

**Результати.** Якщо при проведенні підрахунків виявляється підвищення текучих значень по відношенню до попередніх, це позначається знаком "+", якщо зменшення — "-". Оскільки при оцінці РП необхідно з'ясувати тенденцію зміни показників, їх абсолютні значення в подальшому не враховуються, залишається тільки відповідний знак.

Одночасне збільшення чи зменшення показників в чисельнику і знаменнику формули (РП= +/+; РП= -/-) розцінюється як порушення узгодженої діяльності механізмів регуляції ритму серця.

Ще незадовільний РП, що вказує на неадекватність лікувальних навантажень адаптаційним можливостям хворих. Необхідно скоротити кількість і тривалість фізіотерапевтичних процедур, комплексів ЛФК, медикаментозно оптимізувати діяльність інтегративних систем мозку.

РП= +/- — добрий РП, можна розширити реабілітаційний комплекс без спеціальної медикаментозної корекції діяльності трофо- та ерготропних систем.

РП= -/+ — задовільний РП, свідчить про розвиток перетому, вимагає стабілізації навантажень, медикаментозної стимуляції трофотропних та блокування ерготропних систем.

**Висновки.** Розроблена методика оперативного контролю РП при щотижневому застосуванні поетапно об'єктивізує процес адаптації, дає уявлення про відповідність відновного лікування адаптаційним можливостям конкретного хворого. Використання такого підходу має значні переваги: об'єм навантажень можливо вчасно скоротити, порушення регуляторних процесів медикаментозно відкорегувати та запобігти зриву адаптації. Через певний час слід знову розширити комплекс реабілітації. Так, виходячи з уже досягнутого рівня адаптації, можна ще більше підвищити його. Такий оперативний індивідуалізований підхід сприяє підвищенню ефективності післяопераційної реабілітації.

### Методика комбінованого хірургічне лікування множинних мозкових артеріальних аневризм

Цімейко О.А., Скорохода І.І.

Інститут нейрохірургії  
ім. акад. А.П.Ромоданова АМН України,  
м.Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32

тел. +380 44 4839573, e-mail: kostiuk@i.com.ua

**Мета.** Лікування хворих з множинними мозковими артеріальними аневризмами (ММА) має підвищену складність, пов'язану з необхідністю своєчасної точної ідентифікації аневризми, відповідальної за симптомний перебіг захворювання (інтракраніальний крововилив, мас-ефект), її оперативним виключенням з кровообігу та з визначенням адекватної хірургічної тактики щодо наявних безсимптомних аневризм. У дослідженні проведений аналіз можливостей ендovasкулярної емболізації у комбінованому хірургічному лікуванні ММА.

**Матеріали та методи.** Із 358 хворих, які були оперовані з квітня 2004 по серпень 2005 з приводу артеріальних мозкових аневризм у 89 (24,9%) випадках були діагностовані ММА. У 9 хворих (4 чоловіка, 5 жінок, середній вік — 49,7 років) була виконана ендovasкулярна емболізація однієї з виявлених

аневризм за допомогою спіралей, що відділяються. Сумарно у всіх обстежених виявлено 23 аневризми (17 — у каротидному і 6 — у вертебро-базиллярному басейнах). У всіх хворих був симптомний перебіг захворювання: інтракраніальна геморагія — у 6 випадках, мас-ефект у — 2 хворих, поєднання мас-ефекту і геморагії — в одному випадку. У 7 хворих виявлено по дві аневризми, в одному випадку — три і в одному — шість аневризм. Ендovasкулярне втручання на симптомних аневризмах виконувалось в якості першого етапу лікування у всіх спостереженнях.

**Результати.** Лише ендovasкулярні втручання були виконані 5 хворим, ендovasкулярна емболізація однієї аневризми була доповнена мікрохірургічним виключенням другої аневризми у 2-х випадках, прямим обгортанням двох аневризм малого діаметру (до 3 мм) — у одного хворого. Через важкодоступну локалізацію і широку шийку операції на безсимптомних аневризмах не виконувалось у 2-х хворих, через малі розміри (до 3 мм) 8 аневризм у 4-х хворих також були залишені без оперативного лікування. Повна оклюзія аневризми спіралями була досягнута у 3 спостереженнях, субтотальна — у 3 і часткова також у 3-х випадках. Ознаки реканалізації аневризм великих розмірів з рецидивом мас-ефекту потребували в одному випадку проведення повторної ендovasкулярної емболізації, а в другому було виконано мікрохірургічне виключення з резекцією тіла аневризми. Терміни спостереження склали від 5 до 21 місяця, контрольне агіографічне дослідження було проведене 7 з 9 хворих. У всіх 3-х випадках після прямої операції досягнуто радикальне виключення аневризм з кровообігу. У жодному із спостережень не було повторних інтракраніальних геморагій.

**Висновки.** Хірургічне лікування ММА потребує застосування мультидисциплінарного підходу з метою ефективного попередження геморагічних ускладнень і прогресування об'ємної дії аневризми на мозкові структури. Методика ендovasкулярної емболізації аневризм спіралями відіграє важливу роль у комплексному лікуванні ММА при їх несприятливій локалізації для мікрохірургічного втручання.

### Динаміка ультразвукових та електрофізіологічних показників на етапах хірургічного лікування АВМ

Векслер В.В., Чеботарьова Л.Л.

Інститут нейрохірургії  
ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,  
м. Київ, 04050, вул. Мануїльського, 32  
тел. +380 44 4839535

**Мета.** З метою удосконалення діагностики АВМ проведено аналіз даних комплексного клініко-інструментального обстеження 28 хворих до операції та в динаміці після-операційного періоду.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням знаходилися 4 дітей (8 та 16 років); 24 дорослих у віці від 18 до 52 років. У переважної кількості хворих були АВМ тім'яно-скроневої (8 хворих), тім'яно-потилічної (13) та лобової (7) локалізації. Всім пацієнтам проведено: КТ головного мозку, МРТ, церебральна ангиографія (АГ), ультразвукова доплерографія (УЗДГ) судин, в тому числі транскраніальне дуплек-