**Слинько Євгеній Ігорович. Діагностика і хірургічне лікування судинних новоутворень та судинних мальформацій спинного мозку і хребта: Дис... д-ра мед. наук: 14.01.05 / АМН України; Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова. - К., 2002. - 388арк. + дод. 70арк. - Дві кн. одиниці. - Бібліогр.: арк. 351-388.**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Слинько Є. І. „Діагностика і хірургічне лікування судинних новоутворень та судинних мальформацій спинного мозку і хребта”. — Рукопис.Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.15 — нейрохірургія. Інститут нейрохірургії імені академіка А.П.Ромоданова АМН України, Київ, 2002.Дисертація присвячена питанням діагностики та хірургічного лікування судинних пухлин та судинних мальформацій спинного мозку і хребта. Проведено вивчення мікрохірургічної анатомії, патогістологічних особливостей, ангіоструктури судинних спінальних мальформацій та пухлин. На основі цих досліджень створена робоча систематизація судинних мальформацій та пухлин. Діагностика даної патології включала сучасні методи — МРТ та КТ, спінальну селективну та вертебральну ангіографію, веноспондилографію, електрофізіологічні методи. Для хірургічного лікування застосовували ендоваскулярну емболізацію судин мальформації чи пухлини, відкриті хірургічні втручання та комбіновані втручання з поєднанням двох перших методів. Проаналізовані отримані результати хірургічного лікування, їх залежність від структурних та локалізаційних особливостей судинних утворень, доопераційної симптоматики, радикальності оперативного втручання. Застосування сучасних методів діагностики, техніки селективних ендоваскулярних емболізацій та мікрохірургічних втручань дозволило підвищити радикальність втручання з 24,8% до 80%, уникнути летальності та отримати задовільні і добрі результати лікування у 91,2% хворих. |

 |
|

|  |
| --- |
| 1. Серед спінальних судинних утворень виділяються артеріовенозні мальформації та фістули, венозні мальформації, кавернозні мальформації, гемангіоми, ангіоліпоми, аневризматичні кісткові кісти, гемангіобластоми, ангіофіброми, гемангіоперицитоми, гемангіоендотеліоми, ангіосаркоми, неопластичний ангіоендотеліоматоз.
2. Вирішення хірургічних задач вимагає розподілу спінальних судинних утворень залежно від топографії та локалізації на: інтрамедулярні, субарахноїдальні, субдуральні, дуральні, епідуральні, інтравертебральні, паравертебральні, комбіновані. За типом ангіоструктури судинні мальформації розподіляються на: компактні великі АВМ, дифузні малі АВМ, компактні малі АВМ, мікромальформації (кавернозні мальформації), венозні мальформації, малі АВФ, великі АВФ. Судинні пухлини розподіляються, залежно від їх ангіоструктури, на новоутворення: з власними судинами нормальної структури, спрощеної будови, з власними судинами дезорганізованого типу.
3. Кровопостачання спінальних судинних утворень забезпечується спінальними артеріями, серед яких виділяються магістральні та безпосередньо живлячі судини. Тип безпосередньо живлячих судин залежить від локалізації судинного утворення та його ангіоструктури і, в першу чергу, від типу його власних судин.
4. Особливості клінічної картини спінальних судинних утворень обумовлені їх локалізацією, ангіоструктурою та гемодинамікою. Чим більший діаметр безпосередньо живлячих та власних судин, більший об’ємний і лінійний кровотік, тим більш прогредієнтний перебіг захворювання та значніша глибина неврологічних проявів.
5. Ефективність діагностичного процесу підвищується при застосуванні алгоритму обстеження хворих, який послідовно включає найбільш інформативні методи дослідження — клініко-неврологічний огляд, рентгенографію хребта, МРТ-графію, спінальну селективну чи вертебральну ангіографію. В складних для клінічної діагностики випадках необхідно додаткове проведення нейрофізіологічної діагностики, у випадках пухлини хребта чи залученні кісток — КТ-графії, при наявності судинної пухлини чи мальформації тіл хребців, епідуральної та комбінованої венозної мальформації — веноспондилографії.
6. Хірургічна тактика залежить від ангіоструктурного та гемодинамічного типу спінальних судинних мальформацій та судинних пухлин. Відповідно до необхідної хірургічної тактики застосовуються ендоваскулярні емболізуючі, мікрохірургічні та комбіновані втручання.
7. Хірургічна тактика спрямовується на виключення живлячих судин при: субпіальних дифузних та інтрамедулярних дифузних малих АВМ, перимедулярних АВФ (тип “a” і “b”), дуральних АВФ та АВМ, комбінованих АВФ, гемангіомах хребців з незначною компресією спинного мозку та його корінців, масивних судинних пухлинах комбінованої локалізації та проростанні їх в паравертебральні структури.
8. Виключення живлячих і дренуючих судин та тотальна резекція судинного утворення доцільні при: інтрамедулярних гломусних великих АВМ, всіх кавернозних мальформаціях, великих перимедулярних АВФ (тип “с”), перимедулярних АВМ, всіх епідуральних АВМ та АВФ, паравертебральних АВМ, комбінованих великих АВМ, більшості судинних пухлин. Виключення тільки дренуючих судин чи резекція венозної мальформації проводяться при епідуральних та комбінованих венозних мальформаціях.
9. Відкриті хірургічні втручання застосовуються при необхідності резекції судинної мальформації, пухлини та дренуючих її судин, а також у випадках, де: ендоваскулярно емболізувати безпосередньо живлячі судини не вдається; коли ендоваскулярна емболізація магістральних живлячих судин несе загрозу облітерації живлячих спинний мозок артерій; якщо ангіоструктура судинного утворення така, що має місце колатеральний кровотік і емболізація живлячих судин не може забезпечити повного виключення судинного утворення з кровотоку; в тих випадках, коли під час ангіографії всі живлячі судини не виявляються.
10. Ендоваскулярна емболізація показана в тих випадках, де хірургічна тактика спрямована на виключення живлячих судин. Ендоваскулярна облітерація магістральних живлячих судин припустима, якщо вони не приймають участі в живленні спинного мозку. Суперселективна катетеризація та облітерація безпосередньо живлячих судин судинного утворення необхідна, якщо магістральні живлячі судини приймають участь в живленні спинного мозку.
11. Показами до виконання комбінованих хірургічних втручань з проведенням ендоваскулярної емболізації, як першого етапу, та відкритого хірургічного втручання, як другого етапу, є: необхідність хірургічної резекції судинної мальформації чи пухлини, за умови масивного кровотоку в ній; наявність товстих чи множинних живлячих судин; а також випадки, де після проведення ендоваскулярної емболізації зберігався мас-ефект чи кровотік.
12. Показами до виконання комбінованих хірургічних втручань з проведенням відкритого хірургічного втручання, як першого етапу, та ендоваскулярної емболізації, як другого етапу, є: залишки після відкритого оперативного втручання конгломерату АВМ; не знайдені під час відкритого втручання деякі артеріальні живлячі судини; якщо під час відкритого втручання виявилося технічно неможливо виключити живлячі судини, провести резекцію гнізда АВМ чи видалити пухлину.
13. Результати хірургічного лікування залежать від глибини доопераційного неврологічного дефіциту, особливостей ангіоструктури та гемодинаміки спінальних судинних утворень, застосованих технологій та тактики оперативного лікування. Результати лікування кращі при ранній діагностиці та застосуванні анатомічно, ангіоструктурно, гемодинамічно обґрунтованих методів радикального виключення чи видалення спінальних судинних мальформацій і пухлин.
14. Застосування сучасних методів діагностики, техніки селективних ендоваскулярних емболізацій та мікрохірургічних втручань при спінальних судинних мальформаціях та пухлинах дозволили підвищити радикальність втручання до 81,6%, уникнути летальності та отримати задовільні і добрі результати лікування у 91,2% хворих.
 |

 |