Определение:** Split cord malformation е обединяващо понятие за формите на закрит спинален дизрафизъм, при които гръбначния мозък е разделен надлъжно по протежението на един или няколко сегмента. Два основни варианта на тази малформация са диастематомиелията и дипломиелията, които на практика са различни степени на изразеност на един патологичен процес.

**Цел:** Да се уточни патоморфологична характеристика на тази патология и да се скицира в анатомичен план целта на оперативното лечение, тъй като литературата на български език е insuficientна в това отношение.

**Материал и методи:** Оперативно са лекувани 5 пациента с този малформативен синдром, като три са момчета и 2 момичета, като средната възраст при поставянето на диагнозата е 4 години и 3 месеца. Патологичният процес е разположен в лумбалната и лумбосакралната области при 6, а при 1 в торакалната. Основни клинични прояви са болки – 4, пареза на стъпалата – 3, сетивни нарушения – 3, деформация на стъпалата - 1, нарушен контрол на тазовите резервоари – 3. Диагнозата е поставена с МРТ при 5, при 2 – ма пациенти и с КТ. Оперативно лечение е проведено при всички болни, като подробно е описана използваната оперативна техника.

**Резултати и дискусии:** Всички болни са изписани с подобрение в една или друга степен, а едно от децата е реоперирано в друга болница извън страната, поради

рецидив на парезата на долните крайници и при наличието на остатъчен септум, не-отстранен при първата интервенция. При диастематомиелията се касае за разделянето на гръбначния мозък на две обикновено равностойни половинки/с/с собствен централен канал и отделящи се нормално нервни коренчета/, във собствен дурален сак отделен от костно-хрущялен септум. При дипломиелията дуралния сак е общ. С физиологичното нарастване на вертебралния канал възниква ефекта на тетеринг на миелона което води до бавнопрогресиращ двигателен дефицит и нарушен контрол над тазовите резервоари. Диагнозата се поставя с КТ/МРТ. Лечението е оперативно . Появилният се неврологичен дефицит не винаги претърпява обратно развитие.

Заклучение: Диастематомиелията е част от проблема Спина бифида окулта. Не винаги се представя с видим кожен дефект, костни аномалии или вроден дефицит, а нетипичното развитие на клиничната картина е причина тези деца да попадат в ортопедичен и урологичен кабинети. Лечението е оперативно и не търпи отлагане.

*Ключови думи: Diastematomyelia, Tethered cord syndrome, Surgery, Results*

## **П17 - SPINA BIFIDA И СЪПЪТСТВАЩИ МАЛФОРМАЦИИ – СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМИ**

Хр. Цеков<sup>1</sup>, А. Цеков<sup>1</sup>, К. Минкин<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Отделение по неврохирургия, Токуда болница, София*

<sup>2</sup> *Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ “Св. Иван Рилски”, София*

Въведение: Разнообразните форми на спиналния дизрафизъм са в резултат на дефект при затварянето на първичната нервна тръба. В резултат на това се получава видимата в повечето случаи спинална патология/менингоцеле, миелоцеле/, както и множество аномалии разположени по средната линия/вътрешна хидроцефалия, малформация на Арнолд-Киари, диастематомиелия, аномалии на прешлени, дермал синус, вродени тумори/, които се диагностицират след насочено търсене. Докато взаимоотношенията между вътрешната хидроцефалия и открития спинален дефект са сравнително добре проучени, то диагностиката и връзката между клиничните прояви и образната находка при някои от тях е все още в процес на дискусии. Особено актуален в това отношение е т.н. Tethered cord syndrome.

Цел: Да се обобщи личния опит от над 494 случая на открит спинален дизрафизъм и да се анализират проблемите свързани с решаването на диагностично-лечебните затруднения.

Материал и методи: Болните са оперирани и анализирани основно от автора, като лечението е провеждано в различни здравни заведения /УБ ”Александровска” - до

2006 год., УБ ”Св.И.Рилски” /2006-2010/ и Болница Токуда/2010-2014/. След 1990 година са оперирани 119 болни, на възраст от 0 до 14 години. Диагнозата е поставяна с КТ и МРТ.

Резултати и дискусии: Докато сроковете за оперативно лечение на откритата спинална бифида са дискутирани и в предишни публикации, то акцента в настоящето проучване е поставен върху патологията предизвикваща т.н. ефект на тетеринг. Това са вродени тумори -11, терминален филиум -5, диастематомиелия – 5, дермален синус – 4, аномалии в прешлени – 3, неефективно отстраняване на дизрафичен дефект – 3, неоперирано миелоцеле - 7. Основните клинични прояви са нарушения в движенията, сетивността, трофиката и контрола над тазовите резервоари. Образни изследвания са провеждани при всички болни с прояви на дизрафизъм, независимо от възрастта и оплакванията. Дискутират се оперативните техники при всяка една патология. При повечето пациенти е отчетено подобрене в неврологичната симптоматика, при данни от литературата за необратимост на увредите.

Заклучение: Активно търсене на скрити прояви на дизрафизъм. Ранно оперативно лечение

*Ключови думи: Spina bifida, Hydrocephalus int., Tethered cord syndrome*

## **П18 - ЕФЕКТИВНОСТ НА ЗАДНАТА ДЕКОМПРЕСИЯ И ИНСТРУМЕНТАЛНА ФУЗИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ЛУМБАЛНА ДЕГЕНЕРАТИВНА СТЕНОЗА**

Св. Калевски<sup>1</sup>, Д. Харитонов<sup>1</sup>, Е. Калевска<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Анна”, МУ-Варна

<sup>2</sup> Втора неврологична клиника, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна

Увод и цел: През последните две десетилетия при лечението на ЛДС бяха въведени няколко техники за декомпресия и артродеза, които повишиха в значителна степен ефективността на хирургичният подход към тази патология. Въпреки това все още остават спорните въпроси каква декомпресивна хирургия да се използва и в коя ситуация какъв вид спинална инструментация да се приложи.

Целта на проучването е да се проследят хирургичните резултати при серия от пациенти с лумбални дегенеративни заболявания, на които е приложена задна декомпресия и инструментална фузия.

Материал и метод: В изследването са включени n=48 последователни пациенти (М19/Ж29), ср. възраст 59,32 години (30/85), при които освен декомпресивните процедури е извършена задна педикуларна инструментация и фузия. Динамиката на

болевия синдром и функционалния статус на оперираните пациенти пре- и постоперативно извършваме посредством VAS и ODI.

Резултати: Функционалната оценка по ODI показва статистическо значимо подобрене още при ранните постоперативните резултати ( $\wedge$ ODI = 55,05%), които отбелязват тенденция на подобрене при ранните постоперативни наблюдения и при късните наблюдения съответно (58,37%) и (61,55%) ( $p < 0.05$ ). При 57,06%  $n=(8/17)$  от пациентите с предоперативни данни за парези е регистрирано подобрене по отношение на силата и обема на движенията в паретичните мускулни групи. При последващото проследяване е отчетено значително подобрене на паретичните разстройства, както и на клаудикацията 70,59%  $n=(12/17)$ . По отношение на коренчевия болев синдром и болките в кръста ранните следоперативни резултати показват бързо и съществено подобрене, което се запазва и в късните наблюдения, особено при пациенти с различни степени на дегенеративна лумбална листеза -  $\wedge$ VAS - 72,06%; 73,53%; 77,94% ( $p < 0.05$ ).

Изводи: При пациенти с лумбални дегенеративни заболявания, добрата декомпресия на невралните елементи и инструменталната стабилизация е свързана с висока степен на постоперативна фузия, която корелира положително с добрите клинични резултати при нисък оперативен риск. При многоетажните стенози е целесъобразно декомпресивните и стабилизиращи процедури да се провеждат само на клинично значимото ниво.

## **П19 - ТАЙМИНГ И ХИРУРГИЧНА СТРАТЕГИЯ ПРИ НЕОПЛАСТИЧНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ТОРАКАЛНИЯ И ЛУМБАЛНИЯ СПИНАЛЕН СЕГМЕНТ**

Св. Калевски<sup>1</sup>, Д. Харитонов<sup>1</sup>, Е. Калевска<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Анна”, МУ-Варна

<sup>2</sup> Втора неврологична клиника, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна

Увод и цел: Всички съвременни автори са единодушни, че най-честото място за костни метастази е гръбначният стълб (70%-90%), като най-често се засяга торакалния сегмент, следван от лумбалния и че тяхното разрушително действие оказва значително влияние върху стабилността му. Въпросът за тайминга и хирургичната стратегия при гръбначните и гръбначно-мозъчните неопластични процеси е не по-малко отговорен и спорен отколкото при ГМТ. Вземането на решение за типа на лечение и тайминга за хирургичната интервенция са интердисциплинарен процес, който се оказва трудна задача и по тази причина все още няма общоприети, валидизирани и установени критерии.

Целта на проучването е да се оцени тайминга, хирургичната стратегия и постоперативните резултати при хирургично лекувани пациенти със симптоматични гръбначни неопластични заболявания.

Материал и метод: Проучването включва  $n=112$  пациенти, от които с първични гръбначно-мозъчни тумори са  $n=11$  пациенти и с вторични метастатични тумори са  $n=101$  пациенти. Използваната хирургична стратегия за декомпресия и стабилизация зависи от анатомичното разпространение и естеството на тумора, както и от преценката на прогнозата и изхода от лечението. Оценката на динамиката на неврологичния дефицит оценяваме по скалата Frankel/ASIA, динамиката на болевия синдром и функционалния статус на оперираните пациенти извършваме пре- и постоперативно посредством VAS и ODI.

Резултати: При едномесечно проследяване на  $n=77$  оперирани пациенти подобрене на болевия синдром съобщават  $n=49(63,64\%)$  – от преоп. VAS ср. 6,1(9/3,2) до постоп. VAS ср. 3,2 (5,4/1) -  $P<0,05$ . При оценката на функционалния им статус по ODI също се отчита подобрене при  $n=60(77,92\%)$  от случаите – от преоп. ODI ср. 66% (92/22) до постоп. ODI ср. 42% (55/12) -  $P<0,05$ . Над шест месеца са проследени  $n=24$  пациенти.

Изводи: Използваната от нас хирургична стратегия за декомпресия и стабилизация зависи от анатомичното разпространение и естеството на тумора, както и от преценката на прогнозата и изхода от лечението по ревизираната оценъчна точкова система на Tokuhashi et al.. Постигнатите функционални резултати са много добри и са съизмерими с резултатите публикувани в световната литература.

## **П20 - 360 DEGREE SURGERY IN TRAUMATIC SUBAXIAL CERVICAL SPINE**

D. Haritonov, Sv. Kalevski, N. Peev

*University Hospital "St. Anna", Medical University-Varna*

Background context: Subaxial cervical spine injuries account for more than 66% of cervical fracture and 75% of cervical dislocations. The implications, most notably spinal cord injury, are so severe that radiographic and clinical evaluation of the cervical spine is routinely performed on all patients presenting with traumatic injuries. Additionally, there has been a proliferation of surgical techniques and spinal instrumentation specifically to address these injuries. In lights of these implications and despite a vast amount of clinical experience, the diagnosis, classification, and treatment of subaxial cervical trauma remain exceedingly inconsistent. An important problem is subaxial traumatic instability and the need of related augmentation surgery.



Purpose: To characterize and confirm the testimony of posterior augmentation surgery in patients with traumatic subaxial instability.

Study design: Retrospective consecutive case series.

Patient sample: Twenty-one patients were included.

Methods: The surgical and medical records were used to include twenty-one patients from all ninety-three candidates who have undergone subaxial surgery between 2008 and 2012. Plane radiographs, CT scan and MRI were used to assess the postoperative instability.

Results: Patients with subaxial injuries and MRI evidence for damage of the anterior and posterior ligamentar structures which have undergone anterior cervical surgery, fusion with bone graft and plate, are definite candidates for reoperative surgery. The group of patients with monosegmental instability underwent only anterior reconstruction with spacer and plate. The follow up indicate that these instrumentation is sufficient for monosegmental instability. Another group of patients with multisegmental instability underwent circumferential (3600 ) cervical surgery.

Conclusions: Anterior fusion with bone graft and plate is not sufficient procedure for maintaining the sagittal balance. Multilevel instability required circumferential (3600 ) cervical surgery.

## **П21 - ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНИ АНЕВРИЗМИ И АРТЕРИОВЕНОЗНИ МАЛФОРМАЦИИ – НАЧАЛЕН МОНОЦЕНТРИЧЕН ОПИТ**

Ч. Бъчваров<sup>1</sup>, Т. Аврамов<sup>2</sup>, Пл. Трендафилов<sup>2</sup>, Д. Ханджиев<sup>2</sup>, Б. Илиев<sup>2</sup>, Т. Кондев<sup>2</sup>, Г. Тодоров<sup>1</sup>, Я. Енчев<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Клиника по образна диагностика, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна

<sup>2</sup> Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Марина”, МУ-Варна

Увод и цел: Ендоваскуларното лечение е избор на поведение при пациенти, отговарящи на определени критерии. Настоящото съобщение представя началния опит с ендоваскуларно лечение на мозъчни аневризми и артериовенозни малформации в УМБАЛ “Света Марина“ гр. Варна.

Материал и методи: За период от 18 месеца са осъществени 26 ендоваскуларни емболизации при пациенти с мозъчни аневризми и 5 емболизации в 7 сесии при артериовенозни малформации. Използвани са различни видове спирали- 3 D и хеликоидални, а при артериовенозните малформации като емболизационен агент е приложен ONYX.

Резултати: Средното оперативно време е 2 ч. и 40 мин. При всички пациенти е постигната емболизация на патологичната съдова находка. По-добри резултати се наблюдават при болни с едноетапна, ранна диагностика и извършена ендovasкуларна интервенция в първите 12 часа след инцидента. Средният болничен престой е 10 дни.

Изводи: Благодарение на съвместната работа на интердисциплинарен екип от неврохирурги, невролози, анестезиолози и интервенционални рентгенолози - ендovasкуларното лечение на индицирани болни понастоящем е рутинна практика в УМБАЛ „Света Марина“.

## **П22 - КОЖЕН РОГ (CORNU CUTANEUM)**

Б. Илиев, Я. Енчев, Т. Аврамов, Пл. Трендафилов, Д. Ханджиев, Т. Кондев  
*Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Св. Марина“, МУ-Варна*

Кожен рог (Cornu Cutaneum) е сравнително рядък тумор, най-често възникващ от изложена на слънце кожа при възрастни мъже, обикновено след петото десетилетие. Заедно с някои доброкачествени образувания като брадавици или себорейни кератози, кожният рог може да бъде свързан и с актинични кератози, болест на Bowen и плоскоклетъчен карцином.

Клиничен случай: 73 годишен мъж с Cornu Cutaneum на главата с размери 8/2 см в основата и 6 см височина, с данни за дискомфорт и честа цефалгия. Туморната формация е отстранена видимо тотално. Постигнат е добър козметичен ефект. От хистологичното изследване- данни за Cornu Cutaneum. Една година след интервенцията болният постъпва с рецидивна туморна формация, която е отстранена отново до нивото на кожата. Свързаната литература е анализирана обстойно. Хирургията е метод на лечение при селектирани болни с Cornu Cutaneum.

## **П23 - МЕНИНГЕАЛЕН МЕЛАНОЦИТОМ - ДИФЕРЕНЦИАЛНО – ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ С ДРУГИ МЕЛАНОТИЧНИ ТУМОРИ НА ЦНС**

И. Вълков, М. Овчаров, Е. Маринчев, Д. Игоревич, Й. Панов  
*Клиника по неврохирургия, УМБАЛ Плевен*

Увод: Клиничното понятие менингеален меланоцитом е въведено за първи път от Limas & Tio през 1972 година, диференцирайки неоплазми на ЦНС, които на свет-

линна микроскопия имат характеристика на менингеом, а ултраструктурно показват характеристика на меланотична неоплазма.

Клиничен случай: 62 годишен мъж е опериран двукратно в клиниката /за 17 месеца/ с хистологична верификация от първата интервенция- малигнен меланом, докато при втората радикална интервенция, хистологичния резултат е менингеален меланоцитом. Несъответствието между първия хистологичен резултат и отличният клиничен резултат ни принуди да потърсим хистологични критерии за верификация.

Материал и методи: а. Пре и постоперативен КТ, б. Светлинна микроскопия- оцветяване по Фонтана- Мейсън за меланин/ + /. Оцветяване по Гомори за ретикулинови фибри периваскуларно / + /. в. Имунохистохимия- наличие на Виментин S-100 протеин и НМВ-45 Антиген. Туморните клетки са негативни за ЕМА. г. Електронна микроскопия- множество меланозоми в различен стадий на матuration. Клетъчен контакт- тип zonula adherens.

Резултати: Посочените резултати ни дават диагностични критерии за поставяне на тази рядка диагноза.

Заклучение: Менингеалният меланоцитом е бенигнен тумор и за това се препоръчва хирургичен радикализъм. Все още няма доказателства за възможна малигнена трансформация.

## **П24 - НЕВРОРЕХАБИЛИТАЦИОННИ АЛГОРИТМИ СЛЕД НЕВРОХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ**

Ивет Колева

*Катедра „Медицинска рехабилитация и ерготерапия“, Медицински факултет, Медицински Университет-София*

Настоящият обзор третира проблемите на неврорехабилитацията и ерготерапията при пациенти на неврохирургичните клиники / отделения.

Целта ни е да предложим обща идея относно съвременните концепции на физикалната терапия и рехабилитация (ФТР) и основните принципи на приложение на естествените и преформирани физикални фактори (движение, дейности, минерални води; топлина и студ, климат; електрически токове, магнитни полета, светлина, ултразвук).

Представени са: дефиниции на ФТР и неврорехабилитацията (НР), цели и задачи; методи за качествена и количествена оценка на рехабилитационния потенциал при различни заболявания и състояния след неврохирургична интервенция, структуриране на неврорехабилитационен план и неврорехабилитационна програма; членове на

мултидисциплинарния неврорехабилитационен екип (в неврохирургичната клинична практика).

Предлагаме нашето виждане относно неврорехабилитационни алгоритми, включващи особеностите на ФТР-програмата на пациенти със заболявания и увреди на централната и периферната нервна система – след неврохирургична интервенция.

Представени са и собствени проучвания относно въздействието на ФТР-програми при този тип пациенти (1989-2012), както и лични наблюдения от проведени курсове неврорехабилитация при пациенти на Клиника Неврохирургия при УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ (2012-2014).

Споделено е и лично мнение относно професионалната подготовка (теоретични знания, практически умения, компетенции) на някои категории персонал (лекари – специалисти ФРМ, медицински рехабилитатори ерготерапевти), работещи в областта на неврорехабилитацията с неврохирургични пациенти.

*Ключови думи: неврорехабилитация, ерготерапия, алгоритми, физикални фактори, рехабилитация, професионална компетентност*

## **П25 - ХИРУРГИЧЕН ПОДХОД ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНА СТЕНОЗА В ЛУМБАЛЕН ОТДЕЛ НА ГРЪБНАЧЕН СТЬЛБ**

Хр. Гигов, В. Ковачев, Ем. Балтов, Тр. Трифонов, М. Ковачев, Ем. Симеонов  
*Клиника по ортопедия и травматология, МУ Плевен*

Дегенеративната стеноза и нестабилността на гръбначния стълб са една от най-честите причини за хирургични интервенции в лумбален отдел на гръбначен стълб при пациенти над 55-годишна възраст. Лечението е свързано с декомпресия на невралните структури и възстановяване баланса на гръбначния стълб. Хирургичното лечение на тези пациенти включва декомпресивни процедури, използване на стабилизиращи системи, използване на антиадхезивни препарати, фузия, и интерспинални спейсъри при млади пациенти. Представените пациенти са разделени на три групи: пациенти със стеноза на латералния рецесус, пациенти с централна стеноза, пациенти с дегенеративна спондилолистеза.

Хирургичното лечение на дегенеративната лумбална стеноза изисква диференциран индивидуален подход при всеки клиничен случай и съответстващата й оперативна техника.

## СПОНСОРИ

### Платинен спонсор



VALENTIA  
LEONIS  
GROUP

Валентиа Леонис е фирма за търговия на едро с медицински изделия и медицински услуги. Предмет на нашата дейност е производство, внос и дистрибуция на висококачествени медицински изделия. Ние сме екип от млади специалисти в областта на медицинските изделия с отлични контакти и дългогодишен опит в областта на Неврохирургия, Гръбначна Хирургия и Ортопедия. Регистрирани сме в ИАЛ като вносител и търговец на едро на медицински изделия с лицензен № 841 от Март 2012 г.

### Златен спонсор



Актавис е водеща световна фармацевтична компания, предлагаща широко портфолио от генерични, оригинални и биоподобни медикаменти. Актавис има търговски представителства в над 60 страни и притежава над 30 производствени мощности по света. Актавис е най-голямата фармацевтична компания в България по продажби в опаковки и производствен капацитет. Компанията предлага най-богатото продуктово портфолио на българския пазар, покриващо най-важните терапевтични групи. Актавис притежава две производствени мощности в България, в Дупница и Троян, които отговарят на най-високите световни стандарти във фармацевтичното производство.

Заводът на Актавис в Дупница е сред най-големите производители на твърди лекарствени форми в Европа, единственият фармацевтичен завод в България, който произвежда и изнася лекарствени продукти за Западноевропейски страни, Латинска Америка, Тихоокеанския регион.

# B | BRAUN

## SHARING EXPERTISE

Б. Браун е един от водещите производители на продукти и услуги, предназначени за болници, общопрактикуващи лекари и сектора за домашно лечение.

Отдел Ескулап на Б. Браун предлага продукти и услуги, които се използват в операционните зали. В продуктовата гама на Ескулап се включват хирургичен инструментариум за конвенционална и миниинвазивна хирургия, ортопедични и неврохирургични импланти, стерилизационни контейнери, моторни системи, хирургичен шевен материал, продукти за хемостаза, консумативи за инвазивна кардиология и сърдечно-съдова хирургия.



“Ви енд Ди Сървисис“ ООД е официален дистрибутор на Stryker за България. Фирмата е основана през 2007 г и оттогава развива търговска дейност, представяйки на родния пазар висококачествените и иновативни продукти на Stryker и други американски компании от различни сфери на бизнеса.

Stryker е международна корпорация за медицински изделия и оборудване, базирана в Каламазу, щата Мичиган, САЩ. Компанията е поставена в класация топ 500 на сп. „Fortune“ за най-добрите компании.

Продукцията на фирмата е свързана с производството на импланти за ортопедичната хирургия и неврохирургия, медицинско оборудване за операционни зали и отделения, навигационни системи, ендоскопски и комуникационни системи и др. Компанията е основана през 1941 от Д-р

Homer Stryker – ортопед и изобретател, базиран в Каламазу. Сред патентите на Д-р Stryker е изобретението на осцилиращата фреза, предназначена за сваляне на гипсови имобилизации с цел щадене на меките тъкани; гумен ток за натоварване при гипс на долния крайник и др.

## Сребърен спонсор



# Medtronic

Medtronic е най-голямата в света компания за медицинска технология, предлагаща безпрецедентен обхват и дълбочина на иновативни терапии с цел да изпълним нашата мисия за облекчаване на болката, възстановяване на здравето, и удължаване на живота. Миналата година повече от 10 милиона души са се възползвали от нашите медицински терапии, лекуващи сърдечно-съдови заболявания, диабет, неврологични и мускулно-скелетни състояния.

# SIEMENS

Направление Здравеопазване на Siemens е един от най-големите доставчици в сферата на здравеопазването и е лидер в системите за образна диагностика, информационните технологии и сервизното обслужване. Компанията предлага продукти и решения за всеобхватна грижа за пациента – от превенция и ранна диагностика до терапия и следболнична грижа.

## Спонсори изложители

Глобал Медикал ООД

Прохелт ЕООД

Хелмед България

З. Ф. Полфарма – клон България

РСР ЕООД

Ви Енд Ди Сървисис ООД

Кардио Медикал ЕООД

Вес Корект

Интернешънал Медикъл Дистрибушън ЕООД

Джонсън и Джонсън България ЕООД

Ортошоп - 1 ЕООД

**P1** - Платинен изложител - Валентиа Леонис

**G1** - Златен изложител - Актавис

**G2** - Златен изложител - Б Браун Медикал

**G3** - Златен изложител - Сименс

**G4** - Златен изложител - Ви енд Ди Сървисис

**S1** - Сребърен изложител - Medtronic BV

**St 1** - Стандартен изложител - Хелмед

**St 2** - Стандартен изложител - Глобал Медикал

**St 3** - Стандартен изложител - З.Ф. Полфарма  
клон България

**St 4** - Стандартен изложител - Джонсън и Джонсън  
България/ Ортосинтез-1

**St 5** - Стандартен изложител - Интернашънал  
Медикал Дистрибушън

**St 6** - Стандартен изложител - Кардио Медикал

**St 7** - Стандартен изложител - РСР

