

виключення мальформацій; в 2 випадках обгрунтували проти покази до хірургічного лікування.

Висновок. При розробці показів до хірургічного лікування необхідно враховувати значний ризик порушення рухових, мовних функцій при традиційному хірургічному та ендovasкулярному лікуванні, спрямованому на виключення АВМ з кровообігу головного мозку при безпосередній близькості ядра мальформації до функціонально значимих зон.

Застосування ФМРТ в комплексній оцінці гемодинаміки та функціональної активності при плануванні хірургічного лікування з приводу АВМ півкуль великого мозку сприяє досягненню мети хірургічного лікування — поліпшення якості життя в післяопераційний період шляхом прогнозування можливих ускладнень. В ускладнених клінічних ситуаціях за діагностичною цінністю ФМРТ перевищує традиційні радіологічні обстеження.

Предоперационная эмболизация ветвей наружной сонной артерии в хирургическом лечении супратенториальных менингиом

Зорин Н.А., Сирко А.Г., Мирошниченко А.Ю., Чередниченко Ю.В.

*Государственная медицинская академия,
Областная клиническая больница
и.м. И.И. Мечникова,*

*г.Днепропетровск, 49044, пл. Октябрьская, 14
тел. +380 56 7135113, e-mail: neurosirko@ua.fm*

Введение. Удаление супратенториальных менингиом в ряде случаев связано с риском большой кровопотери, обусловленным значительной гипертрофией ветвей наружной сонной артерии (НСА). В таких случаях показана предварительная эмболизация ветвей НСА, участвующих в кровоснабжении опухоли.

Материал и методы исследования. Суперселективная эмболизация ветвей НСА, как первый этап операции, выполнена 9 больным с менингиомами супратенториальной локализации (4 больным с менингиомами крыльев клиновидной кости, 2 — с конвекситальными менингиомами, 2 — с парасигитальными менингиомами, 1 больному с краниоорбитальной менингиомой). Для выявления функциональной значимости эмболизируемого бассейна перед эмболизацией проводили фармакологические тесты путем введения 30–50 мг тиопентала и/или 10 мг лидокаина. В последующем выполняли суперселективную катетеризацию питающей артерии микрокатетерами Rapid transit "Cordis" на проводнике Agility 14 или Agility 10 "Cordis". Эндovasкулярную окклюзию сосудов сети опухоли производили поливинилалкогольными микрокастицами TruFill "Cordis" размерами до 310 мкм. Наиболее часто для эмболизации опухолей суперселективно катетеризовалась средняя оболочечная артерия. Критериями эффективности эмболизации служили: отсутствие накопления контрастного вещества в опухоли и появление культи питающего сосуда при контрольной ангиографии. Удаление опухоли осуществляли на следующий день после эмболизации.

Результаты и их обсуждение. У всех оперированных больных отмечалось существенное уменьшение интенсивности артериального кровотечения, как на этапе доступа к опухоли, так и при ее удалении.

Отмечалось изменение консистенции опухоли: опухоль становилась мягкой, творожистой консистенции, легко аспирировалась в отсос. В зоне матрикса и центральных отделах опухолевого узла отмечались обширные участки некроза. Строма и сосудистая сеть опухоли представляли собой сеть бескровных тяжистых структур. Осложнений при эмболизации ветвей НСА в нашей практике не отмечалось.

Выводы и рекомендации.

1. Суперселективная эмболизация сосудов, питающих менингиому, позволяет значительно уменьшить кровоснабжение опухоли и тем самым снизить объем кровопотери при ее удалении, что приводит к уменьшению времени операции, увеличению степени радикальности и уменьшению травматичности оперативного вмешательства.

2. Проведение фармакологического тестирования сосудов при суперселективной эмболизации позволяет выявить анастомозы НСА с ВСА и вертебробазилярным бассейном, а также наличие функционально значимых (невральных) ветвей НСА.

3. Предоперационная эмболизация ветвей НСА должна стать стандартом в хирургическом лечении менингиом супратенториальной локализации с обильной васкуляризацией.

Методика оперативного контролю реабілітаційного потенціалу хворих з цереброваскулярними захворюваннями

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

*Інститут нейрохірургії
і.м. акад. А.П.Ромоданова АМН України,
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32
тел. +380 44 4838219, e-mail: brain@neuro.kiev.ua*

Реабілітація хворих після нейрохірургічного втручання з приводу цереброваскулярних захворювань залишається актуальною медичною та соціальною проблемою. Для досягнення позитивного результату інтенсивність реабілітаційних програм повинна поступово збільшуватись, але не перевищувати адаптаційних можливостей конкретної людини, не викликати зриву адаптації.

Метою роботи була розробка методу об'єктивізації стану адаптаційних механізмів у хворих під час відновного лікування за показниками математичного аналізу 120 R-R-кардіоінтервалів, визначених за запропонованою нами комп'ютерною програмою, створеною на основі рекомендацій Р.М. Басвського і співавт. (1986, 1988).

Матеріали і методи. Визначення реабілітаційного потенціалу (РП) рекомендовано проводити шляхом порівняння показників математичного аналізу ритму серця, отриманих в даний момент з такими ж показниками на попередньому етапі обстеження по формулі:

$$РП = (\delta \text{ тек.} - \delta \text{ попер}) / (ІНтек. - ІНпопер),$$

де δ тек. і δ попер. — середнє квадратичне відхилення динамічного ряду R-R-кардіоінтервалів відповідно в момент обстеження і на попередньому етапі (при підрахунках без використання комп'ютера ці показники замінюються на Δx тек. і Δx попер. — значення варіаційного розмаху);

ІНтек. і ІНпопер. — значення індексу напруження на тих самих етапах обстеження.