

XXVI НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ

ПО

НЕВРОХИРУРГИЯ



19-21 Октомври, 2017

Сол Nessebar Палас, Nessebar

РЕЗЮМЕТА
www.neurosurgery.bg

Колко значим е тайминга на оперативната интервенция при спинални дурални артерио-венозни фистули I тип за изхода на лечението?

Нинов Кр. 1, Христов Хр. 1, Михайлова Ст. 1, Каракостов В. 1, Сираков Ст. 2
1-Клиника по Неврохирургия УМБАЛ "Св. Иван Рилски" гр. София
2-Клиника по Образна диагностика УМБАЛ "Св. Иван Рилски" гр. София

Въведение

Спиналните дурални артериовенозни фистули (СДАВФ) I тип са най-честата съдова патология на гръбначния стълб. Представяват сериозно предизвикателство както в диагностицирането им, така и в лечението им. Целта на това проучване е да отдаде основно внимание на корелацията между времето на диагностика и лечение спрямо появата на първите симптоми и изхода от заболяването.

Материали и методи

Извърши се проспективен анализ на 31 пациенти, лекувани по повод СДАВФ I тип, в рамките на осем годишен период в клиниката по Неврохирургия в УМБАЛ "Св. Иван Рилски" гр. София. При 28 пациенти е използван микрохирургичната облитерация като метод на лечение и при двама ендоваскуларен метод и при един пациент бяха съчетани и двата начина на лечение. Постоперативно пациентите бяха оценени по скалата на Амоноф-Лоуг скалата (АЛС) и модифициранта Ранкинг скала.

Резултати

При 21 мъже и 10 жени се осъществи лечение по повод СДАВФ I тип като средната възраст е 63 години. Времето от първите симптоми до оперативната интервенция е средно 10 месеца. Предоперативно в 80% от случаите пациентите са 2-3 степен по АЛС. Пациентите с тежък предоперативен дефицит – 5 случаи, като само при един се установи подобрение. При пациентите оценени по АЛС като 4 и 5 ст. средно времето от първите симптоми до лечението на СДАВФ е 23 месеца – от 16 – 65 месеца. В 85% от случаите има подобрение в двигателния дефицит. В 74% от пациентите, предоперативно се установява тазово-резервоарни смущения. При всички облитерации посредством микрохирургична техника не се наблюдава постоперативен рецидив на СДАВФ.

Постоперативна контролна ангиография се извърши при всичките 31 пациенти.

Заклучение

Микрохирургичната облитерация остава златен стандарт на лечение на СДАВФ. Времето от началото на симптомите до лечението е един от основните определящи фактори за изхода от заболяването.

Иновации и минимално инвазивни техники в спиналната хирургия, прилагани в Клиниката по Неврохирургия към УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ за периода 2013-2017г.

Габровски Н., Лалева М., Илков П., Велинов Н., Узунов К., Габровски Ст.
Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ "Н. И. Пирогов", София, България

Увод

През последните години придобиха популярност и навлязоха в практиката редица нови техники за минимално инвазивна хирургия на торакалния и лумбален отдел на гръбначния стълб. Възможностите и предимствата им са широко дискутирани и в редица случаи дават основание да бъдат предпочитания, а не алтернативен, на стандартната техника подход. За последните пет години в Клиниката по Неврохирургия към УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ бяха въведени:

- Минимално инвазивна перкутанна транспедикуларна стабилизация, самостоятелно или в комбинация с декомпресия, реконструкция на предната колона и фузия
- Анулопластика с иновативна ендопротеза при микроскопска лумбална диссектомия
- Перкутанна аугментация при компресионни фрактури с ново поколение кранио-каудален разширяем имплант.

Цел

С настоящия материал представяме нововъведенията и възможностите на техниките и системите за минимално инвазивна спинална хирургия, прилагани от нас през периода 2013-2017 година.

Материали и методи

За посочения период, минимално инвазивна перкутанна стабилизация (Illico®, Aplhatec Spine) приложихме при 156 пациенти, лимитирана диссектомия и анулопластика (Barricaid®, Intrinsic Theurapeutics Inc.) - при 8, и перкутанна аугментация на прешленно тяло с кранио-каудален разширяем имплант (SpineJack®, Vexim) - при 15 пациенти.

Резултати

Във всяка от сериите отчетохме добри клинични и образни резултати, при липса на значими, асоциирани с използваната техника усложнения.

Заклучение

Представените съвременни техники за минимално инвазивна спинална хирургия имат редица, доказани от натрупания световен, а вече и български опит предимства. Реализирането на потенциала им е резултат от въвеждането на специфични инструментариуми от последно поколение и усвояването на концепцията за минимално инвазивен хирургичен подход.

Попов Р.

Клиника по неврохирургия, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, гр. София

Увод и цел

Болката е обичайна клинична проява при гръбначните метастази. Външното облъчване е широко използван метод за повлияване на болката, но ефектът е отложен във времето. Друг метод за повлияване на болката при тези пациенти е вертебропластика/кифопластика. Комбинация между двете техники в една процедура вече е достъпна и нашата цел е да представим първите резултати от въвеждане на метода в страната.

Материал и методи

Представени са двама пациента, третирани с интраоперативна радиотерапия (ИОРТ) по повод гръбначни метастази, протичащи с болка тораколумбално през 2017 г. Сравнени са образните находки преди и след интервенцията, както и късните контроли 3 месеца след интервенцията. Болевият синдром беше оценен по визуално-аналоговата скала (ВАС).

Резултати

При оперираните 2 пациенти е извършена ИОРТ + вертебропластика в един сеанс. Оценката по ВАС предоперативно е била 8 и 9, на втория следоперативен ден 5 и 6 и три месеца по-късно 4 и 2. Двамата пациенти са вертикализирани на първия следоперативен ден.

Контролните КТ показват тациониране на процеса и при двамата пациенти.

Заклучение

ИОРТ + вертебропластика могат да бъдат миниинвазивно прилагани при пациенти с метастази на тораколумбалните прешлени, с ранно раздвижване, бързо и ефективно повлияване на болките и без отлагане на адювантната терапия.

Ключови думи: вертебропластика, интраоперативна радиотерапия, гръбначни метастази, Визуално-аналогова скала.

Късни следоперативни промени на гръбначния стълб при пациенти със спонтанни спондилодисцити

Петкова А.1, Джегълова М.2, Кехайов И.1, Даварски А.1, Калнев Б.1, Желязков Хр.1, Китов Б.1

1. Катедра по Неврохирургия, Медицински Университет - Пловдив

2. Отделение по образна диагностика-УМБАЛ Каспела

Цел

Да се проучат чрез магнитно резонансна томография късните постоперативни промени на гръбначния стълб при различни оперативни методи и техники, използвани при лечение на пациенти със спонтанни спондилодисцити.

Материал и методи

Проучени са промените на гръбначния стълб при 5 жени и 5 мъже на възраст между 39 и 72 години (mean 60±8,731; CI 95% 53,755 - 66.245 P >0,10), оперирани в Клиниката по неврохирургия на УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД-Пловдив. Контролното неврообразно изследване е осъществено в период от 1 до 6 години след оперативното лечение. Извършените оперативни интервенции при пациентите са били: интерламинотомия на едно ниво (едно- и двустранно) - при 2-ма; на две нива - при 1; хемиламинектомия - при 3-ма; ламинектомия - при 4-ма. При трима пациенти е осъществена и задна педикулна стабилизация.

Резултати

При всички изследвани пациенти се установяват неврообразни данни за персистиращи поствъзпалителни промени в засегнатия от заболяването сегмент - намаляване на кранио-каудалния размер на прешлените и дискалната междина, неравни повърхности и наличие на ерозии субкортикално. При пациентите, при които не е направена стабилизация се наблюдават изразени в различна степен деформации - клиновидно снишаване на прешлените, кифотична ангулация, сколиоза, спинална стеноза.

Заклучение

В проследените от нас случаи проведената оперативна интервенция и терапия са овладяли заболяването в острия му период. За да се избегнат късни деформации и нестабилност на засегнатите от заболяването сегменти е необходимо да се извършва стабилизация независимо от вида на операцията.

Ключови думи: спонтанен спондилодисцит, късни следоперативни промени на гръбначния стълб, оперативно лечение.

*Проектът се осъществява с финансиране по програмата СДП03/2016 на Медицински Университет-Пловдив.

Михайлова Ст., Нинов Кр., Христов Хр., Каракостов В., Маринов М., Романски К.

Авторите представят проучване, включващо 111 пациенти, лекувани в Клиниката по Неврохирургия на УМБАЛ "Св. Иван Рилски" в София, България по повод на шийна дегенеративна патология.

Операциите на пациентите включват само преден шиен достъп, с извършване на едноетажна или мултисегментна корпектомия, съобразена с индивидуалната патология и неврологичен дефицит на всеки един пациент, последвани от вертебротомия с помощта на титаниеви меш и плака. В проучването участват 74 мъже и 37 жени (2:1), и средна възраст 56.5г.

Анализирахме данните за интраоперативни, ранни и късни усложнения, а неврологичните резултати изследвахме и сравнихме посредством Nurick и mJOA скалите за миелопатия. Предоперативно спрямо mJOA скалата имаме средно 11т., а постоперативно средно 13т.; според Nurick скалата предоперативно от степен 2 достигаме до степен 1. Интраоперативни усложнения имаме при трима пациенти (2.7%), изразяващи се в дурални разкъсвания. Ранните постоперативни компликации включват 4 (3.6%) подкожни хематоми, преходна дисфагия имаме при 11 (9.9%) пациенти. Петима (4.5%) от всички имаха C-5 пареза, която отшумя в следващите 6 месеца. Ревизия на поставената инструментална вертебротомия беше необходима при четирима пациенти (3.6%) - двама с дорзална миграция на титаниевия меш, без подлежащ неврологичен дефицит. Други двама имаха изместване на каудалния край на плаката и винчетата, без миграцията им. Те имаха преходна дисфагия, която отшумя след реоперацията. При двама пациенти наблюдавахме сегментна патология на съседното ниво, която се нуждаеше от операция.

Въпреки че техниката за преден шиен достъп се използва вече повече от 50 години, все още присъстват някои противоречиви резултати, които би следвало да се дискутират. Важно е преди всяка операция да вникнем в индивидуалната патология, за да разберем по-добре подлежащия проблем и да обмислим варианти за избягването му.

Предна шийна дискектомия и фузия със „zero-profile“ интегрирана плака с кейдж при дегенеративна дискова болест.
Начален опит

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

Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ "Н. И. Пирогов", София, България

Увод

Фиксирането с плака при предна шийна дискектомия с фузия при дегенеративна дискова болест, особено в случаите с две и повече симптоматични нива постига допълнителна стабилизация, подобро коригиране на сегментната лордоза и профилактира развитието на псевдоартроза. С цел редуция на потенциалните усложнения на техниката и най-вече на проявите на дисфагия, през последните години са разработени и навлизат в практиката „zero-profile“ импланти.

Цел

Цел на настоящия материал е да представи нашия начален опит с „zero-profile“ интегрирана плака с кейдж при шийна дегенеративна дискова болест.

Материали и методи

За периода 04.2017 – 08.2017г. в Клиника по неврохирургия на болница Пирогов „zero-profile“ интегрирана плака с кейдж (Nuvasive CoRoent® Small Interbody™ System) беше използвана при 11 пациента с шийна дегенеративна дискова болест. При 7 от тях беше интервенирано повече от едно ниво. Клиничната изява включва радикулопатия или миелопатия.

Резултати

При всички пациенти наблюдавахме добри непосредствени и краткосрочни клинични и образни резултати, при липса на значими периперативни усложнения.

Заклучение

Използването на „zero-profile“ интегрирана плака с кейдж е съвременната алтернатива на фиксацията с плака при предна шийна дискектомия с фузия. Подобни импланти добиват все по-голяма популярност и комбинират предимствата на стандартната техника с редуциране на някои от най-честите й възможни усложнения.

Филипов Р., Георгиев Г., Генова Д., Ангелов Г., Демикатонов Ст., Стоянов Ст., Чакъров С.

МБАЛ “Уни Хоспитал” ООД, гр. Панагюрище, НХ отделение.

Хирургичното лечение на процеси /травми, тумори и др. лезии / в долношийният и шиино- гърдният сегмент поставя пред неврохирурга редица предизвикателства, свързани преди всичко с анатомофизиологичните особености на региона. Най общо те се изразяват, в значително по тесните взаимоотношения костен канал-гърбначен мозък с наличната шиина интумесценция. последното обстоятелство, както и хипермобилността и нестабилността при тези увреждания са причина за бързо настъпващата тежка клинична картина от развилата се миелопатия.

Понастоящем освен бързата и ефективна предна декомпресия, на дневен ред излиза и въпроса, за надеждна стабилизация на увреденият сегмент.

Авторите на настоящото съобщение, правят анализ на резултатите от хирургичното лечение на 12 болни оперирани в МБАЛ “Уни Хоспитал”- НХ отделение за периода от 1год. Оперирани болни са на възраст от 25до 67г. , разпределени по нозологии както следва: 7 болни с гърбначномозъчни травми и фрактури в долношийният сегмент, 2ма болни с първични и 3ма с вторични новообразувания на гр. стълб /метастатични лезии / и патологични фрактури.

При всички болни, освен проведената ефективна предна декомпресия на невралните структури, независимо от сегментна увреда и локализация на процеса от медиално към латерално, за постигане на интервертебрална фузия и стабилизация, авторите използват различни техники- от автоложни бикортикални костни графтове до интервертебрални импланти /меш и плака/, както и ADD plus у-во.

Въпреки развилата се миелопатия в различна степен , предвид давността на процесите, ние отчитаме благоприятно развитие и подобрене в клиничната картина в ранният и късен следоперативен период.

Сравнителен анализ при лечението на пациенти с „Ниска кръстна болка” посредством „Радиочестотна денервация” и „Криоаналгезия”

Генова Д., Георгиев Г., Демикатонов Ст., Стоянов Ст., Филипов Р., Ангелов Г., Чакъров С.

Увод

„Радиочестотната денервация” и „криоаналгезията” са хирургически, минимално-инвазивни процедури, целящи повлияване на хроничната ниска кръстна болка-„low back pain syndrome”, чрез въздействие върху определени неврални структури. Целта е да се попречи на предаването на болковите импулси. „Криоаналгезията” въздейства върху невралните структури чрез криодеструкция, „радиочестотната денервация” посредством електрически импулси с предварително контролирано количество топлинна енергия в зоната на деструкция.

Методи

Посредством двете методики, в отделението по Неврохирургия на МБАЛ „Уни Хоспитал „ са оперирани 17 пациента , 7 с криоаналгезия и 10 с радиочестотна денервация. Възрастова амплитуда 38-77г, разпределение по пол мъже - 4, жени - 13, по нозология - 14 пациента с дегенеративни заболявания и 3 със системни заболявания на съединителната тъкан (анкилозираш спондилоартрит). При всички е проведен клиничен тест с инжекционен медикаментозен блок, а при криоаналгезията и електростимулация.

Резултати

При пациентите беше отчетено подобрене в ранният следоперативен период при над 80% от тях. На 3 месец при пациентите лекувани с „криоаналгезия” се отчита рецидив на болковият синдром.

Заклучение

Краткотрайност на процедурите. Къс болничен престой. Без ранни и късни постоперативни компликации. Възможност за повтаряемост. По продължителен безболков период при РФ – денервация.

Секвестрехтомия - Индикации, предимства и недостатъци. Клинично проучване.

Гергелчев Н., Лалева Л., Спириев Т., Наков В., Гергелчев НН
Отделение по неврохирургия, Ачибадем СитиКлиник Токуда Болница;
София, България

Увод

Съществуват множество оперативни стратегии за лечение на дискова херния. В настоящото проучване представяме резултатите от осъществяването на секвестрехтомия като минимални инвазивна спрямо биомеханиката на гръбнака процедура.

Цел

Изследване на клиничните резултати при лечение на дискова херния посредством секвестрехтомия.

Материали и метод

Това е проспективно клинично проучване на 32 пациента (21 мъже (65%) и 12 жени (35%)), възраст между 19-70 години (средна 46г), оперирани в отделение по неврохирургия на Ачибадем СитиКлиник Токуда Болница за периода май 2014-юли 2017 година за лумбална дискова херния (едно ниво, една страна, без съществена дегенерация на интервертебралния диск) и проследявани за период 2 месеца- 1 години (средно 9 месеца). Осъщестен е анализ на резултатите и преглед на наличната литература и стандарти.

Резултати

Представена е група пациенти, хоспитализирани в отделението по повод на оплаквания от радикулерна болка (98%), болки в кръста (90%), отпадна неврологична симптоматика (28%) и тазоворезервоарни нарушения (6%). При всички пациенти бе осъществена секвестрехтомия със съхраняване цялостта на интервертебралния диск. Средно оперативното време бе 90 минути, а средния постоперативен престой 3 дни. Всички пациенти от групата са изписани с подобрение, без усложнения, без данни за нестабилност при проследяването. При един пациент (3%) бе диагностициран рецидив, третиран с реоперация.

Извод

При секвестрехтомия интраоперативното време и постоперативния престой са сравними със стандартната дисксектомия. Честотата на рецидиви съответства с критериите, зададени в националния стандарт по неврохирургия (1-10%).

Заключение

Секвестрехтомията е биомеханично миниинвазивна процедура с приемлив процент на рецидиви на заболяването, индицирана при пациенти с екстериоризирала дискова херния без тежка дегенерация на интервертебралния диск.

Хирургическо лечение на гръбначно мозъчните травми в цервикалния отдел на гръбначния стълб

Кондов Сл., Дренчев А., Алиоски Н., Николов С., Душанов В., Николаков Д.

Цел

Извършихме ретроспективно проучване на пациентите оперирани по повод гръбначно мозъчни травми в цервикалния отдел на гръбначния стълб за осем месечен период. Анализира се времето на извършване на хирургичната операция, вида на проведената декомпресия и стабилизация и отношението им към изхода на заболяването.

Материал и методи

За 8/осем месечен период (01.01.2017-31.08.2017) в клиниката са оперирани десет пациенти с гръбначно мозъчни травми в цервикалния отдел на гръбначния стълб – 8/осем мъже и 2/две жени на средна възраст 42г. Пет/5/50% от пациентите са пострадали вследствие ПТП, трима са били с битови травми, един със спортна и един пациент с трудова злополука.

Резултати

Оперираните пациенти са оперирани в различни срокове в зависимост от мястото на инцидента и дали преди това са били хоспитализирани в други лечебни заведения. Стремехът на екипа е бил към максимално ранна хирургия. Четирима/40%/ от пациентите са оперирани в рамките на първото денонощие, като трима от тях до четвъртия час. И при четиримата е налице подобрение и добро функционално възстановяване. При четиримата са оперирани с преден достъп три от случаите с микродиссектомии имплантация на кейджове и предна плака, 1 с корпорехтомии и имплантация на титаниев меш с плака/АДД/. Починали са двама пациенти оперирани на една седмица и съответно на втори ден след травмата, като единият е бил и с тежка черепно мозъчна травма, а втория е развил БТЕ една седмица след операцията. При всички пациенти с предна декомпресия и стабилизация подобрението е бил значително. При пациентите със заден достъп, трима двама от които с окципитоспинодези и задна декомпресия, също е било налично подобрение, но е бил остатъчен неврологичен дефицит.

Резултати

Ранното лечение на травмите в цервикалния отдел, категорично води до подобрение, което е в пряка зависимост от времето на интервенцията. При пациентите с двигателна отпадна симптоматика предната декомпресия и стабилизация, също е с по-добри резултати.

Ключови думи: гръбначно мозъчни травми, време на хирургичната интервенция, предна декомпресия на цервикалния отдел на гръбначния стълб

Попов Д.², Хаджиянев А.^{1,2}, Маринов М.¹

1. Клиника по неврохирургия „Св. Иван Рилски“ София.

2. Катедра по неврохирургия МУ-София

Въведение

Въвеждането на ендоскопската трансфеноидална хирургия през последните две десетилетия я превърна в предпочитана алтернатива пред микроскопската трансфеноидална хирургия поради по-добрата визуализация и по-малката инвазивност на метода.

Цел

Целта на това проучване беше да оцени ползите от ендоскопската ендоназална трансфеноидална хирургия при лечението на секретирателни и несекретирателни аденоми на хипофизата в сравнение с микроскопската трансфеноидална хирургия.

Методи

През периода 2014г. до 2016г. серия от 128 пациента (74 , 54 от 20 до 77 годишна възраст) със секретирателни и несекретирателни аденоми на хипофизата бяха оперирани в клиниката посредством микроскопски (n=62) ендоскопски (монопортален и бипортален) ендоназален трансфеноидален достъп (n=66). Хидроскопска инспекция на селата беше осъществена при 51 пациентите, оперирани ендоскопски, след аденомектомията. Ендокринологичният статус беше оценен на 3 до 6 месец след операцията с проведен МРТ с контрастна материя.

Резултати

32 от пациентите бяха диагностицирани със соматотропином, 25 с кортикотропином и 17 с пролактином и 54 с несекретирателни аденоми на хипофизата. 25 от всички пациенти бяха приети в клиниката за реоперативно лечение, а 18 от пациентите имаха инвазия към един или двата кавернозни синуса. При 81,8% от пациентите от ендоскопската група се постигна ремисия, а при микроскопски оперираните – 70,9%. Хидроскопията на селарната област доказа резидуален тумор в 21,5% от случаите. Средният постоперативен болничен престой в микроскопската група беше 6.34 дена в сравнение с ендоскопската – 5.79 дена.

Заключение

В световната литература все още остава спорен въпроса ендоскопските техники или микроскопските техники са по-добри. Наблюдаваната по-голяма радикалност, по-малко усложнения при ендоскопската хирургия на аденоми от много автори няма все още статистически значим израз. Въпреки това с развитието на инструментариума и техниката, подобрената визуализация при ендоскопската техника, потенциално води до по-голяма степен на резекция и намалява риска от постоперативни усложнения.

Ключови думи: питуитарни аденоми, трансфеноидална хирургия, ендоскопия.

Лечение на гигантски аневризми неподлежащи на клипсиране с лигатура на шийката.

Филипов Р.

МБАЛ “Уни Хоспитал”, гр. Панагюрище.

Увод

Лечението на гигантските аневризми, при които клипсирането на шийката е невъзможно е голямо предизвикателство за неврохирурга. Последният метод, който може да бъде приложен е лигиране на основният кръвоносен съдот двете страни на аневризмата /“trapping“/ и интра-екстракраниален байпас.

Методи

Тук представяме три случая с гигантска аневризма, неподлежаща на първично клипсиране, поради големината на шийката.

Резултати

В трите случая беше наложена лигатура на шийката. В следствие и при всички три случая, гигантската аневризма е отворена и отстранена напълно. В два от случаите поради продължаващо кръвотечение, въпреки лигатурата се наложи и поставяне на клипс. И трите случая бяха проследени в продължение на година и не бяха установени компликации свързани с лечението им.

Заключение

Лигирането на гигантски аневризми, неподлежащи на клипсиране поради наличието на много широка шийка е възможно и спестява на пациентите комплексно лечение, като – „Trapping“ и екстра-интракраниален байпас.

Джамбазов К.2, Наков В.3, Кехайов И.1, Китов Б.1, Желязков Хр.1, Даварски А.1

1Катедра по Неврохирургия, Медицински Университет – Пловдив, България

2Катедра по УНГ, Медицински Университет – Пловдив, България

3Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда” – София, България

Въведение

Менингиомите на tuberculum sellae са трудни за хирургическо отстраняване тумори, поради своята локализация на черепната основа и интимната близост до важни невровакуларни структури. Те представляват 4%-10% от всички интракраниални менингиоми и възникват от областта на tuberculum sellae, sulcus chiasmaticus, limbus sphenoidale и diaphragma sellae. Обикновено те са разположени супраселарно по средна линия, като избутват chiasma opticum в краниодорзална посока, а оптичните нерви - настрани. Най-честия клиничен белег е прогресивната загуба на зрение, което налага хирургична декомпресия.

Презентация на случая

Представяме случай на мъж на 59 години с прогресивно отслабващо зрение до степен на загубата му за ляво око. При проведената магнитно-резонансна томография се установява наличие на супраселарен тумор с характеристика на менингиом, залавящ се за базалната дупка в областта на tuberculum sellae и planum sphenoidale, оказващ компресия върху зрителната хиазма и оптичните нерви.

Предвид локализацията и размерите на тумора се осъществи навигиран ендоскопски ендоназален, разширен трансфеноидален достъп, който позволи тотална му екстирпация. Хистологичното изследване показва менинготелен вариант на менингиом. На трети следоперативен месец се отчете пълно възстановяване на зрението за дясно око, както и слабо подобрене на това за ляво око. В ранния следоперативен период пациентът разви прояви на инсипиден диабет, който постепенно отзвуча.

Заклучение

Ендоскопският, ендоназален, разширен трансфеноидален достъп предоставя възможност за директно достигане на менингиомите на tuberculum sellae по средна линия, като се избягва ретракцията на мозъка и невровакуларните структури при откритите транскраниални интервенции. Отличната визуализация на супраселарната област, включително и чрез ъглова оптика, позволява тоталното отстраняване на тумора.

Ключови думи: черепна основа, разширен трансфеноидален достъп, менингиом, tuberculum sellae

Ендоскопска ендоназална резекция на сфеноидално менингоенцефалоцеле в ранна детска възраст

Джамбазов К.1, Кехайов И.2, Топалова А.1, Китов Б.2, Желязков Хр.2, Даварски А.2

1Катедра по УНГ, Медицински Университет–Пловдив, България

2Катедра по Неврохирургия, Медицински Университет–Пловдив, България

Въведение

Сфеноидалното менингоенцефалоцеле представлява рядка аномалия в развитието на централната нервна система, която изисква интердисциплинарен подход на лечение. Спонтанната риноликворея е чест дебютиращ клиничен симптом на това заболяване, която застрашава живота на пациента, поради вероятното развитие на невроинфекция.

Презентация на случая

Представяме случай на момиче на 3 години с оплаквания от постоянна назална, неликворна секречия, затруднено носно дишане и хранене от петмесечна възраст. При проведената магнитно-резонансна томография се установява наличие на менингоенцефалоцеле с ход започващ от турското седло, преминаващ през непневматизирания сфеноидален синус и сак пролабиращ в епифаринкса.

Предвид локализацията на лезията и възрастта на пациента се осъществи ендоскопска, ендоназална резекция на сака до навлизането му в сфеноидната кост и пластика на дефекта с назална лигавица от долна носна раковина и фибрино-тъканно лепило. Риноскопията на първи следоперативен месец показва нормално зарастване на пластиката, без данни за ликворея.

Заклучение

Ендоскопският, ендоназален достъп представлява ефективен, безопасен иминимално-инвазивен метод за корекция на сфеноидално менингоенцефалоцеле в детска възраст.

Ключови думи: черепна основа, ендоскопия, сфеноидално менингоенцефалоцеле

Дисеминация на карцином от млечната жлеза в първичен мозъчен тумор

Узунов К. 1, Илков П. 1, Каменова М. 2, Илиев Ц. 1, Габровски Ст. 1, Габровски Н. 1

1-Клиника по Неврохирургия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София, България

2-Клиника по Патоанатомия, УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София, България

Увод

Въпреки че не е необичайно различен тип неоплазми да възникнат при един пациент, метастази от един вид туморен процес в друг са редки. Описани са по-малко от 100 случая като най-честия интракраниален реципиент на метастази от друг тумор са менингеоми, докато най-честия донор е карцинома на млечната жлеза.

Цел

Представяме случай на дисеминация на карцином от млечната жлеза в първичен мозъчен тумор.

Материали и методи

74 годишна пациентка след мамектомия по повод дуктален карцином на гърдата. КТ-данни за екстрааксиална добре контрастираща се формация в ляво фронтпариетално с перифокален едем. Пациентката бе оперирана като се постигна пълна екстирпация на туморната формация. От получения от хистологичното изследване резултат – метастаза от умеренодиференциран дуктален карцином на гърдата в менингеом. Постоперативно пациентката бе насочена за адювантна химио- и хормонотерапия.

Обсъждане

Най-честите описани реципиенти на метастази от системни карциноми са менингеоми. Това може да бъде отдадено на техните клинични и биологични характеристики - висока честота, бавен растеж, хиперваскуларитет, междуклетъчно взаимодействие на хормонално, ензимно и имунологично ниво. Най-честия описания донор е карцинома на млечната жлеза, най-вероятно дължащо се на хормонално взаимодействие между двата тумора. Трудно е да се идентифицира дисеминация от системен карцином в интракраниален тумор преди получаването на хистологичния резултат. МРТ и КТ-характеристиките на метастаза в тумор са слабо описани и не са категорични.

Заклучение

Дисеминация на карцином в първичен интракраниален тумор е рядко срещан феномен, но трябва да се има предвид като възможен при пациенти със системно онкологично заболяване, остро начало на оплакванията, нехомогенна характеристика на процеса на предоперативните образни изследвания.

Клиничен случай на пациент с билатерална етмоидална дурална артериовенозна фистула с клинична изява на живото-застрашаващ епистаксис

Нинов Кр. 1, Христов Хр. 1, Сираков Ст. 2, Михайлова Ст. 1

1-Клиника по Неврохирургия УМБАЛ “Св. Иван Рилски” гр. София

2-Клиника по Образна диагностика УМБАЛ “Св. Иван Рилски” гр. София

Интрадуралните артериовенозни фистули (известни още като дурални АВМ) представляват развитие на абнормална съдова връзка на артериални и венозни съдове разположени между повърхностният и дълбокият лист на дурата. Обхващат 10- 15% от всички артериовенозни малформации. Рядка локализация на мозъчните ДАВФ е предна черепа ямка – 5.6% от всички ДАВФ, където основно храненето идва от предните етмоидални артерии.

Авторите представят клиничен случай на биетмоидална ДАВФ при пациент на 49г, при който оплакванията започват преди 8 месеца изразяващи се в кървене от носа. В рамките на този период е имал няколко обилни епистаксиса, лекувани консервативно – поставяне на носна тампонада. Приема се в клиниката с тежък епистаксис, невъзможен за овладяване чрез предварително поставена предна и задна носна тампонада. От извършен КАТ с к.м. и конвенционална ангиография се установява наличие на ДАВФ разположена фронтно-базално с хранещи съдове от двете предни етмоидални артерии. На първи етап се реши да се извърши ендоваскуларна емболизация, при която не се отдаде катетаризирането на офталмичната артерия. Премина се на отворена хирургия и клипсиране на ДАВФ. Постоперативно е без данни за епистаксис и латерализиращ неврологичен дефицит. Извърши се контролна конвенционална ангиография, на която не се установи наличие на ДАВФ.

Интракраниалните ДАВФ са предизвикателство в мозъчната микрохирургия, но предвид клиничните изяви на този тип патология, тя изисква агресивен подход, независимо хирургичен или ендоваскуларен.

Mindov I.*, Petrov B.*, Valkanov St.**, Shishkov St.*, Chavdarov S.*

* - Clinic of Neurosurgery, UMHAT "Prof. Dr. Stoyan Kirkovich"JSC, Stara Zagora, Bulgaria

** - Clinic of Neurosurgery, UMHAT "Prof. Dr. Stoyan Kirkovich"JSC, Faculty of Medicine, Trakia university, Stara Zagora, Bulgaria

Abstract

VEGF is one the most important cytokine that plays an important role in the process of angiogenesis, formation and progression of tumor cells. It is proven that elevated levels of VEGF in primary and metastatic brain tumors, aids to the progression of the tumor.

Introduction

The importance of cell proliferation and the ability of invasiveness of the primary and metastatic brain tumors is found to be crucial in determining the prognosis and survival rate.

Vascular endothelial growth factor (VEGF) is one of the most important cytokine which takes part in the process of angiogenesis and tumor's progression.

Aim

The aim of this report is to compare expression of VEGFA/VEGFR11 in two type brain tumors.

Methods

Immunohistochemically we investigated 5 glial and 5 metastatic lesions with antibodies against VEGFA/VEGFR11.

Results

We established that expression of VEGFA and its tk-receptor-protein is more expressed in metastatic tumors in compare to primary and correlates with poor prognosis and low-grade differentiation of the process as well.

Conclusion

Frequently the expression of VEGFA/VEGFR11 is compromised in oncologic patients. The components of the distorted expression lead to change in the cell structure signaling pathway, which changes the prediction of the disease, but also leaves molecule targets in the therapeutic approach. Although scientists and clinicians have learned much about the character of VEGF and angiogenesis in brain cancer, many questions related remain unanswered.

Keywords: Vascular endothelial growth factor (VEGF), brain tumors

Спонтанни, множествени, отдалечени от краниотомията постоперативни интракраниални хеморагии след тотална ексцизия на конвекситетен менигеом – клиничен случай.

Красимиров Г., Симеонов П., Кутин П., Тодоров И., Шамов Т., Ефтимов Т.
Клиника по неврохирургия ВМА – София

Въведение

Постоперативната хеморагия при интракраниални тумори е често срещано и сериозно усложнение в неврохирургичната практика с честота от 0,9- до 1,6% от всички краниотомии. В повечето случаи тя е в рамките на ложето на тумора, по-рядко в рамките на краниотомията, а само в единични случаи – множествени и отдалечени от краниотомията. В това отношение интерес предствалват причините за възникването на отдалечените от ложето на тумора хеморагии.

Клинично описание на случая

Жена на 48 години при която след ексцизия на конвекситетен менигеом са възникнали множество последователно следоперативни отдалечени от ложето и краниотомията постоперативни, интракраниални хеморагии. Описаният от нас случай не се наблюдават нарушение в коагулационния статус, алкохолизъм или амилоидоза.

Обсъждане

От направената литературна справка при около 0,9% от менингеомите се наблюдава предоперативна хеморагия, а около 7% постоперативна такава в туморното ложе или в непосредствена близост с него. Основните причини са пикове в САН, венозен застой, предшестваша коагулопатия или тромбофилия, амилоидоза или алкохолизъм. От причините за далечна от краниотомията постоперативна хеморагия около 46% са тумори, от които почти половината са менингиоми /49%/ без ясна зависимост между споменатите по-горе патологични фактори и са причина за леталитет /при 34%/ или тежък дефицит /при 38%/ от случаите. В описания от нас случай не се наблюдават нито една от гореспоменатите причини.

Ключови думи: интракраниална, краниотомия, менигеом, множествени хеморагии, спонтанна постоперативна, усложнение, хеморагия

Усложнения при лечението на Краниосиностозите

Бусарски А.* , Георгиев К.* , Янков Д.* , Фердинандов Д.* , Попов Д.* , Георгиев С.** , Василева П.

*УМБАЛ „Св. Иван Рилски”, Катедра по Неврохирургия.

**СБАЛ по ЛЧХ

Въведение

Краниосиностозата или преждевременното срастване на калвариалните шевове е чест проблем в детската неврохирургия. Когато се наблюдава срастване на един или няколко шевове, може да последва компенсаторно разширяване на черепа откъм останалите отворени шевове, водещо до предвидима черепна деформация и в някои случаи до компресия на подлежащия мозък. Лечението на краниосиностозите е единствено хирургично. Поради предимно естетичните показания за оперативното лечение на краниосиностозите от съществено значение за изхода на това лечение са и усложненията от проведената оперативна интервенция.

Цел

Ретроспективно да се систематизират и анализират настъпилите усложнения от проведеното оперативно лечение на краниосиностози.

Материал и метод

В КНХ към УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ София, за периода от 2006-2016г са били изследвани и лекувани 213 деца с клиничната диагноза краниосиностоза. Бяха прегледани историите на заболяване на тези деца. Възрастовото разпределение спрямо времето на провеждане на оперативната интервенция е следното: Средна възраст на пациентите – 8м; Най-малкото оперирано е било на 35 дни, а най-голямото на 12г; М:Ж=152:61

Резултати

При 15 пациенти (7.04%) са отчетени различни усложнения от проведеното оперативно лечение. Последните са класифицирани по времето на тяхната проява и в зависимост от тежестта на тяхната клинична изява.

Заклучение

Желателно е оперативното лечение да се провежда колкото е възможно в по-ранна възраст, след обстойно изследване за наличието на придружаващи малформации утжняващи изхода от оперативната намеса.

Нови насоки при оперативното лечение на кърмачета с краниосиностози – стойност на ултразвуково асистираната „пин” фиксация с биоразложими остеосинтетични материали.

Бусарски А.* , Георгиев К.* , Янков Д.* , Фердинандов Д.* , Попов Д.* , Георгиев С.**

*УМБАЛ „Св. Иван Рилски”, Катедра по Неврохирургия.

**СБАЛ по ЛЧХ

Въведение

Лечението на краниосиностозите остава единствено хирургично, като използваната оперативна техника зависи от типа на краниосиностозата и предпочитанията на оперативния екип. Поради получените множество костни фрагменти при провеждането на това лечение от съществено значение е метода за фиксиране им.

Цел

Целта на това проучване е да оцени ползите и недостатъците на резорбируемите импланти в тандем с ултразвуково-асистирана пин фиксация при лечението на кърмачета с краниосиностози.

Резултати

В нашето проучване бяха включени 28 пациенти, в съотношение М:Ж=18:10. Разпределението по случай бе както следва: 5 - тригоноцефалия; 1 - предна плагиоцефалия; 3 - бикоронарна краниосиностоза; 1 - задна плагиоцефалия и 15 случаи със сагитална краниосиностоза. Средната възраст по време на операцията бе 5,61м., като интраоперативно не бяха наблюдавани големи усложнения. Само при 3 случая бе отчетено разкъсване на дурата, което наложи пластика на получения дефект. При всички оперирани пациенти се наблюдаваха естетически резултати, съпоставими с досега използваната техника на краниална фиксация. В групата не се наблюдаваха постоперативни усложнения свързани с инфекция на приложените импланти както и счупване или изпускане на резорбируемите плаки и пинове. Беше осъществена една реоперативна интервенция поради незадоволителен естетичен резултат от оперативното лечение, несвързано с използваните импланти.

Заклучение

Използването на резорбируем плаки в тандем с ултразвуково-асистирана пин фиксация осигурява сигурна и трайна стабилност без компликации. В допълнение системата за фиксиране посредством УЗ-активирани „пинове“ е много подходяща за тънка кортикална кост, каквато се наблюдава при педиатричния контингент, тъй като при полимеризирането и манипулирането на пина контактната му повърхност с костта се увеличава няколкократно, което довежда до по-добро разпределение на механичните сили.

Сурчев Ж.1, Георгиев К.1, Тодорова Л.2, Уилям А.1

1Катедра по неврохирургия, Медицински университет, София, България
2Институт по биофизика и биомедицинско инженерство, БАН, София, България

Цел

Да се проследи историята на шънтовете в България, как са еволюирали, как се променят тенденциите с годините. Да се направи анализ на преживяемостта им и на факторите, влияещи върху нея и хирургичния изход.

Материал и методи

Направен е ретроспективен анализ на 992 вентрикулни шънта, имплантирани в периода 1984-2016г. по повод хидроцефалия в детска възраст, въз основа на дългосрочно проследяване. От тях 651 са деца с инфантилна хидроцефалия (изключени туморна и дизрафична генеза).

Резултати

Контингентът се състои от деца, шънтирани на възраст от 24 дни до 18г. В началния период на изследването са имплантирани предимно VAA (1984-1992г.), а след 1992г. - VPA. Използвани са различни модели клапи. В началото на разглеждания период са имплантирани предимно цепковидни клапи, а през втората половина – клапи с фиксирано средно налягане, ток-регулирани клапи, такива с антисифонен механизъм и с програмируемо налягане.

651-та пациенти претърпяха 752 ревизии (1.16 ревизии на шънт), като без шънтов провал са 54%, само с 1 ревизия – 18%, с 2 – 12%. Останалите 16% са с 3 или повече ревизии. На механични усложнения се дължат над 65% от всички ревизии; на функционални (неадекватен дренаж) - 7.5% от ревизиите.

Изводи

От изследваните фактори установихме, че с най-голямо значение за броя на последващите ревизии са възрастта при шънтиране (под 3 месечна възраст - най-лоша тенденция) и интервалът до първа ревизия (над 6 месеца – по-малък брой ревизии).

Ако пациент преживее без провал първите 12 месеца след шънтирането, рискът от такъв е под 50% по време на цялото съществуване на шънта.

Спинални дизрафични малформации

Захаринов М., Овнарски Ст., Габровски Н., Габровски Ст., Велинов Н., Георгиева В.

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

Увод и цел

Представяме ретроспективен анализ на пациенти със спинален дизрафизъм за периода от 2001г. до 2017г. оперирани в Клиника по неврохирургия към УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов”, София. Обработили сме проучените случаи чрез статистически анализ и съответно сме анализирали резултатите и сме направили съответни изводи.

Материали и методи

За периода от 2001г. до 2017г. в клиниката са постъпили за лечение 112 пациента със спинален дизрафизъм. Пациентите бяха разделени в две групи в зависимост от вида на спиналния дизрафизъм, които се анализираха и сравниха: Spina bifida occulta/ SBO и Spina bifida aperta/ SBA. Двете основни групи бяха сравнени по: пол, възраст, среден болничен престой, други малформации, реоперации, предоперативни усложнения и подобрение в неврологичния дефицит.

Резултати

При Spina bifida aperta / SBA отчитаме по- висок процент на други малформации и усложнения. При Spina bifida occulta/ SBO отчитаме по- нисък процент на реоперации и по- добро повлияване на неврологичния дефицит. При окултния дизрафизъм двигателният дефицит и тазоворезервоарните разстройства се срещат по- рядко в сравнение при апертния. Тенденция за обратно развитие на неврологичния дефицит наблюдаваме в по- висок процент при Spina bifida occulta. Резултатите подкрепят ранното оперативно поведение /отсроченото оперативно поведение увеличава рисковете от ликворея и следоперативни усложнения/. Липомиеломенингоцелетата и апертният дизрафизъм се асоциират с “tethered cord” синдром. Оперативното пластично възстановяване трябва да е насочено освен към възстановяване на дефекта и към профилактика на “retethering”

Обтегнат терминален филум.

Цеков А., Милев М., Наков В., Цеков Хр.
Клиника по неврохирургия, Аджибадем Сити Клиник – Токуда болница, София

Въведение

Обтегнатият терминален филум/ОТФ, Tight terminal filum/ е част от синдрома Тетеред корд, обединяващ на практика всички прояви на спиналния дизрафизъм, а също така е логично да включва и други /постоперативни, поствъзпалителни, костни/промени водещи до фиксирането на дисталните отдели на миелона към нееластичните стени на вертебралния канал. Възникването на обтягане на миелона с израстването на детето или при остри кинетични натоварвания /флексия, екстензия/ предизвиква неврологичен дефицит, които често остава траен и инвалидизира тези деца.

Цел

Да се проучи опита на Токуда болница за десетгодишен период от време.

Материал и методи

За периода 2007 – 2017 година са оперирани девет деца с обтегнат терминален филум, постъпващи с прогресиращ урологичен, двигателен или сетивен дефицит. Децата са родени напълно здрави, без дефицит. При две от тях е диагностициран покожен липом, а при едно дермален синус в лумбосакралната област, недооценени предоперативно. Средната възраст е 5 г. и 2 месеца. Диагнозата е поставена с МРТ. Всички деца са оперирани, като цел на интервенцията е освобождаването на терминалния филум от стените на дуралния сак /дететеринг/. Прилагана е и модифицирана оперативна техника. Интраоперативното мониториране и микроневрохирургичната техника са стандарт при лечението на тези деца.

Резултати

Всички деца са изписани с подобрение, като наблюдаваните усложнения /ликворорея, дислоциране на ламбто от ламинотомията/ са отстранени по време на стандартния болничен престой.

Заклучение

Обтегнатият терминален филум е част от проблема Тетеред корд синдром. Лечението е оперативно при клинично изявените и образно доказани случаи. Наличието на кожни стигми може да насочи към диагнозата преди появата на неврологичен дефицит. Невромониториране, МРТ и микроневрохирургична техника са стандарт при лечението на тези деца.

Ключови думи: Tight terminal filum /Обтегнат терминален филум/, Тетеред корд синдром, невромониторинг, оперативно лечение, резултати

Хирургично лечение при деца с фармакорезистентна епилепсия

Минкин Кр.1,2, Габровски К.1,2, Димова П.1,2, Найденов Ем.2, Динев Ен.2, Христов Хр.2, Романски К.2, Каракостов В.2
1Център за хирургия за епилепсия, Клиника по Неврохирургия УМБАЛ “Св. Иван Рилски”
2Клиника по Неврохирургия, УМБАЛ „Свети Иван Рилски”, гр. София

Въведение

Хирургичното лечение на деца с фармакорезистентна епилепсия изисква мултидисциплинарен подход и прилагане на множество предоперативни диагностични методи и разнообразни хирургични техники. Цел на настоящото проучване е установяване на резултатите от проведените диагностика и лечение в проспективна серия от деца оперирани за фармакорезистентна епилепсия

Материал и методи

В настоящото проучване бяха включени 100 деца с фармакорезистентна епилепсия, последователно оперирани през периода 2006-2016 г. От проучването бяха изключени деца с мозъчни тумори класирани като II, III или IV степен по СЗО.

Резултати

Предоперативните изследвания включваха видео-ЕЕГ и МРТ при всички оперирани деца. При несъответствие между семиология, видео-ЕЕГ и МРТ бяха провеждани ПЕТ, СПЕКТ, функционална-МРТ-ЕЕГ и СЕЕГ. Най-честата хистологична диагноза в серията от 100 деца беше фокалната кортикална дисплазия. Бяха използвани следните хирургични техники - лезионектомия, зонектомия, лобектомия, хемисферна деконекция, задна деконекция, деконекция на всичко без моторната кора, калозотомия и термокоагулация. Пълен контрол над епилептичните пристъпи беше постигнат при 71 деца, подобрение - при 20 деца и липса на ефект - при 9 деца. В серията от 100 оперирани деца нямаше случаи на трайни усложнения.

Заклучение

Лечението на деца с фармакорезистентна епилепсия изисква специализиран екип от невролози, неврорадиолози, специалисти по нуклеарна медицина и неврохирурзи и значителна предхирургична подготовка. Правилният подбор на пациентите и на подходящата хирургична техника позволяват постигане на контрол над епилептичните пристъпи при нисък риск от усложнения.

Хаджиянев А.^{1,2}, Попов Д.², Янков Д.¹, Цонев Хр.¹, Джендов Ст.¹
1. Клиника по неврохирургия, УМБАЛ „Св.Ив.Рилски“ - София, България.
2. Медицински университет-София, България.

Увод

Интрамедуларните дермоидни кисти са редки вродени доброкачествени тумори на гръбначния стълб с честота 5-7% от всички интрадурални тумори в детската възраст. Водещото в клиничната картина е проявата на различен по степен неврологичен дефицит и последващото инвалидизиране в ранна детска възраст. Целта на проучването беше да направим анализ на резултатите от хирургичното лечение, публикувани в световната литература и да изведем съответните изводи, определящи неговата ефективност.

Материали и методи

Представяме случай на 14 годишно момиче с интракonusна локализация на дермоидна киста, причиняваща компресия на медуларния конус и спиналните корнечета. Клиничната изява е компенсаторна сколиоза, вертебрален синдром и радикуларна симптоматика без външни стигми. Предоперативното диагностично изследване МРТ е насочващо за дермална кистична лезия с гореописаната локализация.

Резултати

Осъществихме тотална субкапсуларна ексцизия на туморната лезия с микродисекция и ламинопластика. В ранния следоперативен период регистрирахме подобрение по отношение на болковия синдром, без повята на нов неврологичен дефицит. Избора за ламинопластика позволи запазването на нормалната архитектура на развиващия се гръбначен стълб. На контролните МРТ изследвания след 3 месеца не се установи наличие на резидуален тумор и се регистрира обратно развитие на сколиозата, при неврологично интактен пациент.

Изводи и заключения

Ранното откриване и навременното хирургичното лечение са определящи за крайният, благоприятен изход от заболяването. Основен приоритет е избора на атравматичен достъп с анатомичното съхраняване на гръбначната колона. Използването на невромониторинг е препоръчително във всички случаи целящи максимален хирургически радикализъм с минимална ятротгенна невротравма.

Ключови думи: дермоидна киста, ламинопластика, хирургични достъпи.

Рядък случай на зрял тератом в лумбална област асоцииран с отворен дизрафизъм и менингомиелоцеле при новородено. Две годишно проследяване след хирургично лечение

Калевски СК, Неделко Р.

Клиника по неврохирургия МБАЛ „Св. Анна – Варна“

Увод

Съчетаването на тератом и спинални малформации, като например менингомиелоцеле (ММЦ) се среща много рядко и затова в литературата са публикувани само няколко случая. Въпреки това публикуваните случаи са главно с пресакрална или сакрококцигеална локализация, докато нашият случай е с лумбална, което го прави изключително рядък.

Цел

Да представим изключително рядък случай на съчетание на зрял тератом в лумбална област с интрадурално проникване и ММЦ при новородено, както и резултатите от хирургичното лечение при две годишно проследяване.

Методи

Детето е от мъжки пол, доносено и ехографски проследявано по време на бременността и преди раждането, без да е диагностицирана тежката патология пренатално. След раждането в лумбална област се забелязва голяма туморна формация с червен цвят и размери 5/7 см. непокрита от кожа. Интраоперативно тотално се резецира туморна маса с овална форма, и неравномерно твърда консистенция, проникваща в долната си част в субдуралното пространство. Проксимално от туморната маса се откри отворено ММЦ, което се херметизира.

Резултати

Новороденото беше исписано от клиниката без неврологичен дефицит и без белези на хидроцефалия. Хистологичният резултат е зрял тератом. При две годишното проследяване не се открива неврологичен дефицит или сфинктерни смущения. Детето се развива нормално.

Заключение

Съчетавайки се със спинален дизрафизъм, зрелият тератом в нашия случай, може да подкрепи теорията, че тези тумори произхождат именно от дизрафичното състояние и растат навън. Лечението на зрелия лумбален тератом съчетан с ММЦ е основно хирургично.

Неврохирургична интервенция и ранна неврорехабилитация могат да облекчат периферната пареза при пациент с дискова херния - промяна на терапевтичната парадигма (Представяне на клиничен случай)

Колева ИБ

Медицински университет - София, България

Общоприето мнение е, че оперативната интервенция е задължителна при лумбална дискова херния с периферна пареза само в първите 48 часа след появата на парезата.

Представяме клиничен случай: млада пациентка с диагностицирана дискова херния на ниво L4-L5, с перонеална пареза, консултирана от неврохирург седмица след появата на парезата. Проведена е оперативна интервенция в спешен порядък и на втория следоперативен ден е започната неврорехабилитация (медикаментозно и физикално лечение). Един месец след операцията перонеалната пареза и тазово-резервоарните смущения са отзвучали.

Авторът подчертава, че при всеки случай на поява на паретични и тазово-резервоарни явления пациентът трябва да бъде насочен в спешен порядък за неврохирургична консултация.

Ключови думи: дискова херния, перонеална пареза, неврохирургична интервенция, неврорехабилитация

Echinococcus granulosus – първична спинална форма.

Панов Й., Младеновски М., Василев Н., Овчаров М., Вълков И., Маринчев Е.
УМБАЛ Георги Странски – Плевен
Клиника по Неврохирургия

Въведение

Спиналната форма на ехинококова болест е рядка. Честотата и е под 1%. Въпреки модерните диагностични технологии, възможностите на фармакологията, лечението на спиналната форма на ехинококова болест остава проблемно.

Материал и методи

Представяме пациент на 45г. ,тежък болев синдром по Ес1 в дясно, опериран двукратно в клиниката в рамките на 6 месеца. Ехинококовите кисти са уточнени с КТ и ЯМР. Оперативните методи са: хемиламинектомии с декомпресия (ексцизия на кистите).

Резултати

След първата операция при пациента се отчете неврологично подобрене. Във връзка с появили се уринарни смущения се установява растеж на сакрални кисти, появили се въпреки постоянно медикаментозно лечение с Албендазол.

Изводи

- Ехинококовата болест засяга първо меките тъкани, а след това костите. При пациента не се откриха първични огнища.
- Установен е контакт с куче .
- ЯМР е най-добър метод за установяване на кистите особено демонстрирайки инволвиране на неврални структури.
- Пациента е приемал Албендазол 400mg 3x1/ден tab. за 1 година , без ефект.

Заклучение

- Лечението на спиналната ехинококоза остава предизвикателство поради високият процент на рецидиви, необходимостта от повторни операции с висок процент на компликации.

Contusio cerebri cum equus pedem (Черепно мозъчна травма при деца ритнати от кон. Предложение за допълнение към класификацията на ЧМТ)

Панов Й., Младеновски М., Василев Н., Вълков И., Овчаров М., Маринчев Е.
УМБАЛ Георги Странски – Плевен
Клиника по Неврохирургия

Въведение

ЧМТ са най-масовата неврохирургична патология. Средната честота на ЧМТ е 200-300 на 100 000. 10% от всички са тежки, 10% от всички са средно тежки и 80% от всички са леки. Съществуват много класификации. Едната от които е и етиологичната. В зависимост от обстоятелствата, при които се получават :

1. Пътно-транспортни травми
2. Падания
3. Трудови злополуки
4. Спортни травми
5. Агресия

В литературата не са описани ЧМТ получени при ритане от кон, като специфичен вид травма.

Материал и методи

За последните 5 години в клиниката са хоспитализирани 400 деца от които 18 са били ритнати от кон или 4,5%. Възраст (от 2г. - 10 г.). Средно по 3-4 деца ритнати от кон в областта на главата за 1 година. Ударите са челно , предизвикват груби разкъсно-контузни рани, подлежащи фрактури , тежка контузия на мозъка (4 случая) , дифузна аксонална травма (2 случая). Оперативните методи варират в зависимост от тежестта на травмата: от шев на рана до елевация на фрагмент/и, отстраняване на фрагменти, евакуация на хематоми.

Резултати

От общият брой оперирани 18 деца, при 11 деца е настъпило пълно оздравяване, 4 деца са изписани с неврологичен дефицит , при 3 деца е настъпил летален изход.

Изводи

- В литературата не се срещат данни за ЧМТ при ритане от кон.
 - Спецификата на травмата се състои в:
 1. широките разкъсно-контузни рани в лицева и челно-темпорална област на главата.
 2. при деца с нисък ръст (2г. – 10г.).
 3. изключително голяма кинетична енергия на металната подкова предизвикваща контузия на целия мозък изразяваща се като тежка черепно мозъчна травма.
- Оперативните методи са стандартни. Изключение е необходимостта от налагане на по-широки и груби кожни шевове поради специфичния характер на раните.

Заклучение

Значителният процент на получени ЧМТ при деца по този механизъм ни дава основание да направим предложение за допълнение към класификацията на ЧМТ.

Фокални гнойни инфекции в детска възраст

Панов Й., Василев Н., Младеновски М., Вълков И., Овчаров М., Маринчев Е.
УМБАЛ Георги Странски – Плевен
Клиника по Неврохирургия

Въведение

Фокалните субдурални инфекции на мозъка включват:

- Мозъчен абсцес
- Мозъчен емпием

Супратенториални и инфратенториални. Честота на фокалните гнойни инфекции е около 3-5/ 1 000 000 годишно. В детска възраст честота е по-ниска.

Материал и методи

Последните 5 години в клиниката са хоспитализирани 400 деца от които 12 са били с фокална мозъчна инфекция. 2-ма с емпием и 10 с мозъчен абсцес (2-ма с множествен абсцес). При 2 от случаите се налагат 2 операции. Цялостно отстраняване на капсулата е постигнато в 3 случая. Оперативните методи са 2:

- Ексцизия
- Пункция-аспирация

Резултати

От общият брой оперирани 12 деца, при 10 деца е настъпило пълно оздравяване, а 2 деца са с лека отпадна неврологична симптоматика. Причинител на инфекцията в 2 случая не е открит (асептичен). В останалите е стафилококус ауреус и стрептококус пиогенес.

Изводи

- Фокалните гнойни инфекции се лекуват по стандартните неврохирургични методи. Не е поставен интракавитарен дренаж.

- По-високият процент фокални гнойни инфекции се дължи на наличието на специфичен контингент с ниска здравна култура, липса на хигиенни навици, късно търсене на здравна помощ.

-

Заклучение

Агресивното неврохирургично лечение (ексцизия на капсулата), не е задължително във всички случаи, като така не се опорочават резултатите.

Приложение на "Tryptik cervical modular cage" при пациенти с компресия на гръбначния мозък в шийен отдел на гръбначен стълб

Панов Й., Василев Н., Младеновски М., Вълков И., Овчаров М., Маринчев Е.

УМБАЛ Георги Странски – Плевен
Клиника по Неврохирургия

Въведение

На медицинския пазар са на разположение голям набор от шийни изкуствени дискове и метални стабилизации. Всеки един от тях със своите предимства и недостатъци. Представяме резултатите при приложението на Tryptik cervical modular cage.

Материал и методи

За последните 2 години, при 12 пациента е използван Tryptik cervical modular cage. 7 с шийни дискови хернии на едно ниво, 5 с фрактури и листези. Приложен е предно-латерален достъп, не са използвани автоматични екартьори поради краткостта на интервенцията. Изборът на кейдж и винтове е според големината на прешлена и междупрешленното пространство.

Резултати

Постигната е добра декомпресия, репозиция и стабилизация. Не сме имали интраоперативни или следоперативни усложнения. При пациентите с дискови хернии се отчита подобрение на неврологичния статус. При пациентите с листези трайно алиниране на прешлените.

Изводи

Добрите резултати се дължат на :

1. Специалния профил на винтовете.
2. Възможността за заключването им.
3. Комбинацията на плака с кейдж.
4. Възможността за ротация на двете части.
5. Специален профил на кейджа, възпрепятстващ неговото изместване.

Заклучение

Tryptik cervical modular cage е кейдж на избор в Клиника по неврохирургия - Плевен.



**БЪЛГАРСКО
ДРУЖЕСТВО ПО
НЕВРОХИРУРГИЯ**

**BULGARIAN
SOCIETY OF
NEUROSURGERY**

**ОСНОВАНО
FOUNDED 1942**