

Доцільність використання вітамінів С та РР в невідкладній нейроонкології

Салдан З.В.

Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м.Львів

Метою дослідження було визначити вміст вітамінів С та РР в крові та добовій сечі у хворих з пухлинами головного мозку в до- та післяопераційному періодах.

Вміст вітамінів С та РР в крові та добовій сечі визначено у 32 пацієнтів із пухлинами головного мозку, які знаходилися на лікуванні в 1-му та 2-му нейрохірургічних відділеннях лікарні швидкої медичної допомоги, в до- та на 3-тю добу післяопераційного періоду. Загальний стан хворих по шкалі Карновського становив 70–100 балів. Чоловіків було 16, жінок — 16 : у віці від 19 до 62 років (середній вік становив 45,5 роки). Всім хворим було проведено КТ або МРТ обстеження. Обстежувалися тільки пацієнти, яким не проводилося додаткового введення вітамінів за час перебування в стаціонарі. Забір крові та сечі проводився на протязі перших 5 діб від госпіталізації та верифікації діагнозу і перших 3 діб після оперативного втручання. Контрольну групу склали 42 чоловік, у віці від 23 до 64 років (середній вік 44,1), у яких на час обстеження не було виявлено ніякої соматичної патології. Кількісний склад вітаміну С визначали шляхом титрування з використанням фарби Тільманса, вітаміну РР — методом флюорометрії. Результати контрольної групи відсортовано в залежності від пори року (посезонно). Статистичну обробку отриманих результатів проведено з допомогою комп'ютерної програми „Microsoft Excel”.

В доопераційному періоді вміст вітаміну С в крові хворих становив $40,3 \pm 1,1$ мкмоль/л, що було вірогідно ($P < 0.001$) нижче, ніж в контрольній групі ($66,7 \pm 3,1$ мкмоль/л). Кількість вітаміну РР в крові хворих до операції становила $43,4 \pm 1,4$ мкмоль/л, що також було вірогідно нижче, ніж в контрольній групі ($58,7 \pm 2,3$ мкмоль/л). Екскреція вітаміну С з добовою сечею у цих хворих була в межах $95,6 \pm 2,1$ мкмоль/добу, та вітаміну РР — в межах $35,4 \pm 0,8$ мкмоль/добу, що також було вірогідно ($P < 0.001$) нижче від контрольної групи (відповідно $117,7 \pm 8,1$ і $57,6 \pm 6,2$ мкмоль/добу).

В післяопераційному періоді вміст досліджуваних вітамінів в крові та їх екскреція з сечею ще більше знижувалися. Вказане зниження було вірогідним ($P < 0,001$) по відношенню до контролю і доопераційного періоду.

Таким чином, проведені нами дослідження виявили виражений дефіцит вітамінів С і РР у хворих з пухлинами головного мозку, який зростає під впливом хірургічного втручання.

Томографічна семіотика вклиненнь головного мозку при об'ємних ураженнях методами КТ і МРТ

Робак О.П., Сухачов С.В., Чувашова О.Ю., Гетьман О.М., Робак К.О.

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ

Вступ. При вогнищевих патологічних процесах, внаслідок підвищення внутрішньочерепного тиску, можливе виникнення зміщень та стиснень життєво важливих структур мозку, своєчасне розпізнавання рентгенологічних симптомів яких суттєво для прийняття відповідних хірургічних дій.

Матеріали і методи. Проведено аналіз КТ і МРТ обстежень 287 хворих з об'ємними внутрішньочерепними процесами, серед яких :

- субтенторіальних об'ємних процесів — 102
- супратенторіальних — 185

Обстеження виконані на КТ: Philips SR-4000 (Нідерланди), Somatom CR (Siemens, Німеччина), МР-томографі Magnetom “Concerto” [open class] (0,2 Тл.) (Siemens, Німеччина).

Результати. Проявами вклинення мигдаликів мозочку у потилично-шийний дуральний отвір є дефект великої цистерни мозку, який слід диференціювати з аномалією розвитку Арнольд-Кіарі. Внаслідок стиснення стовбуру мозку спостерігалось зменшення об'єму цистерн моста. Найбільш часто вказані симптоми зустрічались при пухлинах задньої черепної ями.

При скронево-тенторіальних вклиненнях, що найбільш часто спостерігаються при об'ємних процесах півкуль великого мозку, виникає деформація та дефект охоплюючої цистерни на стороні ураження.

При вклиненнях поясної звивини під великий серпоподібний відросток, визначалась виражена дислокація мозкових структур середньої лінії (більш 7 мм.). Передньо-середній відділ бокового шлуночка на стороні ураження зміщується до низу, а в критичних випадках обидва бокові шлуночки знаходяться на протилежному боці.

При вклиненні скроневої долі під мале крило клиноподібної кістки спостерігається дефект супраселярних цистерн на стороні ураження.

Висновки. Об'єктивна візуалізація вклинень мозку при об'ємних патологічних процесах можлива як за допомогою КТ, так і, більш деталізовано, при МРТ, що має прогностичне значення для своєчасного вибору адекватної хірургічної тактики.

Рентгенологічна та нейровізуалізуюча діагностика об'ємних процесів селярної ділянки

Робак О.П., Чувашова О.Ю., Робак К.О., Сухачов С.В., Гетьман О.М.

Інститут нейрохірургії ім. акад. О.П. Ромоданова АМН України, м. Київ

Вступ. Сучасний рівень нейрохірургії об'ємних процесів селярної області з використанням мікрохірургічної та лазерної технік, методик кріодеструкції та трансфеноїдальних операцій вимагає деталізованої рентгенодіагностики, що включає визначення їх природи, розповсюдження, характеру росту та анатомо-топографічних взаємовідносин з прилеглими структурами.

Актуальність діагностичних аспектів новоутворень селярної ділянки зумовлена, як складністю її анатомічної будови, так і різною природою патологічних процесів. Тут зосереджені: гіпофізарно-гіпоталамічний та оптико-хіазмальний комплекси, магістральні артеріальні і венозні судини мозку.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено аналіз рентгенологічних та МР-досліджень 386 хворих з патологією в ділянці турецького сідла, серед якої:

- аденом гіпофіза — 93
- краніофарингеом — 65
- менінгеом — 57
- велетенських артеріальних аневризм — 12
- гліом перехресту зорових нервів — 48
- гліом дна III шлуночку — 38
- синдрому “порожнього сідла” — 36
- пухлин іншого походження — 37.

Обстеження виконані на КТ “Somatom CR” (Siemens, Німеччина), МР — томографах Magnetom “Concerto” [open class] (0,2Тл.) (Siemens, Німеччина), “Образ-1” (НВП “АЗ”, Росія).

Результати. Першим етапом в діагностичному алгоритмі обстеження хворих з даною патологією є краніографія, яка дає можливість виявити характерні зміни турецького сідла і запідозрити енд-, пара-, інфра-, супраселярний об'ємний процес.

Для аденом гіпофіза, частини краніофарингеом, аневризм та синдрому “порожнього” сідла характерними були зміни сідла за “первинним” типом.

Для більшості супраселярних пухлин та менінгеом характерними є “вторинні” зміни, зумовлені внутрішньочерепною гіпертензією.

КТ та МРТ дають можливість визначити розміри, характер і направленість росту новоутворень та їх взаємовідносини з прилеглими анатомічними структурами. Серед пухлин ендоселярного походження зустрічався як екзофітний, так і інвазивний характер росту.

В залежності від переважної локалізації патологічного процесу, виникають характерні зміни базальних цистерн та переднього відділу III шлуночка, що дає можливість диференціювати ендочі супраселярне походження новоутворення.

МРТ завдяки багатоплощинному обстеженню має переваги над аксіальною КТ в плані анатомо-топографічної локалізації процесу. КТ більш інформативна для оцінки ураження кісток основи черепа та наявності звапнень. Діагностична цінність церебральної АГ полягає в деталізації відношення об'ємного процесу до судин артеріального кола великого мозку та венозних колекторів основи черепа.

Висновки. Використання рентгенологічного комплексу обстеження і МРТ при патологічних процесах селярної ділянки сприяють деталізованій доопераційній діагностиці їх природи та локалізації, з метою оптимізації лікувальної тактики.